

Массаж и ваши болезни



ВВЕДЕНИЕ

С самых первых дней существования человека на Земле ему сопутствуют различные недуги. От болезней страдали наши древние предки в не меньшей, если не в большей степени им подвержены и мы. При этом доказано, что некоторые из них (к примеру, такое распространенное заболевание, как остеохондроз) встречаются только у людей.

С каждым годом число болезней стремительно растет, чему во многом способствуют особенности современного образа жизни: постоянные стрессы, неблагоприятная экологическая обстановка, неправильное и нерегулярное питание, вредные привычки и многие другие факторы, в числе которых главный бич цивилизации – гиподинамия. Кроме того, исследования врачей позволяют утверждать, что многие болезни, ранее считавшиеся недугами пожилых людей, в последнее время значительно помолодели. В первую очередь речь идет о сердечно-сосудистых заболеваниях, стоящих на первом месте по распространенности среди причин летального исхода.

В наши дни очень трудно найти человека старше 30 лет, не страдающего каким-либо заболеванием. Многие из нас не придают значения своим недугам и не спешат с ними бороться. Однако не стоит забывать о том, что даже болезни, не относящиеся к категории смертельных, доставляют людям немало неприятных ощущений, а подчас делают жизнь поистине невыносимой.

Конечно, современная медицина располагает достаточным количеством лекарственных средств, позволяющих бороться с теми или иными заболеваниями. Но ни для кого не секрет, что злоупотребление фармакологическими препаратами, большинство из которых имеют химическое происхождение, в свою очередь, может нанести серьезный ущерб здоровью. Отнюдь не всегда целесообразна и такая радикальная мера, как хирургическое вмешательство.

Между тем существуют и другие, порой абсолютно безвредные и высокоэффективные способы предупреждения и лечения заболеваний. Особое место среди них принадлежит, безусловно, лечебному массажу, который в наши дни находит очень широкое применение в медицине.

Массаж используется при механических повреждениях кожи, мышц, внутренних органов, при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, органов дыхания, пищеварительного тракта, сердечно-сосудистой системы, при нервных и многих других заболеваниях. Он помогает устранить болевые ощущения, улучшить деятельность всех систем организма и восстановить

его функции в послеоперационный период.

В этой книге содержатся рекомендации по освоению методик и приемов массажа, разработанных для лечения различных заболеваний и патологических состояний. Помимо этого, в ней рассказывается об истории развития этого оздоровительного метода и о том, какое воздействие он оказывает на организм человека.

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ МАССАЖА

Искусству массажа люди научились очень давно. Использование этого эффективного способа лечения и предупреждения различных заболеваний восходит еще к начальному этапу развития народной медицины. Простыми приемами массажа – такими, как разминание, поглаживание, поколачивание, – владели многие народы в древности; однако систематическое использование этих приемов началось гораздо позднее, когда получило развитие врачебное искусство и была в полной мере осознана целительная сила массажа.

Что же означает слово «массаж»? В различных языках существуют созвучные ему слова: в арабском *mass* – «касаться, нежно надавливать»; в латинском *massa* – «прилипающий к рукам, прикасающийся к пальцам»; в греческом *masso* – «сжимать руками»; в древнееврейском «машень» – «ощупывать»; во французском *masser* – «растирать». Иными словами, массаж – это механическое воздействие руками или каким-либо предметом на поверхность тела, производимое с помощью специальных приемов и имеющее целью получение лечебного или гигиенического эффекта.

Первыми, кто систематизировал известные методы и техники массажа, были древнекитайские и древнеиндийские врачи. Согласно источникам, в Древнем Китае искусство массажа получило развитие еще в III тысячелетии до н. э. Наиболее эффективным его использование оказывалось при лечении таких серьезных заболеваний, как ревматизм, вывихи, спазмы мышц; кроме того, массаж служил средством релаксации и снятия усталости.

Китайские врачеватели растирали руками тела своих пациентов, производя при этом осторожные, но достаточно сильные сдавливания мышц и подергивания в сочленениях. Индийский же массаж сводился к нежному разминанию всего тела, начиная от верхних конечностей и заканчивая стопами.

Как правило, массажистами в Древнем Китае и Индии были специально обученные священнослужители. Кроме того, существовали особые врачебно-гимнастические школы, в которых не только проводили сеансы лечебного массажа, но и раскрывали тайны этого непростого искусства.

До настоящего времени сохранились систематизированные пособия китайских и индийских авторов, в которых описываются некоторые приемы массажа, методика и техника их проведения, а также даются советы по использованию массажных приемов при некоторых патологиях. Это древнекитайская книга «Конг-Фу», написанная в III тысячелетии до н. э.; энциклопедия «Сан-Тсай-Ту-Госи», состоящая из 64 книг и датированная XVI веком до н. э.; древнеиндийские Веды (Книга мудрости), относящиеся ко II тысячелетию до н. э., и более позднее сочинение индийских врачевателей «Сукрута».

Массаж находил применение при лечении различных болезней не только в Индии и Китае, но и в ряде других государств, причем в некоторых из них он являлся элементом культового богослужения. Так, у аборигенов Америки и у народов, населявших острова Тихого океана и Экваториальную Африку, во время торжеств, посвященных различным богам, вожди или шаманы заставляли соплеменников ложиться на животы и топтались по их спинам. И не было ни одной болезни, которую не лечили бы подобным способом.

Более цивилизованная техника массажа существовала у ближайших соседей индусов – жителей Непала и Шри-Ланки (Цейлона). Еще в 1000 году до н. э. на территории этих государств были открыты медицинские школы, в которых обязательной обучающей дисциплиной являлся массаж. В цейлонской летописи «Махавамса», датированной VI веком до н. э., дается описание некоторых приемов и ссылки на то, как их использовали при том или ином физическом недуге.

Особой популярностью пользовался лечебный массаж у древних ассирийцев и египтян. Свидетельством этому может служить барельеф, найденный во дворце ассирийского правителя Сансераба, а также обнаруженный в 1841 году во время раскопок погребения египетского полководца папируса с изображением массажных приемов: поглаживания икроножных мышц, растирания стопы, поколачивания мышц спины и ягодиц (рис. 1).

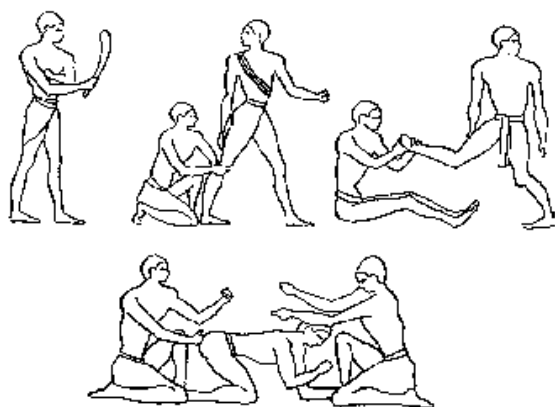


Рис. 1. Приемы массажа, выполняемого древними египтянами

Как правило, массаж в Древнем Египте проводился в бане. По свидетельству очевидца, «растирания были распространены в такой степени, что никто не выходил из бани, не подвергшись массажу. Для этого растираемого растягивали, мяли, давили... руками различные части тела. Затем делали несколько движений в различных сочленениях. Все это проделывали сначала спереди, потом сзади и с боков. Потом, вытянув руки, проделывали то же и на них: сгибали, растягивали различные сочленения всей руки, затем каждого пальца в отдельности, потом переходили на предплечье, плечо, грудь, спину, сгибая их в различные стороны. Не довольствуясь сгибанием, растяжением и массажем сочленений, подвергали тем же давлениям и растираниям все мышцы».

Необходимо отметить, что массаж в паровой бане был необычайно популярен и в Индии. Процедура сводилась к следующему: на раскаленные плиты выливали несколько ведер холодной воды, образовывался пар, распаренного человека клали на пол бани, и слуги начинали оказывать давление на его живот и грудь. Нажимы сопровождалось поглаживаниями и растираниями. Через определенный промежуток времени массируемого переворачивали на живот и выполняли те же манипуляции на спине. Эффект от подобного массажа был потрясающим.

Не менее знающими в области применения массажа были древние греки. Особым вниманием у них пользовались лечебный и спортивный массажи. Изображения физических упражнений, массажных приемов, растираний тела маслами и благовониями имеются на многих греческих вазах, амфорах и фресках, сохранившихся до настоящего времени.

Упоминания о благотворном воздействии на организм массажа в сочетании с ароматерапией и баней есть и в бессмертных трудах Геродота (имеется в виду фрагмент, когда Цирцея прислуживала Одиссею в бане, растирала его тело мазями и умащивала ароматными маслами).

Жители Эллады видели в массаже не только спасительное средство от различных болезней, не

подлежало сомнению и его использование в профилактических целях. Массаж все больше и больше проникал в жизнь эллинов: его применяли во время физической подготовки в школе и армии, перед спортивными состязаниями. Согласно некоторым источникам, спортсменов и школьников массировали педотрибы – преподаватели гимнастики, специально обученные искусству массажа. При проведении процедуры использовали мелкий песок, привезенный с берегов Нила.

Первым, кто попытался дать физиологическое обоснование благотворного воздействия массажа на человеческое тело, был древнегреческий врач Геродикос, живший в V веке до н. э. Но ему не удалось довести начатое до конца.

Работу Геродикоса продолжил знаменитый реформатор античной медицины Гиппократ. Заслугой последнего явилось то, что он сумел освободить искусство массажа от религиозных наслоений и тем самым определить путь его дальнейшего развития. Гиппократ считал, что «врач должен быть опытен во многих вещах и, между прочим, в массаже». Ему на практике удалось подтвердить многие теоретические предположения, высказываемые Геродикосом и другими врачами древности: «...сочленение может быть сжимаемо и расслаблено массажем. Трение вызывает стягивание или расслабление тканей, ведет к исхуданию или полноте, сухое и частое трение стягивает, а мягкое, нежное и умеренное утолщает ткани».

Из Греции искусство массажа проникло в Римскую империю, где стало неотъемлемым элементом военного и физического воспитания подрастающего поколения.

Одним из первых, кто открыл на территории Римской империи школу массажа, был греческий врач Асклепиад, живший во II веке до н. э. Он советовал воздерживаться от излишеств в еде и приеме алкогольных напитков, при этом регулярно проводить сеансы массажа путем воздействия на все участки тела растиранием и разминанием. Именно этот врач впервые применил на практике такой массажный прием, как вибрация.

Асклепиад предложил свою методику, согласно которой массаж был разделен по способу – на сухой и с применением масел, по силе надавливания – на сильный и слабый, по времени воздействия – на кратковременный и длительный.

В дальнейшем асклепиадова система была дополнена и уточнена Клавдием Галеном (II век н. э.), главным врачом школы гладиаторов в Пергаме. Он выделил и описал 9 видов массажа, дал точные рекомендации, какой из них в сочетании с какими приемами следует использовать в той или иной ситуации. Помимо этого, Галеном была разработана методика выполнения утреннего и вечернего массажа и даны показания к ее применению. Согласно этой методике, массаж начинался легкими растираниями и поглаживаниями, затем разминания становились более сильными, а завершался сеанс приемами, использовавшимися вначале.

До настоящего времени сохранилось большое количество многотомных трудов древнеримских врачей и ученых, в частности сочинение Авла Корнелия Цельса «О медицине». Одна из глав этой книги полностью посвящена значению массажа для лечения и профилактики различных болезней. Цельс указывал на то, что растирания и поглаживания полезны для успокоения более различного происхождения и удаления «патологических отложений в тканях».

Интересные сведения об искусстве массажа содержатся в «Сравнительных жизнеописаниях» историка Плутарха (I–II века н. э.). Он рассказывает, как рабы растирали и разминали великого римского диктатора и полководца Гая Юлия Цезаря, стараясь избавить его от болей в спине. Следует отметить, что в Древнем Риме массаж нередко проводили в термах (общественных банях). Для выполнения процедуры отводились специальные комнаты. Обученные основным массажным приемам рабы разминали и растирали тела посетителей, которые предварительно проделывали несколько гимнастических упражнений. В завершение процедуры массажа тела парившихся умащивали благовониями и натирали маслами.

В X–XI веках искусство массажа получило новое развитие, во многом это было обусловлено расцветом медицины в восточных государствах. Теоретические выкладки врачей, в первую очередь Ар-Рази и Абу-Али Ибн Сины, известного больше как Авиценна, находили применение на практике. Так, в больнице, открытой Ар-Рази (IX–X века) в Багдаде, ведущим лечебным методом являлся массаж, причем проводился он в соответствии с рекомендациями врача: для лечения и профилактики конкретного заболевания использовался определенный вид массажа (их Ар-Рази выделил девять) и конкретный набор приемов.

Особого внимания заслуживает методика Авиценны, направленная на сохранение физического здоровья. Ее основные положения изложены в знаменитых медицинских трудах – «Каноне врачебной науки» и «Книге исцеления».

Авиценна считал, что лекарственные средства «истощают естество человека...». Наиболее эффективными профилактическими средствами, не приносящими вреда человеческому организму, он называл физические упражнения и массаж. Естественно, все это должно было сопровождаться правильным режимом питания и сна.

Знаменитый врач различал лечебный и профилактический массаж, помимо этого, он выделил 6 разновидностей массажа: сильный, способствующий укреплению тела; слабый, смягчающий и расслабляющий тело; продолжительный, от которого человек худеет; умеренный, помогающий «процветанию тела»; подготовительный и восстановительный.

Относительно двух последних Авиценна писал: «Чтобы подготовить себя к физическим упражнениям, вначале необходимо растереть тело грубой тканью, чтобы охватить ими все части мускулатуры (то есть применить приемы подготовительного массажа)... После занятий физическими упражнениями следует произвести восстанавливающий массаж, он также называется успокаивающим массажем. Он преследует цель рассасывания излишков, задержавшихся в мышцах и не успевших выделиться во время упражнений, и устранения этих излишков, чтобы они не создавали утомленность».

В Тибете, Индонезии, Корее и ряде государств Малой и Средней Азии, наряду с традиционными приемами ручного массажа – поглаживанием, трением, разминанием, надавливанием и растиранием, использовался несколько необычный для европейцев, но не менее эффективный массаж ногами (его называют также восточным).

Подобная процедура была популярна и на острове Туга (Океания), о чем имеются свидетельства очевидцев: «...страдающий от усталости ложился на траву и заставлял троих или четверых маленьких детей топтать его спину ногами».

Ножной массаж использовали в своих разминочных упражнениях и спортсмены: как правило, один из них ложился на живот, разведя руки в стороны, ладонями к полу, а кто-нибудь из товарищей голыми ногами разминал его спину. Это позволяло с наибольшим эффектом подготовить мышцы к большой физической нагрузке.

Народы Дальнего Востока применяли массаж ногами не только в профилактических, но и в лечебных целях. Страдавшего от болей в спине клали у порога дома, после чего начинали топтаться по больному, осторожно передвигаясь снизу вверх и сверху вниз по его спине. При этом человек, производивший данную процедуру, удерживался руками за дверной косяк, регулируя таким образом силу давления и сохраняя равновесие.

На Востоке, так же как и в Древней Греции и Риме, существовал массаж в банях. Однако восточное искусство массажа несколько отличалось от европейского. Так, например, техника турецких и персидских массажистов во многом напоминала египетскую: использовались растирания, надавливания пальцами, перетирания тканей, причем проводились эти процедуры в специальной, хорошо прогретой комнате с сухим паром.

Нередко восточные банщики массировали своих пациентов с помощью ног. Вот как описывал восточный массаж генерал Н. Н. Муравьев-Карский, участник Крымской войны 1853–1856

годов: «Вышедши (из воды), велел банщику мыть себя и ломать по их обыкновению. Они сие чрезвычайно ловки делать, всячески коверкают, так что ребра и все кости трещат, стучат тебя кулаками и, положа на спину, прыгают на ноги и на грудь и сползают на пятках по мокрому телу. Я держал свои кулаки в готовности, чтобы истребить банщика, если он меня ушибет, но они так ловко и проворно сие делают, что я мог только хохотать с товарищами...»

Массаж в банях был широко распространен и на Руси, он применялся наряду с закаливанием, служил отличным общеукрепляющим средством и назывался хвоощеванием.

Обычно процедура проводилась в парной с использованием березовых или дубовых веников. Вот как описывал это действие летописец Нестор: «Как ся мыют и хвощут... видех бани древяны и пережгут их вельми, и сволокутся, и будут нази и обольются мытелью, и возьмут ветвие и начнутся бити... и облиются водою студеною и таке живут». Проще говоря, после помывки посетители бани переходили в парную, где ложились на лавки, а банщик сильно хлестал веником их голые тела. Применялся также прием легкого поколачивания предварительно распаренным веником, в целом же все движения банщика-массажиста были очень энергичными. В частных банях, как правило, парящиеся поочередно массировали друг друга вениками. В завершение всей процедуры на разгоряченные тела выливали по несколько ведер воды – сначала теплой, а затем холодной, чередуя их; таким образом производилась подготовка к последующему нырянию в ледяную прорубь или снежный сугроб.

Финны и карелы, подобно славянским народам, предпочитали использовать массаж как общеукрепляющее, профилактическое средство. Но техника массажа у этих народов несколько отличалась от славянской. В настоящее время некоторые приемы финского массажа используются в спортивной практике, в частности в предстартовой подготовке спортсменов.

В эпоху Средневековья развитие массажа было приостановлено. Сведения о нем, принесенные крестоносцами во время завоевательных походов в Европу, были забыты в результате негативного отношения к массажу и медицине клерикальной верхушки. Святая инквизиция преследовала всех, кто был заподозрен в передаче информации о практиковавшихся в прошлом способах излечения от болезней. Приговоренных к смерти сжигали на костре как ведьм, колдунов и чародеев. Таким образом, церковь тормозила развитие медицины в целом и массажа в частности. Так продолжалось до конца XIV – начала XV века, когда во взглядах на человеческое тело передовых представителей общества эпохи Возрождения обозначился перелом. Благодаря анатомическим исследованиям Монди де Сиучи, Бертуччио и Пиетро Егилата вновь начал пробуждаться интерес к древнему искусству массажа и лечебной гимнастики.

Нельзя обойти вниманием труды бельгийского ученого Андреаса Везалия и английского врача Уильяма Гарвея. Написанные простым, понятным языком, они способствовали формированию анатомии как науки. В сочинении Везалия впервые были описаны человеческие органы, Гарвею же принадлежит открытие и первое подробное исследование системы кровообращения человека. Позднее на основе этих знаний неоднократно предпринимались попытки определить анатомо-физиологические свойства массажа, то есть узнать, как данная процедура воздействует на организм человека.

В XVI веке советником французского короля Генриха II, господином де Коулом, был написан исторический трактат о банях, физических упражнениях и массажных приемах, существовавших в Древней Греции и Риме. Одновременно с де Коулом попытку систематизировать имевшиеся сведения о массаже и определить степень его воздействия на человеческий организм предпринял и основатель хирургии, доктор А. Паге.

Наиболее значительным исследованием по массажу, написанным в XVI веке, можно считать сочинение итальянского ученого Меркуриалиса «Искусство гимнастики». Особое внимание автор уделил приемам классического массажа Древнего мира; более подробно остановился на

растираниях, выделив среди них сильные, слабые и средние. Изучив все материалы прошлого, Меркуриалис пришел к выводу об огромной пользе массажа и физической культуры для сохранения здоровья и лечения различных болезней, то есть их профилактической и лечебной ценности. «Искусство гимнастики» тем более ценно, что в нем содержится большое количество иллюстративного материала.

Книги о массаже и гимнастике появлялись и в XVIII столетии. Наиболее интересными из них являются двухтомное сочинение по ортопедии француза Андре с подробным описанием техники классического массажа, а также работа немецкого ученого Гофмана под названием «Радикальное указание, как человек должен поступать, чтобы избежать ранней смерти и всевозможных болезней», в которой автор рекомендовал использовать в профилактических целях массаж, в частности различные виды растираний.

Пропагандировали массаж как лечебное и профилактическое средство такие ученые и врачи, как Герики, Бернер, Жубер, Фуллер, Тиссо. Последний является автором сочинения «Медицинская и хирургическая гимнастика», вышедшего в 1780 году. Особое внимание Тиссо уделил растиранию – одному из наиболее действенных, по его мнению, приемов массажа. Автор писал: «...Древние, которые знали всю выгоду растирания, употребляли его не только как врачебное средство, но оно было, так сказать, их повседневным средством для сохранения здоровья». В сочинении было выделено два вида растираний – сухие и влажные, даны показания и противопоказания к использованию каждого из них.

Идеи Тиссо находили сторонников не только в западноевропейских государствах, но и в России. Так, об эффективности массажа в форме растираний и поглаживаний говорил в своем труде «Слово о пользе и предметах водной гигиены, или Науки сохранять здоровье военнослужащим» отец русской терапевтической школы М. Я. Мудров. Наряду с массажем, лучшими средствами для поддержания хорошей физической формы он называл движение и «телесные упражнения».

На большое значение массажа, активных игр на свежем воздухе и физических упражнений для растущего детского организма указывали в своих работах россияне С. Г. Зыбелин, Н. М. Амбодик, Н. Ф. Филатов. И все же, несмотря на рост интереса к массажу в этот период, широкого применения на практике он не находил.

Лишь в первой четверти XIX века массаж начал применяться как лечебное и профилактическое средство, причем популярность его возрастала не только среди врачей, но и среди специалистов, работавших в области физического воспитания подрастающего поколения. Во многом общество обязано этим знаменитому создателю «шведской гимнастической системы» Петру Генриху Лингу (1776–1839).

Убедившись на собственном опыте в целительной силе массажа (в результате полученного в сражении ранения у него нарушилась функциональная деятельность руки), Линг начал пропагандировать это «волшебное» средство среди друзей и знакомых. Вскоре были разработаны новые методики массажа и гимнастики, которые автор изложил в сочинении «Общие основы гимнастики». Массаж рассматривался здесь как «составная часть всевозможных видов движения, оказывающих благотворное влияние на человеческий организм».

Линг предложил свою классификацию гимнастики, выделив 4 ее вида: гигиеническую, врачебную, военную и эстетическую. В разделе, посвященном врачебной гимнастике, упор делался на значение массажа как эффективного средства борьбы с усталостью и переутомлением, его необходимость при лечении полученных в результате травм заболеваний опорно-двигательного аппарата, болезней внутренних органов, а также в послеоперационный период.

Несмотря на всю ценность «Общих основ гимнастики», разработанная Лингом система была далека от совершенства. Неоднократно она подвергалась критике со стороны ведущих специалистов – врачей и ученых. Так, русский педагог и врач П. Ф. Лесгафт обращал внимание на то, что в системе Линга отсутствует классификация приемов и их обоснование с научной точки зрения. Помимо этого, большим минусом было то, что Линг не потрудился выяснить, в каких случаях следует использовать тот или иной прием, а также определить показания и противопоказания для применения массажа.

Позднее метод Линга был переработан и дополнен врачом из Амстердама Дж. Г. Мезгером. Он открыл школу по подготовке массажистов, в которой обучались представители различных государств Европы.

История массажа во второй половине XIX века тесно связана с развитием анатомии и физиологии. В это время были разработаны научные основы массажа, и, вероятно, именно этим можно объяснить его широкое применение на практике в качестве одного из эффективнейших терапевтических средств.

В середине XIX столетия многие западноевропейские врачи и ученые (Мальген, Падду, Лесне, Нелатон, Герст, Джекобин, Уайт и др.) обратились к данной теме. Результатом явилось появление большого количества клинических и экспериментальных работ, в которых описывались различные приемы классического массажа, давались рекомендации по его проведению (показания и противопоказания, методика применения), а также предпринимались попытки научного обоснования влияния массажа на человеческий организм. Было выяснено, что данная процедура имеет не только местное, но и рефлекторное воздействие.

Особый вклад в развитие современной методики массажа и научное обоснование его анатомо-физиологических свойств внесли российские ученые-терапевты В. М. Бехтерев, С. П. Боткин, Л. Г. Белляринов, Н. А. Вельяминов, В. А. Ратимов, В. А. Манассеин и др.

Хирург Н. А. Вельяминов практиковал использование различных приемов массажа в травматологии. Терапевт С. П. Боткин высказывался за использование массажных приемов при некоторых заболеваниях желудка и печени; он считал необходимым ежедневно массировать живот, способствуя тем самым возбуждению перистальтики кишечника.

Большую роль в разработке массажных методик сыграл В. А. Манассеин. Он пропагандировал физические методы лечения внутренних болезней, в 1876 году по его предложению в учебный план Военно-медицинской академии был введен практический курс массажа и гимнастики, что способствовало появлению в России большого числа профессиональных массажистов.

Под руководством В. А. Манассеина было написано несколько докторских диссертаций, посвященных массажу: «О влиянии массажа на азотистый обмен и усвоение азотистых веществ» (И. З. Гопадзе, 1886 год), «К вопросу о влиянии массажа на количество легочно-кожных потерь» (И. К. Стабровский, 1887 год), «Материалы к учению массажа живота» (Б. И. Кияновский, 1889 год), «Массаж при лечении переломов» (К. Н. Шульц, 1891 год), «К вопросу о лечении закрытых переломов массажем» (Н. И. Гуревич, 1898 год) и др.

Теоретические основы массажа получали воплощение на практике. Многие российские врачи (Д. О. Отт, Н. И. Рачинский, А. И. Никольский, А. И. Маклаков, В. В. Снегирев, Г. В. Епинатьев и др.) применяли массаж в качестве терапевтического средства в своей врачебной практике. А в хирургической клинике профессора Н. В. Склифосовского в начале XX века даже было открыто отделение для лечения массажем различных патологий и последствий хирургического вмешательства.

Постепенно массаж приобретал значение как самостоятельный метод лечения. Во многих странах мира появлялись центры по подготовке массажистов и преподавателей гимнастики. На территории Российской империи такие центры были открыты в Москве (руководители Г. К. Соловьев, М. К. Барсов), Петербурге (руководители Е. Н. Залесова, В. Ф. Диаковский), Киеве

(руководитель В. К. Крамаренко) и некоторых других городах.

Помимо практических центров массажа, в Европе и России открывались специальные институты, занимавшиеся вопросами лечения массажем. В одном из таких институтов работал знаменитый российский врач И. В. Заблудовский. Еще в 1882 году он защитил диссертацию на тему «Материалы к вопросу о действии массажа на здоровых людей», ставшую теоретической основой для развития такого вида массажа, как спортивный. И. В. Заблудовским было написано более 100 работ, посвященных исследованию анатомо-физиологических свойств массажа; разработано несколько методик массажа для людей, занимающихся физкультурой и спортом. Помимо этого, И. В. Заблудовский ввел в массажную практику несколько новых приемов, например двойное кольцевое разминание и выжимание.

На протяжении XX столетия массаж как средство профилактики и лечения различных заболеваний обретал все большее и большее число сторонников. Было выделено два самостоятельных направления массажа – спортивный и лечебный. Особый вклад в их развитие сделал российский профессор И. М. Саркизов-Серазини – создатель стройной системы русского массажа. Систематизированные и научно обоснованные им массажные приемы нашли практическое применение в работе по лечебному и спортивному массажу.

По инициативе И. М. Саркизова-Серазини в 1923 году в перечень дисциплин, преподаваемых в Московском институте физической культуры, был введен курс массажа, а спустя 5 лет в этом учебном заведении открылась кафедра лечебной физкультуры (ЛФК) и массажа, занимавшаяся подготовкой профессиональных кадров по ЛФК и массажу.

Дело Саркизова-Серазини продолжил А. А. Бирюков. Под его руководством был проведен ряд научных исследований, разработаны и введены в практику массажистов новые, эффективные приемы, создана общая классификация массажа, позволяющая разрабатывать частные и спортивные методики.

В последнее время интерес к массажу постоянно растет, открываются новые школы массажа, одной из наиболее известных является школа В. И. Дубровского. Пользуются популярностью и массажные системы А. В. Сироткиной, Г. Р. Ткачёвой.

Поскольку за последние годы интерес возрос не только к традиционному ручному и восточному (ножному) массажу, но и к аппаратному, необходимо кратко осветить его историю.

Еще в древности для облегчения своего труда массажисты начали использовать различные предметы: в Древней Греции и Риме это были скребницы (изогнутые в виде серпа деревянные палочки); в Японии – гистогаммы (небольшие дугообразные куски дерева с движущимися катушками на концах) и специальные деревянные палочки (рис. 2); на Руси – банные веники; у коренного населения Мексики – прутья, которые перед процедурой массажа подогревали над пламенем костра.

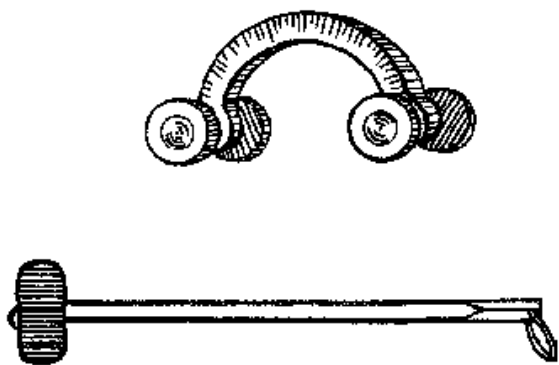


Рис. 2. Инструменты для выполнения массажа

В 1875 году Клеммом был сконструирован специальный инструмент для проведения такого массажного приема, как поколачивание. Конструкция состояла из трех трубочек, закрытых

снаружи вулканизированным каучуком. Величина инструмента зависела от области, которую предстояло массировать: например, для массажа спины использовались длинные поколачиватели, а для массажа рук – короткие. Массаж выполняли также с помощью специальных молоточков, залитых с обеих сторон твердым каучуком, и каучуковых шаров.

В начале XIX столетия был создан вибрационный аппарат, работавший от часового механизма. Удары, сила и скорость которых регулировалась, производились по телу массируемого небольшой резиновой грушей с помощью заведенной пружины.

Вибрационный массаж получил широкое распространение в первой половине XIX века благодаря стараниям Петра Линга. В 1834 году он открыл в Стокгольме Институт гимнастики, где занимались не только научной работой, но и лечением пациентов. Главными профилактическими и лечебными средствами в институте Линга являлись механотерапия, аппаратный (вибрационный) и ручной массаж. Здесь было разработано множество всевозможных массажных аппаратов, однако большая их часть оказалась непригодной для использования.

Вибрационные аппараты создавались в это время и в ряде других стран: в Голландии (аппараты, приводимые в движение силой воды по принципу водяной мельницы), во Франции (конструкции наподобие современных ножных швейных машин, специальные вибрационные кресла) и др.

В 1890 году француз Гранвиль представил на суд ученых и врачей свой электрический аппарат, приводимый в действие электромагнитом.

В том же году другой изобретатель, Бутлер, сконструировал магнитный массажный аппарат, получивший название «магнитный валик». Позже им была разработана конструкция для глубокого разминания мышц: во время работы аппарата мышцы не только подвергались массажированию, но и испытывали воздействие слабых электрических разрядов, проводимых по широким электродам.

В настоящее время существуют всевозможные аппараты для проведения массажа: это и специальные поясные вибрационные аппараты, и приспособления для массажа ног, и массажеры в виде резиновых ковриков, и вибромассажеры для различных частей тела, и многое другое.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА МАССАЖА

Массаж – это механическое раздражение человеческого тела, производимое либо рукой, либо с помощью специального аппарата.

На протяжении долгих лет считалось, что массаж воздействует лишь на массируемые ткани, не оказывая никакого влияния на общее физиологическое состояние человека. Столь упрощенное понимание анатомо-физиологических свойств массажа возникло под влиянием механистической теории немецкого врача Вирхова. В настоящее время благодаря работам отечественных физиологов И. М. Сеченова, И. А. Павлова и других сформировано правильное представление о том, какое влияние оказывает массаж на организм человека.

В механизме действия массажа выделяют три фактора: нервно-рефлекторный, гуморальный и механический. Как правило, в процессе массажной процедуры осуществляется воздействие на нервные окончания, расположенные в различных слоях кожи. Возникают нервные импульсы, которые по чувствительным путям передаются в центральную нервную систему, достигают соответствующих участков коры головного мозга, где синтезируются в общую реакцию и поступают в соответствующие ткани и органы с информацией о необходимых функциональных

сдвигах в организме. Ответная реакция зависит как от характера, силы и продолжительности механического воздействия, так и от состояния центральной нервной системы и нервных окончаний.

Действие гуморального фактора заключается в следующем: под влиянием массажных приемов образующиеся в коже биологически активные вещества (так называемые тканевые гормоны – гистамин, ацетилхолин и др.) поступают в кровь; они способствуют передаче нервных импульсов, участвуют в сосудистых реакциях, а также активизируют некоторые другие процессы, происходящие в организме человека. Не менее важным является механический фактор. Растягивание, смещение, давление, производимые в ходе применения того или иного приема, вызывают усиленную циркуляцию лимфы, крови и межтканевой жидкости на массируемом участке. Благодаря этому ликвидируются застойные явления, активизируется обмен веществ и кожное дыхание.

На основе вышесказанного можно сделать вывод, что механизм действия массажа на человеческий организм является сложным физиологическим процессом, в котором задействованы нервно-рефлекторный, гуморальный и механический факторы, причем ведущая роль принадлежит нервному компоненту.

Влияние массажа на кожу

Кожа является защитным покровом человеческого организма, ее масса составляет около 20 % от общей массы тела. В слоях кожи располагаются различные клетки, волокна, гладкие мышцы, потовые и сальные железы, рецепторы, волосные луковицы, пигментные зерна, а также кровеносные и лимфатические сосуды. Таким образом, помимо защитной функции, кожа выполняет ряд других: она воспринимает раздражающие сигналы, поступающие извне, участвует в дыхательном и терморегуляторном процессах, кровообращении, обмене веществ, очищении организма от шлаков, то есть принимает непосредственное и самое активное участие в жизнедеятельности человеческого организма.

Кожа состоит из трех слоев: эпидермиса, дермы (собственно кожи) и подкожно-жировой клетчатки.

Эпидермис— это наружный слой кожи, через который организм непосредственно контактирует с окружающей средой. Его толщина может быть неодинаковой и варьироваться от 0,8 до 4 мм.

Самый верхний слой эпидермиса, именуемый роговым, отличается упругостью и повышенной стойкостью к внешним раздражителям. Он состоит из безъядерных, слабо соединенных между собой клеток, которые при механическом воздействии на определенные участки тела отслаиваются.

Под роговым слоем располагается блестящий, образованный 2–3 рядами плоских клеток и наиболее заметный на ладонях и подошвах. Далее находятся зернистый слой, состоящий из нескольких слоев ромбовидных клеток, и шиповидный, образованный кубическими или ромбовидными клетками.

В последнем, наиболее глубоком слое эпидермиса, именуемом зародышевым, или базальным, происходит обновление отмирающих клеток. Здесь же вырабатывается пигмент меланин, отвечающий за окраску наружных кожных покровов: чем меньше меланина, тем светлее и чувствительнее кожа. Регулярный массаж способствует образованию большего количества этого пигмента.

Дерма, или собственно кожа, занимает пространство между эпидермисом и подкожно-жировой клетчаткой, ее толщина составляет 0,5–5 мм. Дерма образуется гладкими мышечными и соединительно-тканевыми коллагеновыми волокнами, благодаря которым кожа приобретает

эластичность и прочность.

В собственно коже имеются многочисленные кровеносные сосуды, объединенные в две сети – глубокую и поверхностную, с их помощью осуществляется питание эпидермиса.

Подкожно-жировая клетчатка образуется соединительной тканью, в которой скапливаются жировые клетки. Толщина этого слоя кожи на разных участках тела может значительно варьироваться: наиболее развит он на животе, грудных железах, ягодицах, ладонях и подошвах стоп; меньше всего его содержится на ушных раковинах, красной кайме губ и крайней плоти полового члена мужчин. Подкожно-жировая клетчатка предохраняет организм от переохлаждения и ушибов.

Влияние массажа на различные слои кожи огромно: механическое воздействие с помощью различных приемов способствует очищению кожи и удалению отмерших клеток эпидермиса; это, в свою очередь, приводит к активизации кожного дыхания, улучшению работы сальных и потовых желез, нервных окончаний.

Массаж вызывает расширение кровеносных сосудов, расположенных в кожных слоях, тем самым активизируется приток артериальной и отток венозной крови и усиливается питание кожи. Улучшается сократительная функция мышечных волокон, благодаря чему повышается общий тонус кожи: она становится эластичной, упругой, гладкой, приобретает здоровый цвет. Кроме того, первоначально воздействуя на кожу, различные массажные приемы посредством нервно-рефлекторного, гуморального и механического факторов оказывают благотворное влияние на весь организм в целом.

Влияние массажа на нервную систему

Нервная система – главный регулятор и координатор действия всех органов и систем человека. Она обеспечивает функциональное единство и целостность всего организма, его связь с окружающим миром; кроме того, она контролирует работу скелетных мышц, регулирует физиологические процессы, происходящие в тканях и клетках.

Главная структурная и функциональная единица нервной системы – нейрон, представляющий собой клетку с отростками – длинным аксоном и короткими дендритами. Нейроны соединяются между собой синапсами, образуя нейронные цепи, приводимые в действие рефлекторно: в ответ на раздражение, поступающее из внешней или внутренней среды, возбуждение из нервных окончаний передается по центrostремительным волокнам в головной и спинной мозг, оттуда импульсы по центробежным волокнам поступают в различные органы, а по двигательным – к мышцам.

Нервную систему подразделяют на центральную и периферическую, а также на соматическую и вегетативную.

Центральная нервная система (ЦНС) состоит из головного и спинного мозга, периферическая – из многочисленных нервных клеток и нервных волокон, служащих для связи отделов ЦНС и передачи нервных импульсов.

Головной мозг, находящийся в полости черепной коробки и состоящий из двух полушарий, делится на 5 отделов: продолговатый, задний, средний, промежуточный и конечный мозг. От них отходят 12 пар черепно-мозговых нервов, функциональные показатели которых различаются.

Спинной мозг находится в позвоночном канале между верхним краем I шейного и нижним краем I поясничного позвонка. Через межпозвоночные отверстия по всей длине от мозга отходит 31 пара спинно-мозговых нервов. Сегмент спинного мозга представляет собой участок серого вещества, соответствующий положению каждой пары спинно-мозговых нервов,

отвечающих за поступление сигналов в ту или иную часть организма. Выделяют 7 шейных (С), 12 грудных (Th(D)), 5 поясничных (L), 5 крестцовых и 1 копчиковый сегмент (два последних объединяют в крестцово-копчиковый отдел (S)) (рис. 3).

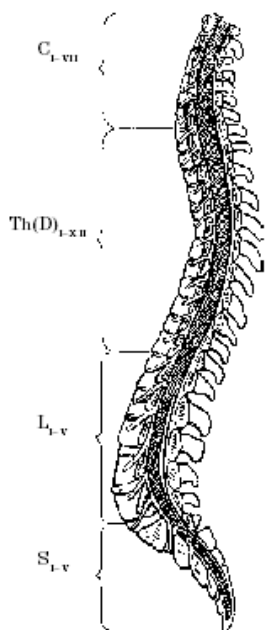


Рис.3. Сегменты спинного мозга

Межреберные нервы, называемые также передними ветвями грудных спинно-мозговых нервов, осуществляют связь ЦНС с межреберными и прочими мышцами груди, передней и боковой поверхностями грудной клетки, мышцами живота (то есть иннервируют эти мышцы).

Периферическая нервная система представлена нервами, отходящими от спинного мозга и ствола головного мозга, и их разветвлениями, образующими в различных тканях и органах двигательные и чувствительные нервные окончания. Каждому мозговому сегменту соответствует определенная пара периферических нервов.

Спинно-мозговые нервные ответвления соединяются в шейное, плечевое, поясничное и крестцовое сплетения, от которых отходят нервы, передающие сигналы из ЦНС к соответствующим участкам человеческого тела.

Шейное сплетение, образованное передними ветвями 4 верхних шейных нервов, располагается в глубоких шейных мышцах. Через это сплетение нервные импульсы поступают к коже бокового отдела затылочной части головы, ушной раковины, передней и боковой частей шеи, ключицы, а также в глубокие мышцы шеи и диафрагму.

Плечевое сплетение, образованное передними ветвями 4 нижних шейных нервов и частью передней ветви I грудного нерва, располагается в нижнем отделе шеи, за грудино-ключично-сосцевидной мышцей. Выделяют надключичную и подключичную части плечевого сплетения. От первой нервы отходят к глубоким мышцам шеи, мышцам плечевого пояса и мышцам груди и спины; от второй, состоящей из подмышечного нерва и длинных ветвей (мышечно-кожного, срединного, локтевого, лучевого, медиального кожного нервов плеча и предплечья), – к дельтовидной мышце, капсуле плечевого сплетения, коже боковой поверхности плеча.

Поясничное сплетение образуется ветвями XII грудного и I–IV поясничных нервов, которые посылают импульсы в мышцы нижних конечностей, поясницы, живота, подвздошную мышцу и нервные окончания, расположенные в кожных слоях.

Крестцовое сплетение образуют V поясничный нерв и все соединенные крестцовые и копчиковые нервы. По ветвям, выходящим из этого сплетения (верхний и нижний ягодичный, половой, седалищный, большеберцовый, малоберцовый нервы, задний кожный нерв бедра),

поступают сигналы к мышцам таза, задней поверхности бедра, голени, стопам, а также к мышцам и коже промежности и ягодиц.

Вегетативная нервная система иннервирует внутренние органы и системы: пищеварительную, дыхательную, выделительную, оказывает значительное влияние на обмен веществ в скелетных мышцах, кровообращение и работу желез внутренней секреции.

Соматическая нервная система иннервирует кости, суставы и мышцы, кожные покровы и органы чувств. Благодаря ей осуществляется связь организма с окружающей средой, обеспечивается чувствительность и двигательная способность человека.

Массаж оказывает значительное влияние на нервную систему: как правило, он улучшает состояние ЦНС, способствует восстановлению функций периферической нервной системы, активизирует регенерационные процессы в тканях.

В зависимости от методики проведения данной процедуры и исходного состояния ЦНС массаж может оказывать либо возбуждающее, либо успокаивающее действие: первое отмечается при использовании приемов поверхностного и быстрого массажа, второе при длительном, глубоком массаже, проводимом в медленном темпе, а также при выполнении данной процедуры в среднем темпе со средней силой воздействия.

Следствием неправильно выполненного массажа может стать ухудшение общего физического состояния пациента, усиление болевых ощущений, чрезмерное повышение возбудимости ЦНС и др.

Влияние массажа на кровеносную и лимфатическую системы

Значение системы кровообращения для жизнедеятельности организма трудно переоценить: она обеспечивает постоянную циркуляцию крови и лимфы по тканям и внутренним органам, осуществляя тем самым их питание и насыщение кислородом, удаляя продукты обмена и углекислый газ.

Кровеносную систему образуют сердце и многочисленные кровеносные сосуды (артерии, вены, капилляры), замкнутые в большой и малый круги кровообращения. По этим кругам осуществляется непрерывное движение крови от сердца к органам и в обратном направлении.

Сердце – это главный рабочий механизм человеческого организма, ритмические сокращения и расслабления которого обеспечивают движение крови по сосудам. Оно представляет собой четырехкамерный полый мышечный орган с 2 желудочками и 2 предсердиями, в правом желудочке и предсердии проходит венозная кровь, в левой половине – артериальная.

Сердце работает следующим образом: оба предсердия сокращаются, кровь из них поступает в желудочки, которые расслабляются; затем желудочки сокращаются, из левого кровь поступает в аорту, из правого – в легочный ствол, предсердия расслабляются и принимают кровь, поступающую из вен; наступает расслабление сердечной мышцы, после чего весь процесс начинается сначала. Как уже говорилось ранее, кровь циркулирует по большому и малому кругам.

Большой круг кровообращения начинается аортой, выходящей из левого желудочка сердца и несущей артериальную кровь по ветвям во все органы. При прохождении через капилляры эта кровь превращается в венозную и возвращается в правое предсердие по верхней и нижней полым венам.

Малый (легочный) круг кровообращения начинается с легочного ствола, выходящего из правого желудочка и доставляющего венозную кровь по легочным артериям в легкие. При прохождении через кровеносные капилляры венозная кровь превращается в артериальную, которая достигает левого предсердия по 4 легочным венам.

Артерии – это сосуды, по которым кровь передвигается от сердца к органам. По диаметру все артерии делятся на крупные, мелкие и средние, а по месту расположения – на внеорганные и внутриорганные.

Самым крупным артериальным сосудом является аорта, от нее отходят три крупные ветви – плечеголовной ствол, левая общая сонная артерия и левая подключичная артерия, которые, в свою очередь тоже разветвляются.

Система артерий верхних конечностей начинается подмышечной артерией, переходящей в плечевую, которая, в свою очередь, делится на локтевую и лучевую, а последняя – на поверхностную и глубокую ладонные дуги.

Грудная аорта, ветви которой питают стенки грудной клетки и органы грудной полости (кроме сердца), проходит через отверстие диафрагмы и переходит в брюшную аорту, делящуюся на уровне IV–V поясничных позвонков на левую и правую подвздошные артерии, которые также сильно разветвляются.

Система артерий нижних конечностей представлена многочисленными кровеносными сосудами, самыми крупными из которых являются бедренная, подколенная, передняя и задняя большеберцовые артерии, медиальная и латеральная подошвенные артерии, тыльная артерия стопы.

Тонкие артерии, именуемые артериолами, переходят в капилляры – мельчайшие кровеносные сосуды, через стенки которых происходят обменные процессы между тканями и кровью. Капилляры связывают артериальную и венозную системы и образуют разветвленную сеть, охватывающую ткани всех органов. Капилляры переходят в венулы – мельчайшие вены, которые образуют более крупные.

Вены – это сосуды, по которым кровь движется от органов к сердцу. Поскольку кровоток в них осуществляется в обратном направлении (от мелких сосудов к более крупным), в венах имеются специальные клапаны, препятствующие оттоку крови к капиллярам и способствующие ее поступательному движению к сердцу. Важную роль в этом процессе играет мышечно-фасциальный насос: при мышечных сокращениях вены сначала расширяются (кровь приливает), а затем сужаются (кровь проталкивается к сердцу).

Массаж способствует активизации как местного, так и общего кровообращения: ускоряется отток венозной крови из отдельных органов и тканей, а также движение крови по венам и артериям. Массажные приемы вызывают увеличение количества тромбоцитов, лейкоцитов и эритроцитов в крови, повышается содержание гемоглобина. Особое значение механическое воздействие на кожу имеет для происходящего в капиллярах обмена между кровью и лимфатическими тканями: в результате создаются благоприятные условия для поступления к тканям и органам большого количества кислорода и питательных веществ, улучшается работа сердца.

Лимфатическая система образуется сетью лимфатических сосудов, узлов, лимфатическими стволами и двумя лимфатическими протоками. Являясь своеобразным дополнением венозной, лимфатическая система участвует в удалении из тканей избытков жидкости, коллоидных растворов белков, эмульсий жировых веществ, бактерий и инородных частиц, вызывающих воспаление.

Лимфатические сосуды охватывают практически все ткани и органы, за исключением головного и спинного мозга, хрящей, плаценты и хрусталика глаза. Соединяясь, крупные лимфатические сосуды образуют лимфатические стволы, которые, в свою очередь, объединяются в лимфатические протоки, впадающие в области шеи в крупные вены.

Лимфатические узлы, представляющие собой плотные образования из лимфоидной ткани, располагаются группами на определенных участках тела: на нижних конечностях – в паховой,

бедренной и подколенной области; на верхних конечностях – в области подмышечной впадины и локтя; на груди – рядом с трахеями и бронхами; на голове – в затылочной и подчелюстной области; на шее.

Лимфатические узлы выполняют защитную и кроветворную функции: здесь происходит размножение лимфоцитов, поглощение болезнетворных микробов и выработка иммунных тел.

Лимфа движется всегда в одном направлении – от тканей к сердцу. Ее задержка в той или иной области тела приводит к отекам тканей, а ослабленная циркуляция лимфы становится одной из причин нарушения обмена веществ в организме.

Массаж активизирует движение лимфы и способствует ее оттоку из тканей и органов. Однако для достижения положительного эффекта руки массажиста в ходе процедуры должны двигаться по направлению к ближайшим лимфатическим узлам (рис. 4): при массировании головы и шеи – к подключичным; рук – к локтевым и подмышечным; груди – от грудины к подмышечным; верхней и средней части спины – от позвоночника к подмышечным; поясничной и крестцовой областей – к паховым; ног – к подколенным и паховым. Необходимо воздействовать на ткани с некоторым усилием, используя такие приемы, как разминание, выжимание, поколачивание и т. п.

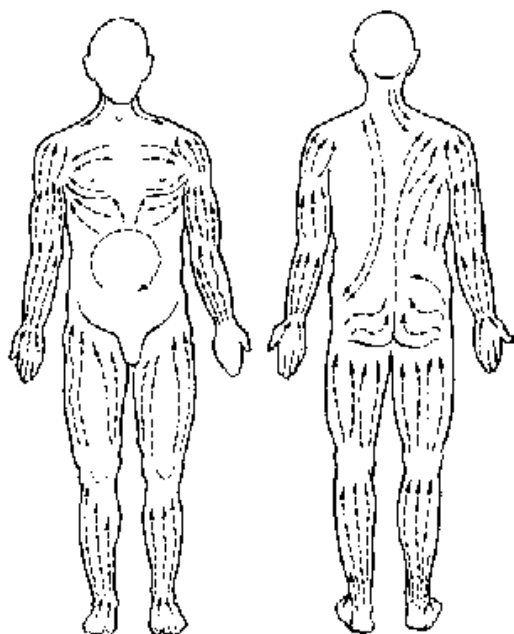


Рис. 4. Направление, в котором выполняется массаж

Массировать лимфатические узлы нельзя. Дело в том, что в них могут скапливаться болезнетворные бактерии (свидетельство этого – увеличение, припухлость, болезненность лимфатических узлов) и активизация лимфотока под воздействием механического раздражения явится причиной распространения инфекции по всему организму.

Влияние массажа на дыхательную систему

Массаж, выполняемый правильно, в соответствии со всеми методическими указаниями, оказывает положительное влияние на дыхательную систему.

Энергичный массаж грудной клетки с использованием таких приемов, как поколачивание, растирание и рубление, способствует рефлекторному углублению дыхания, увеличению минутного объема дыхания и лучшей вентиляции легких.

Однако подобный эффект достигается не только при массировании грудной клетки, но и при механическом воздействии на другие части тела – растирании и разминании мышц спины, шеи, межреберных мышц. Данные приемы снимают также утомление гладкой легочной

мускулатуры.

Расслаблению дыхательной мускулатуры и активной вентиляции нижних долей легких способствует проведение массажных приемов на участке тела, где диафрагма крепится к ребрам.

Влияние массажа на внутренние органы и обмен веществ

Обмен веществ – это совокупность химических реакций, происходящих в организме человека: вещества, поступающие извне, под воздействием ферментов распадаются, в результате чего высвобождается энергия, необходимая для осуществления различных функций организма.

Под влиянием массажа все физиологические процессы активизируются: ускоряется газообмен в тканях и органах, минеральный и белковый обмены; быстрее выделяются из организма минеральные соли хлорида натрия и неорганического фосфора, азотистые вещества органического происхождения (мочевина, мочевая кислота).

В результате внутренние органы начинают работать лучше, повышается жизнедеятельность всего организма.

Массаж, перед которым были проведены тепловые процедуры (горячие, парафиновые и грязевые ванны), активизирует обменные процессы в большей степени. Это объясняется тем, что при механическом раздражении размягченной кожи образуются продукты белкового распада, которые при поступлении с кровью в ткани и сосуды различных внутренних органов оказывают положительное действие, подобное действию протеинотерапии (лечение белковыми веществами).

Как уже говорилось ранее, массаж рефлекторно стимулирует и активизирует деятельность не только внутренних органов, но и физиологических систем организма: сердечно-сосудистой, дыхательной, кровеносной, пищеварительной.

Так, под влиянием массажа нормализуется выделительная функция печени (образование желчи) и секреторная деятельность желудочно-кишечного тракта.

Воздействие на область живота ускоряет продвижение пищи по органам пищеварения, нормализует перистальтику кишечника и тонус желудка, уменьшает метеоризм, повышает кислотность желудочного сока; массаж спины, поясничной области и живота ускоряет восстановительный процесс при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка.

Влияние массажа на мышцы, суставы, связки и сухожилия

Скелетная мускулатура взрослого человека составляет около 30–40 % от общей массы его тела. Мышцы, представляющие собой особые органы человеческого тела, крепятся к костям и фасциям (оболочкам, покрывающим органы, сосуды и нервы) с помощью сухожилий – плотных соединительных тканей.

В зависимости от места расположения мышцы делят на туловищные (задние – спины и затылка, передние – шеи, груди и живота), головные и мышцы конечностей.

Спереди тела располагаются следующие мышцы:

- лобная (собирает кожу на лбу в поперечные складки);
- круговая мышца глаза (закрывает глаза);
- круговая мышца рта (закрывает рот);
- жевательная (участвует в жевательных движениях);
- подкожная шейная (участвует в дыхательном процессе);
- дельтовидная (располагается сбоку, отводит руку);

- двуглавая мышца плеча (сгибает руку);
- плечевая;
- плечелучевая;
- локтевая;
- мышцы-сгибатели пальцев, кисти и запястья;
- большая грудная (производит движение рукой вперед-вниз, поднимает грудную клетку);
- передняя зубчатая (при сильном вздохе поднимает грудную клетку);
- прямая брюшная (опускает грудную клетку и наклоняет туловище вперед);
- наружная косая мышца живота (наклоняет туловище вперед и поворачивает в стороны);
- паховая связка;
- четырехглавая мышца бедра и ее сухожилие;
- портняжная мышца (сгибает ногу в коленном суставе и разворачивает голень внутрь);
- передняя большеберцовая мышца (разгибает голеностопный сустав);
- длинная малоберцовая;
- внутренняя и наружная широкие (разгибают голень).

Сзади тела находятся:

- грудино-ключично-сосцевидная мышца (с ее помощью производятся наклоны головы вперед и в стороны);
- пластырная мышца (принимает участие в различных движениях головы);
- мышцы-разгибатели предплечья;
- трехглавая мышца плеча (передвигает вперед лопатку и разгибает руку в локтевом суставе);
- трапецевидная мышца (отводит лопатку к позвоночнику);
- широчайшая мышца спины (отводит руку назад и разворачивает внутрь);
- большая ромбовидная мышца;
- средняя ягодичная мышца;
- большая ягодичная мышца (разворачивает бедро наружу);
- полусухожильная и полуперепончатая мышцы (приводят бедро);
- двуглавая мышца бедра (сгибает ногу в коленном суставе);
- икроножная мышца (сгибает голеностопный сустав, опускает переднюю и поднимает заднюю части стопы);
- пяточное (ахиллово) сухожилие.

Различают три вида мышц: поперечно-полосатые, гладкие и сердечную. Поперечно-полосатые мышцы (скелетные), образованные пучками многоядерных мышечных волокон красно-бурого цвета и рыхлой соединительной тканью, через которую проходят сосуды и нервы, расположены на всех участках тела человека. Эти мышцы играют важную роль в поддержании тела в определенной позе, перемещении его в пространстве, дыхании, жевании и др. Обладая способностью к укорочению и растяжению, поперечно-полосатые мышцы пребывают в постоянном тоне (непроизвольном напряжении).

Гладкие мышцы состоят из веретенообразных одноядерных клеток и не имеют поперечной исчерченности. Они выстилают стенки большей части внутренних органов и кровеносных сосудов, имеются также в кожных слоях. Сокращение и расслабление гладких мышц происходит непроизвольно.

Сердечная мышца (миокард) представляет собой мышечную ткань сердца, обладающую способностью к произвольному сокращению под действием возникающих в ней самой импульсов.

Произвольная сократимость – не единственная особенность мышц. Помимо этого, они способны растягиваться и принимать свою первоначальную форму после завершения непосредственного воздействия (свойство эластичности), однако они возвращаются в исходное

положение постепенно (свойство вязкости).

Массаж оказывает положительное влияние на мускулатуру: он улучшает кровообращение и окислительно-восстановительные процессы, происходящие в мышцах, способствует поступлению в них большего количества кислорода, ускоряет выход продуктов обмена.

Механическое воздействие помогает снять отечность, одеревенелость мышц, в результате они становятся мягкими и эластичными, в них уменьшается содержание молочной и прочих органических кислот, проходят болезненные ощущения, вызванные чрезмерным напряжением во время физических нагрузок.

Правильно выполненный массаж способен восстановить работоспособность утомленных мышц всего за 10 минут. Объясняется это тем, что выделяемое при воздействии на мышцы вещество ацетилхолин активизирует передачу нервных импульсов по нервным окончаниям, что вызывает возбуждение мышечного волокна. Однако для достижения большего эффекта следует использовать при массаже мышц такие приемы, как разминание, надавливание, поколачивание, то есть те, где требуется некоторое приложенное усилие.

Нельзя не отметить влияние массажа на связочно-суставной аппарат. Суставы представляют собой подвижные соединения костей, концы которых покрыты хрящевой тканью и заключены в суставную сумку. Внутри нее имеется синовиальная жидкость, уменьшающая трение и питающая хрящи.

В наружном слое суставной сумки или рядом с ним располагаются связки – плотные структуры, с помощью которых соединяются скелетные кости или отдельные органы. Связки укрепляют суставы, ограничивают или направляют движение в них.

Мышцы и суставы связаны между собой посредством соединительной ткани, расположенной между суставной сумкой и мышечным сухожилием.

Массаж позволяет активизировать кровоснабжение сустава и прилегающих к нему тканей, способствует образованию большего количества синовиальной жидкости и ее лучшей циркуляции в суставной сумке, что увеличивает подвижность сустава, предупреждает развитие патологических изменений в костных соединениях.

В результате регулярного использования массажных приемов делаются более эластичными связки, укрепляется связочно-суставной аппарат и сухожилия. Как лечебное средство данная процедура необходима также в период восстановления при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МАССАЖА

Эффективность массажной процедуры зависит не только от теоретических знаний и опыта массажиста, его умения правильно определить функциональное состояние пациента и тяжесть заболевания, установить продолжительность каждой отдельной процедуры и всего курса в целом, но и от соблюдения основных гигиенических требований к помещению, массажисту и массируемому.

Требования к помещению и оборудованию

Массаж следует проводить в специально оборудованной комнате площадью не менее 10 м. Температура воздуха в этом помещении не должна опускаться ниже 20–22 °С, иначе пациент будет чувствовать себя некомфортно.

Массажный кабинет должен быть сухим, теплым, с хорошим освещением (при недостатке света массажист будет быстро уставать) и вентиляцией. Желательно, чтобы помещение было с окнами, через которые поступал бы солнечный свет. Необходимо также оборудовать комнату лампами дневного света, но установить их таким образом, чтобы поток света не оказывал раздражающего действия на глаза массажиста, а на пациента падал под углом. В массажном кабинете обязательно наличие приточно-вытяжного устройства, обеспечивающего многократный обмен воздуха, или специальной фрамуги, через которую поток свежего воздуха будет проникать внутрь помещения, а насыщенный углекислым газом – уходить прочь.

В комнате, предназначенной для проведения массажа, должно находиться следующее оборудование:

- специальная кушетка (лучше две) или стол длиной 185–210 см, шириной 50–65 см; высота зависит от роста массажиста и части тела, которую предстоит массировать. Существуют массажные кушетки различных конструкций: с регулируемым уровнем высоты, с приподнимающимися головным и ножным концами, с крепящимися подголовниками и подлокотниками (рис. 5).

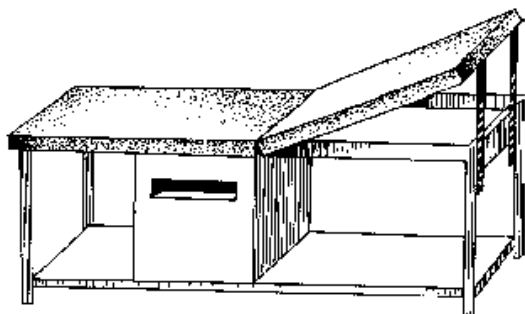


Рис. 5. Массажная кушетка

Желательно, чтобы кушетка была достаточно жесткой, с хорошим синтетическим покрытием, легко обрабатываемым с помощью воды и моющих средств; во время процедуры кушетку следует накрывать простыней;

- 2 валика: один диаметром 25–35 см для подкладывания под голову или под ноги, второй диаметром 15–20 см, используемый исключительно при массаже нижних конечностей. Валики могут быть поролоновыми, обитыми дерматином, ватными или надувными резиновыми;
- 2–3 стула и 1 винтовой табурет на колесиках;
- письменный стол и переносная ширма;
- шкаф для хранения чистого белья (халатов, простыней, полотенец), мыла и смазывающих веществ;
- аптечка первой медицинской помощи, в которой обязательно должны храниться вата, стерильные бинты, марля, лейкопластырь, йод, спиртовой раствор бриллиантового зеленого, клей БФ-6, нашатырный и денатурированный спирты, настойка валерианы, тальк, детский крем, ножницы, пинцет, термометр для измерения температуры тела, мензурка, песочные часы на 3, 5, 10 и 25 минут;
- умывальник с горячей и холодной водой, графин и стаканы для питьевой воды, зеркало, вешалка для одежды;
- регистрационный журнал, в который профессиональный массажист заносит сведения о проведенной каждому пациенту процедуре.

Желательно, чтобы в массажном кабинете находились кварцевая лампа, вибрационный и пневматический массажеры, аппарат для измерения кровяного давления, кистевой динамометр, секундомер.

Неподалеку от помещения для массажа должны быть туалетная и душевая комнаты. В самом кабинете нежелательно наличие лишних вещей, присутствие посторонних людей, ничто не

должно отвлекать массажиста и его пациента от процедуры. При проведении приемов можно использовать расслабляющую, успокаивающую музыку.

Требования к массажисту

Профессионализм и общая культура массажиста играют важную роль в отношении пациентов к проводимой процедуре. В связи с этим во взаимоотношениях массажиста и массируемого можно выделить два аспекта: психологический и технический.

Под первым понимают умение массажиста расположить к себе пациента, проявить терпение, дружелюбие, продемонстрировать уверенность в правильности выполнения массажных приемов; под вторым – необходимые профессиональные навыки. Массажист должен обладать такими качествами, как внимательность, уравновешенность, тактичность. Заставив пациента поверить в благотворное действие массажа на организм, массажист сумеет получить достоверную информацию о физическом и психическом состоянии массируемого, что очень важно для составления плана проведения одного сеанса массажа и всего курса в целом.

Технический аспект предусматривает строгое следование методике, разработанной в соответствии с диагнозом. Однако профессиональный массажист должен уметь не только выбирать наиболее эффективные приемы, но и использовать в своей практике любой вид массажа, например лечебный в восстановительный период после травмы или успокаивающий при бессоннице. Работа массажиста предусматривает тесный контакт с лечащим врачом пациента.

Чтобы правильно выбрать методику массажа для каждого пациента, массажист обязан перед началом курса определить функциональное состояние массируемого, для чего провести общий и специальный осмотр.

При общем осмотре рекомендуется обращать внимание в первую очередь на тип конституции и реагирования человека и его общее физическое состояние, при специальном – на реагирование кожных покровов и тканей на механические раздражения. Можно также провести опрос пациента и воспользоваться методом пальпации (ощупывания) массируемых тканей.

Как известно, кожа всегда подает сигналы о начале заболевания. У здорового человека цвет кожных покровов зависит от толщины, количества пигмента и глубины залегания кровеносных сосудов. Бледность кожи свидетельствует о нехватке гемоглобина в крови, развитии каких-либо инфекционных заболеваний. Чрезмерное покраснение кожных покровов на отдельных участках тела может быть вызвано дерматитами, флегмонами и иными кожными заболеваниями. Кожа желтоватого цвета характерна для людей, больных гепатитом и холециститом.

При осмотре пациента необходимо также обратить внимание на влажность кожи. Чрезмерное потоотделение у здорового человека может наблюдаться при высокой температуре окружающей среды, интенсивной физической нагрузке, а также при неврозах и некоторых инфекционных заболеваниях, сопровождающихся повышением температуры тела. Чрезмерная сухость кожных покровов характерна для пожилых людей, а также для пациентов с угнетенной функцией потовых желез.

Здоровая кожа плотная и достаточно упругая, она не отделяется от подкожно-жировой клетчатки и быстро расправляется после сдавливания пальцами, в этом случае говорят, что кожа обладает хорошим тургором. При некоторых заболеваниях, а также по мере старения организма тургор оказывается сниженным.

При скоплении жидкости в тканях наблюдается отек. При надавливании на отечном участке образуется ямка, которая расправляется очень медленно. Отек может быть местным или общим. В первом случае причиной являются расстройство крово- и лимфотока, а также воспалительные

процессы в тканях и травмы; во втором – заболевания сердца, почек и некоторых внутренних органов.

Сыпь на коже нередко появляется вследствие аллергической реакции на прием каких-либо медикаментозных препаратов или пищевых продуктов. В этом случае массаж проводить нельзя. Не рекомендуется использование массажных приемов и в том случае, если имеют место кожные кровоизлияния, вызванные ушибами или заболеваниями, сопровождающимися плохой свертываемостью крови (гемофилия и др.).

При наличии на теле пациента небольших царапин и ссадин массаж проводить не воспрещается, однако если раны обширные и кровоточащие, процедуру следует на время отложить.

Как правило, лимфатические узлы на теле здорового человека не видны и не прощупываются. Развитие воспалительного процесса, вызванного травмами, нагноением и другими причинами, приводит к увеличению шейных, паховых, локтевых и надключичных лимфатических узлов.

При осмотре пациента следует обратить внимание и на кровеносные сосуды. Обнаруженные уплотнения и болезненность в массируемой области препятствуют проведению процедуры массажа. Не следует активно массировать подколенную ямку, внутреннюю поверхность бедра и плеча, а также область шеи у пожилых людей.

Пальпацией необходимо определить тонус мышц, их рельефность, силу, плотность, упругость. Здоровые мышцы отличаются мягкостью, упругостью, эластичностью. Некоторые заболевания (миозит, остеохондроз и др.), а также чрезмерные физические нагрузки, вызывающие переутомление скелетной мускулатуры, являются причинами болезненности мышц, нарушения их сократительной способности и появления уплотнений.

Осмотр и пальпация суставов позволяют выявить наличие травм и воспалительных процессов в суставной сумке. В этом случае отмечается припухлость в области сустава, болезненность, нарушение подвижности и локальное повышение температуры, вызывающее напряжение и покраснение кожи. Массаж при обнаружении таких отклонений проводить нельзя.

При ощупывании отдельных участков тела по ходу нервных стволов массажист может создать представление о состоянии нервной системы пациента. Болезненность в некоторых точках, а также иррадиирующая боль являются ярким свидетельством того или иного нервного заболевания. Чтобы не ошибиться в выборе рациональных методов воздействия, массажист должен хорошо знать анатомию, расположение главных нервных стволов и места выхода отдельных нервов.

Только после того, как будут проведены обследование и опрос пациента, массажист может переходить к выполнению массажной процедуры. Данные о состоянии пациента до и после массажа он должен заносить в специальный журнал.

Поскольку во время процедуры происходят большие затраты энергии, массажисту необходимо правильно организовать свой труд. Нельзя делать ни одного лишнего движения: руки должны двигаться мягко, плавно и в то же время ритмично. Следует работать поочередно то правой, то левой рукой. Если массажный прием предполагает воздействие с некоторым усилием, необходимо использовать вес руки и туловища, но не задействовать при этом «лишнюю» группу мышц.

Руки массажиста – главный рабочий инструмент, от их состояния зависит эффективность проводимой процедуры. Руки должны быть сильными, пластичными и выносливыми, для выработки этих качеств необходимо регулярно выполнять следующие упражнения:

1. Исходное положение: сидя, руки опущены вдоль туловища. Поочередно сжимать в кулак и разжимать кисти правой и левой руки. Повторить несколько раз.

2. Исходное положение: сидя, кисти рук основанием опираются на стол. Произвести пальцами

движения, как при игре на фортепиано. Повторить несколько раз.

3. Исходное положение: сидя, кисти рук лежат на столе ладонями вниз. Не отрывая ладони от стола, медленно поднять и опустить палец, стараясь удержать другие на столе. Повторить упражнение для каждого пальца по 5–6 раз.

4. Исходное положение: сидя, кисти рук лежат на столе ладонями вниз. Не отрывая основания ладоней от горизонтальной поверхности, приподнять выпрямленные пальцы и резко опустить их вниз, сильно ударив подушечками пальцев по столу. Повторить 5–6 раз.

5. Исходное положение: сидя, локти стоят на столе. Выполнить кистью каждой руки несколько вращательных движений сначала по часовой стрелке, затем против часовой стрелки.

6. Исходное положение: стоя, ноги на ширине плеч, руки с гантелями (весом до 3 кг) опущены вниз. Выполнить повороты туловища влево и вправо. Повторить упражнение в каждую сторону 6–8 раз.

7. Исходное положение: стоя, ноги на ширине плеч, руки с гантелями разведены в стороны. Выполнить сгибания и разгибания в лучезапястных суставах. Повторить упражнение 6–8 раз.

8. Исходное положение: стоя, ноги на ширине плеч, руки с гантелями вытянуты вперед. Выполнить повороты туловищем влево и вправо, одновременно сгибая и разгибая руки в лучезапястных суставах. Повторить упражнение 6–8 раз.

Во время сеанса руки массажиста должны быть сухими, чистыми, мягкими и теплыми. Перед началом процедуры следует вымыть их теплой водой с мылом, просушить чистым полотенцем и обработать разбавленным спиртом, лимонным соком, жирным кремом или смягчающей жидкостью, состоящей из глицерина (25 г), 3 %-ного водного раствора аммиака (25 мл) и 96 %-ного этилового спирта (5 мл). При чрезмерной потливости руки нужно протереть 1 %-ным раствором формалина, сполоснуть прохладной водой и посыпать тальком.

Недопустимо наличие на ладонях массажиста мозолей и грибковых заболеваний. Во избежание их появления рекомендуется выполнять все работы по дому в резиновых или хлопчатобумажных перчатках, пользоваться смягчающими и лечебными кремами.

Если кожа на руках сильно загрязнена, можно сделать следующее: развести в теплой воде 5 г чайной соды, 30 г глицерина и 2,5 г нашатырного спирта, опустить в приготовленный раствор руки и подержать их в нем в течение 5–10 минут. Затем тщательно просушить руки чистой салфеткой и нанести на кожу питательный крем. Очищающим эффектом обладают солевая ванночка (50 г соли на 500 мл воды) и слабый водный раствор уксусной кислоты.

Несколько раз в неделю, перед сном желательно делать смягчающие ванночки для рук: из картофельного отвара (картофель смешивают с водой, в которой он варился, и держат руки в полученной массе в течение 10–15 минут), из отвара овсяных хлопьев, липового цвета (делают с растительным маслом).

Массажисту следует регулярно подстригать ногти, не допуская их отрастания больше оптимальной длины (ногти не должны выступать за кончики пальцев).

Во избежание травмирования кожи пациента перед началом каждого сеанса необходимо снимать имеющиеся кольца, браслеты, наручные часы и надевать чистый халат с короткими рукавами и удобную обувь.

Массажист должен планировать свою работу таким образом, чтобы длительные и наиболее сложные сеансы приходились на первую половину дня, причем стараться чередовать их с легкими, кратковременными.

В течение рабочего дня следует делать несколько 5–10-минутных перерывов для отдыха, во время которых выполнять упражнения для укрепления осанки и активизации кровообращения. Несоблюдение этих рекомендаций может спровоцировать развитие у массажиста плоскостопия и расширения вен, замедление венозного кровообращения в брюшной полости, опущение внутренних органов.

В целях профилактики этих заболеваний массажист должен периодически менять рабочую позу, оптимальный вариант – чередовать работу сидя и стоя.

Необходимо выбирать такое исходное положение, которое во время проведения сеанса не вызывало бы чрезмерного напряжения мышц и связок, задержки дыхания и в то же время позволяло беспрепятственно массировать определенный участок тела.

Во время сеанса массажа не следует разговаривать, так как это вызывает нарушение дыхания у массажиста и повышение мышечного тонуса у массируемого. Однако не стоит оставлять без внимания жалобы пациента на негативное влияние процедуры на его физическое состояние.

Требования к массируемому

Перед началом процедуры пациент должен сначала принять теплый душ или обтереть тело влажным полотенцем, а затем вытереться насухо. При локальном массаже загрязненный участок тела обрабатывают денатурированным спиртом или одеколоном.

Необходимо обнажить массируемую часть тела; допускается нахождение пациента во время процедуры в нижнем белье, однако одежда не должна мешать массажисту. Если тело пациента густо покрыто волосами, массаж можно проводить через тонкую простыню или с использованием специальных эмульсий, это предотвратит раздражение волосных луковиц.

Если на коже имеются какие-либо повреждения (ссадины, порезы, царапины, расчесы), перед началом процедуры их следует обработать йодом, бриллиантовым зеленым или ксероформовой мазью и заклеить лейкопластырем. Можно с этой же целью воспользоваться клеем БФ-6. Во время массажа поврежденные участки не следует трогать. При таких кожных заболеваниях, как экзема, лишай, нужно отказаться от услуг массажиста до полного выздоровления.

Примерно за 2 часа до проведения процедуры массируемому не следует принимать пищу в больших количествах, кишечник и мочевой пузырь перед началом сеанса должны быть опорожнены.

Положение массируемого и массажиста во время процедуры

Чтобы процедура массажа была эффективной, массируемый должен полностью расслабить все скелетные мышцы. Для этого ему следует принять наиболее удобное положение (его называют средним физиологическим) (рис. 6).

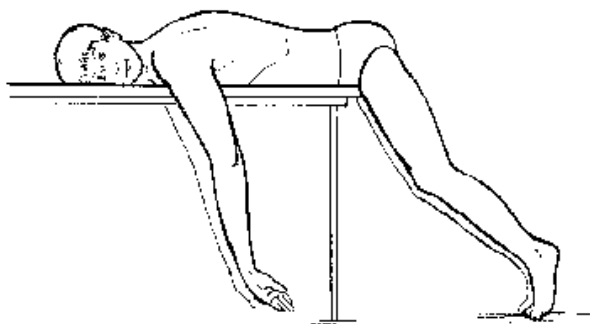


Рис. 6. Среднее физиологическое положение

Как правило, полное расслабление мышц достигается при наличии прочной опоры для массируемого участка тела, в противном случае неудобная поза не позволит достичь желаемого эффекта и приведет к быстрому утомлению пациента (рис. 7).

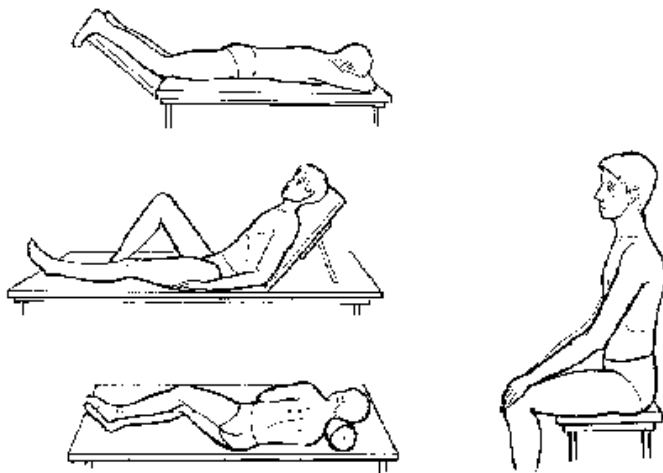


Рис. 7. Неправильные положения

массируемого

Оптимальными позами для массируемого и массажиста при массаже верхних конечностей будут следующие:

- массируемый – сидя, положив предплечье и кисть на массажный стол или на бедро массажиста, пальцы полусогнуты; массажист – сидя напротив или в стороне от пациента, а при массаже дельтовидной мышцы – стоя позади;
- массируемый – лежа на спине или животе, вытянув слегка согнутые в локтевых суставах руки вдоль туловища; массажист – сидя со стороны либо немного снаружи от массируемой конечности.

Достигнуть полного расслабления нижних конечностей массируемого во время процедуры можно в следующих позах:

- лежа на спине, ноги вытянуты, под коленный сустав подложен валик; положение массажиста – сидя или стоя со стороны массируемой конечности, при массаже стоп – напротив их;
- лежа на спине с согнутыми в коленных суставах ногами; массажист располагается со стороны массируемой конечности;
- лежа на животе, под голеностопный сустав подложен валик; поза массажиста – сидя или стоя со стороны массируемой конечности;
- сидя, нога согнута в коленном суставе, стопа опирается на подставку (иногда бедро может быть немного отведено наружу); положение массажиста – присев на одно колено.

При массаже головы, лица и шеи оптимальными позами для пациента и массажиста будут такие:

- массируемый – сидя, голова немного запрокинута назад; массажист – стоя, позади пациента;
- массируемый – сидя, упираясь затылком в грудь массажиста; последний стоит позади массируемого;
- массируемый – лежа на животе, вытянув руки вдоль туловища или согнув и подложив их под лоб (подобную позу можно занять и в положении сидя на стуле); массажист – стоя сбоку от пациента (при сидящем пациенте – позади него).

Массаж спины, груди и живота предусматривает занятие пациентом и массажистом следующих исходных положений:

- массируемый – лежа на животе, руки вытянуты вдоль туловища, под голеностопные суставы подложен валик; массажист – сидя или стоя сбоку от пациента;
- массируемый – лежа на спине с вытянутыми вдоль туловища руками и слегка согнутыми в коленных суставах ногами; массажист – сидя или стоя, рядом с пациентом;
- массируемый – сидя, руки согнуты в локтевых суставах и лежат на коленях; массажист – стоя, слева и справа от пациента.

При массажировании подлопаточной области рекомендуется в положении лежа заводить поочередно то одну, то другую руку за спину, под голеностопными суставами обязательно должен лежать валик.

Смазывающие средства

Чтобы обеспечить лучшее скольжение рук по телу пациента, профессиональные массажисты в своей практике используют всевозможные смазывающие средства – тальк, рисовую пудру, детскую присыпку, специальные массажные кремы, гели, мази, ароматические масла. В последние годы массажисты практически полностью отказались от использования во время сеансов вазелина. Дело в том, что он не только пачкает кожу, но и закупоривает протоки кожных желез, вызывая нарушения обмена веществ.

Одним из наиболее часто применяемых средств является тальк. Он хорошо впитывает с поверхности кожи жир и пот, обеспечивает нормальное скольжение и практически никогда не вызывает раздражения; кроме того, тальк не пачкает кожу и легко смывается. Рекомендуется использовать данное средство при массаже пациентов с жирной и чувствительной кожей.

Если у массируемого сухая и дряблая кожа, проводить процедуру рекомендуется с применением растительных масел (оливкового, персикового и др.) и глицерина. При проведении сеанса детского массажа лучше всего полностью отказаться от использования смазывающих средств, особенно лечебных мазей и кремов.

Многие специалисты советуют делать массаж на сухой коже. Неоспоримыми преимуществами такой процедуры являются быстрый приток крови к массируемой части тела, открывание пор кожи и их быстрое очищение от пота и жира. Однако делать массаж без смазывающих средств на протяжении долгого времени не следует, особенно это противопоказано в том случае, если у массируемого и массажиста влажная кожа (у одного на теле, у другого на руках).

На сухой коже можно выполнять такие приемы, как разминание, поколачивание, рубление; выжимание и растирание предусматривают использование смазывающих средств.

Обычно при проведении сеансов профилактического и лечебного массажа применяют различные мази, кремы и гели. Воздействие этих средств на массируемые области определяется свойствами входящих в их состав ингредиентов.

Так, одни мази и кремы обладают противовоспалительным, обезболивающим эффектом (они содержат гепарин, ароматические и эфирные масла, гиалуронидазу, конский каштан, арнику), другие – гиперемизирующим, вызывающим активизацию кровообращения в массируемых тканях (в их состав входят камфора, никотиновая кислота, метилсалицилат, капсицин, змеиный и пчелиный яды и др.). Некоторые содержащиеся в лечебных мазях активные компоненты (эфирные масла и др.) оказывают успокаивающее и расслабляющее действие на массируемые участки и весь организм в целом.

В отличие от лечебных мазей гели, обладающие обезболивающим эффектом, оказывают на кожу охлаждающее действие, они не раздражают ее и хорошо всасываются эпидермисом, дермой и подкожно-жировой клетчаткой. При применении гелей на коже образуется плотная пленка, которую необходимо удалять ватным тампоном перед нанесением слоя мази или повторным использованием геля.

Во избежание негативного влияния смазывающих средств на организм пациента массажист должен применять их лишь в определенных случаях. Так, в первые дни после получения серьезной травмы необходимо пользоваться гелями, а на 4-7-й день переходить к гиперемизирующим (их называют также согревающими) и противовоспалительным мазям.

Прежде чем использовать согревающие мази, необходимо проверить, не вызывают ли они

аллергическую реакцию у данного пациента. Для этого следует нанести небольшое количество мази на кожу в области запястья или локтевого сустава и оставить на 15–20 минут.

Первый массажный сеанс с использованием согревающей мази обычно проводится вечером, перед сном. Если после такой процедуры на коже пациента не появилось чрезмерного покраснения, раздражения и прочих симптомов аллергической реакции, то на следующий день мазь применяют при массировании пораженных тканей уже 3 раза: утром, в обед и вечером. На третий день количество мази немного увеличивают, а число сеансов сокращают до двух: утром и вечером. Однако следует помнить, что при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата процесс всасывания протекает медленно (за исключением тех случаев, когда предварительно используются гиперемизирующие мази), поэтому не стоит накладывать на массируемый участок большое количество противовоспалительной мази.

Лучшее всасывание мазей обеспечивает сочетание массажных процедур с тепловыми компрессами: на промассированный участок накладывают смоченный в горячей воде или спирте бинт, покрывают целлофаном или вощеной бумагой и закрепляют все мягкой теплой повязкой (например, шерстяным платком). Методика массажа с использованием смазывающих средств предусматривает предварительное проведение разогревающих приемов, после которых становится возможным применение согревающих мазей и воздействие на организм пациента различными массажными приемами, начиная с легких и заканчивая глубокими.

Среди средств, используемых при проведении сеансов лечебного массажа, следует выделить следующие:

- «Апизатрон» – мазь, содержащая пчелиный яд, метилсалицилат и горчичное масло. Используют при радикулитах, невралгиях, миозитах; наносят в количестве 2–3 г на поврежденный участок и через 1–2 минуты втирают в кожу. Количество массажных сеансов с использованием данной мази – 1–3 раза в сутки;

- «Санитас» – бальзам, эффективный при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата. В его состав входят скипидар, камфара, метилсалицилат, мелиссовое или эвкалиптовое масло, свиной жир;

- «Випросал» – мазь, содержащая яд гюрзы, камфару, салициловую кислоту, парафин, глицерин, пихтовое масло и вазелин. Используют при радикулитах, ишиасе, заболеваниях позвоночника, миозите и др. Массаж проводят через 2–3 минуты после нанесения на кожу данного средства;

- «Вирапин» – мазь, в состав которой входит пчелиный яд. Используют при ушибах, радикулитах, артритах, заболеваниях позвоночника и др. Массажную процедуру с небольшим количеством «Вирапина» проводят в течение 5–10 минут;

- «Гимнастогал» – средство, используемое при ушибах, растяжениях, люмбаго, радикулитах, бронхите и др. Мазь оказывает сильное гиперемизирующее действие на массируемые ткани, после ее применения необходимо тщательно мыть руки горячей водой;

- «Дольпик» – средство, применяемое при заболеваниях позвоночника, радикулитах, растяжениях, ушибах, а также при некоторых детских болезнях. Следует избегать попадания данного средства на слизистые оболочки, после завершения сеанса массажа необходимо мыть руки горячей водой с мылом;

- «Капсодерма» – мазь, в состав которой входят капсаicin, камфара и другие вещества. Обладает сильным согревающим эффектом. Ее используют при ишиасе, люмбаго, заболеваниях опорно-двигательного аппарата и др. Массаж проводят с применением небольшого количества данного средства;

- мазь «тигровая» – средство, применяемое при радикулитах, ишиасе, невралгиях, мигрени и других заболеваниях. В состав этой мази входят гвоздичное и эвкалиптовое масла, камфара, парафин, ментол и вазелин;

– «Весима» – массажное масло, в зависимости от входящих в его состав компонентов лекарственных трав делится на несколько видов, имеющих буквенные обозначения Е, М, К, Н, У, I. Массаж с использованием этих масел, обладающих обезболивающим эффектом, проводят при различных заболеваниях и травмах;

– «Мелливенон» – мазь, содержащая хлороформ, пчелиный яд и прочие вещества. Используют при мышечных болях, остеохондрозе, артритах, бурситах и некоторых других заболеваниях. Мазь обладает сильным гиперемизирующим действием, поэтому наносить ее на кожу следует в небольших количествах. Необходимо избегать попадания данного средства на слизистые оболочки, открытые ранки и ссадины, после проведения массажного сеанса нужно мыть руки горячей водой с мылом;

– «Миотон» – крем, содержащий лекарственные растения, ароматические масла и другие ингредиенты. Обладает обезболивающим, противовоспалительным и гиперемизирующим действием.

Существует несколько разновидностей данного крема: «Миотон-А» расслабляет и разогревает мышцы, «Миотон-В» используют при сеансах восстановительного массажа, «Миотон-С» помогает снять боль при травмах и различных воспалительных процессах. Следует избегать попадания данного крема на слизистые оболочки и открытые раны;

– «Метилсалицилат» – средство, обладающее обезболивающим и противовоспалительным действием. Используют при проведении массажа как в чистом виде, так и в смеси с жирными маслами и хлороформом. Средство эффективно при лечении радикулитов, миозитов, люмбаго и прочих заболеваний;

– «Неокапсидерм» – мазь, в состав которой входят камфара, различные масла и активные компоненты. Используют как обезболивающее средство при ушибах, растяжениях, радикулитах и прочих заболеваниях;

– «Пикариллинмент» – мазь, содержащая метилсалицилат, хлороформ, бензилникотин. Применяют во время проведения массажных сеансов при радикулитах, повреждениях опорно-двигательного аппарата, миозитах, люмбаго и др. Следует избегать попадания данной мази на слизистые оболочки, открытые раны и ссадины;

– «Реймон-гель» – средство, обладающее обезболивающим действием. Применяют при ишиасе, радикулите, мышечных болях ревматического характера, растяжениях и ушибах;

– «Реоневрол» – мазь, в состав которой входят камфара, метилсалицилат и другие вещества. Применяют для облегчения болей при ишиасе, радикулитах, невритах, миозитах и других заболеваниях;

– «Финалгон» – мазь, обладающая обезболивающим и сильным гиперемизирующим действием. Содержит 2,5 % бутоксиэтилового эфира никотиновой кислоты, 0,4 % ваниоамида нониловой кислоты. Применяют в небольших количествах во время сеансов массажа при растяжениях связок и сухожилий, радикулитах, межреберных невралгиях, люмбаго и других заболеваниях. При втирании мази на коже образуется плотная пленка, ее рекомендуется смывать каждый раз перед повторным использованием средства. Следует избегать попадания мази на слизистые оболочки, царапины и ссадины, после проведения сеанса массажа необходимо тщательно мыть руки теплой водой с мылом;

– «Эфкамон» – мазь, обладающая обезболивающим эффектом и используемая при радикулитах, некоторых заболеваниях позвоночника, миозитах, ушибах и др. В состав данного средства входят камфара, эвкалиптовое и гвоздичное масла, метилсалицилат, ментол и прочие ингредиенты. Мазь наносят в небольших количествах и полностью втирают в кожу в процессе проведения массажных приемов.

Помимо названных мазей, гелей и кремов, во время лечебных сеансов массажа применяют народные средства. Например, для снятия болей при пояснично-крестцовом радикулите и

ушибах используют кашку, приготовленную из корней хрена. Корни натирают на крупной терке и полученную массу выкладывают на марлю слоем 0,3–0,5 см. Поскольку такой компресс может обжечь чувствительную кожу больного, марлю с кашкой опускают на 30 секунд в кипящую воду, затем быстро вынимают и ставят горячий компресс на пораженную область. Продолжительность данной процедуры – 20–30 минут.

Показания и противопоказания к использованию массажа

Сеансы массажа можно проводить всем здоровым людям, показан он и как лечебное средство при многих заболеваниях. Однако следует учитывать возраст, конституцию тела каждого пациента и особенности реагирования его нервной системы на механические раздражения кожных покровов. Массаж детей, пожилых людей и людей, ослабленных болезнью, должен быть щадящим.

Первые сеансы массажа следует сделать непродолжительными, желательно использовать во время их проведения менее интенсивные приемы, чем в дальнейшем. Это позволит организму пациента постепенно привыкнуть к процедуре.

//-- Показания --//

Заболевания органов дыхания: бронхит, бронхиальная астма вне стадии обострения, хроническая пневмония, плеврит.

Заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь, пороки сердца, ишемическая болезнь сердца, заболевания вен и артерий.

Заболевания нервной системы: невралгии, радикулиты вне стадии обострения, детские церебральные параличи, последствия нарушения мозгового кровообращения.

Заболевания органов пищеварения вне фазы обострения: гастрит, язвенная болезнь (если не отмечается склонность к кровотечению), заболевания печени и желчного пузыря.

Заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата: остеохондроз различных отделов позвоночника, сколиозы, нарушение осанки, ревматоидный артрит, плоскостопие, вывихи, ушибы, растяжения связок.

Болезни уха, горла и носа: ангина, ларингит, ринит, фарингит.

Заболевания органов зрения: конъюнктивит, неврит зрительного нерва, глаукома.

Воспалительные заболевания мужских и женских половых органов: хронический уретрит, простатит, загибы матки и влагалища, боли в области крестца и копчика, в области матки и яичников в период между менструациями.

Заболевания кожи: себорея, выпадение волос, нейродермит, угревая сыпь (без сильных нагноений), лишай, псориаз.

Нарушения обмена веществ: сахарный диабет, подагра, избыточный вес.

Кроме того, массаж бывает эффективным при головной и зубной боли, нарушениях сна, половой слабости и повышенной раздражительности.

//-- Противопоказания --//

Массаж противопоказан при следующих заболеваниях и функциональных состояниях организма:

- грибковых и гнойничковых поражениях кожи, ее большой раздражительности;
- острых респираторных заболеваниях (ОРЗ, грипп) при повышенной температуре тела (более 37,5 °C);
- инфекционных заболеваниях (ангине и др.), сопровождающихся резким повышением температуры тела;
- артритах в стадии обострения;

- тромбофлебитах и тромбозах сосудов;
- воспалениях лимфатических узлов;
- злокачественных и доброкачественных опухолях;
- крапивнице, отеке Квинке;
- туберкулезе;
- ревматизме в активной фазе;
- язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения;
- колите и холецистите;
- гематомах, кровотечениях и заболеваниях крови;
- острых гинекологических заболеваниях (кольпите, аднексите и др.);
- острых и каузалгических (приступообразных) болях;
- грыже живота;
- камнях в желчном и мочевом пузырях.

Кроме того, массаж нельзя делать при беременности, некоторых травмах, наличии на теле большого количества родимых пятен и родинок. Процедуру массажа следует прекратить, если пациент плохо переносит ее, а также в том случае, если болезнь вступила в стадию обострения.

ФОРМЫ, МЕТОДЫ И ПРИЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ МАССАЖА

Существуют различные формы и методы массажа. Именно о них пойдет речь в этой главе. Более подробно будут рассмотрены приемы классического массажа и техники их проведения.

Формы массажа

Различают 5 форм массажа: общий, частный, парный, взаимный и самомассаж. Обычно процедуру проводит один человек, но довольно часто используют прием парного массирования и самомассаж.

При проведении общего массажа, охватывающего всю поверхность тела человека, соблюдают строгую последовательность выполнения приемов. При этом в первую очередь проводят поглаживание, растирание, затем разминание и приемы вибрации. В заключение процедуры вновь выполняют прием поглаживания.

Время, затрачиваемое на проведение массажа, определяется весом массируемого, его возрастом и полом.

Наиболее эффективно начинать массаж со спины, постепенно переходя к шее и рукам. Затем следует массаж ягодиц и бедер. После этого выполняют массирование коленного сустава, икроножной мышцы, пятки, подошвенной поверхности стопы. Далее следует проведение приемов массажа пальцев ног, голеностопных суставов и голеней. Следующий этап – массирование груди, в последнюю очередь проводят массаж живота.

Частный (локальный) массаж заключается в массировании отдельных частей тела человека, мышц, суставов, связок. Обычно на него затрачивают от 3 до 25 минут. При проведении сеансов частного массажа необходимо соблюдать последовательность выполнения приемов. Например, массирование верхних конечностей следует начинать с внутренней поверхности плеча, постепенно переходить на внешнюю, а затем приступить к массированию локтевого сустава, предплечья, кисти и пальцев. Проведение частного массажа кисти следует начинать с массирования предплечья.

Парный массаж обычно проводят перед спортивными состязаниями и тренировками, после соревнований и утренней гимнастики. При этом следует иметь в виду, что такой массаж не рекомендуется использовать при травмах позвоночника, параличах конечностей, пояснично-крестцовых радикулитах, пневмонии, бронхиальной астме, гастритах и колитах.

Время, затрачиваемое на парный массаж, зависит от пола, веса и возраста массируемого. Обычно процедура длится от 5 до 8 минут. Сеанс проводится двумя массажистами при помощи вакуумного или вибрационного аппарата. При этом один специалист производит массаж спины, груди, рук и живота массируемого, а другой – коленных суставов, икроножных мышц, пяток, подошвенной поверхности стоп, пальцев ног и голеней.

Взаимный массаж заключается в поочередном массировании друг друга двумя людьми с использованием основных форм массажа. Взаимный массаж может быть частным, общим ручным и аппаратным. Длительность процедуры составляет 10–15 минут.

При самомассаже человек массирует самого себя. Такая форма массажа эффективна при ушибах и заболеваниях, после утренней гимнастики. самомассаж включает в себя приемы поглаживания, растирания, разминания, похлопывания и делится на частный и общий. При этом на проведение общего массажа затрачивается от 3 до 5 минут, а на частный – от 5 до 20 минут. При самомассаже можно использовать специальные приспособления: щетки, массажеры, вибрационные аппараты.

Методы массажа

Существуют следующие способы выполнения массажа: ручной, аппаратный, комбинированный и ножной. Наиболее эффективным является ручной массаж. В этом случае массажист руками ощущает массируемые ткани, кроме того, он может использовать все известные приемы классического массажа, комбинировать и чередовать их.

При ручном массаже главным орудием массажиста является кисть руки. Проработку участка можно производить ладонной и тыльной сторонами кисти (рис. 8), согнутыми пальцами руки и ребром ладони (используются термины «лучевой и локтевой края кисти»).

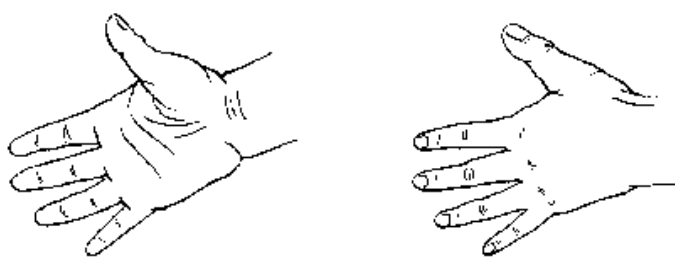


Рис. 8. Ладонная и тыльная стороны

кисти массажиста

Вибромассаж, пневмомассаж и гидромассаж – способы проведения аппаратного массирования. Несмотря на то что данный метод предусматривает использование специальных приспособлений, а не непосредственное воздействие руками на тело, аппаратный массаж является не менее эффективным, чем ручной.

Вибромассаж основан на передаче массируемой поверхности колебательных движений разной амплитуды (0,1–3 мм) и частоты (10–200 Гц). Осуществляют его при помощи вибрационного аппарата, при этом оказывается влияние на различные органы и системы человеческого организма. Вибромассаж улучшает работу нервной системы, оказывает обезболивающее действие (рис. 9).

Вибромассажеры выбираются в зависимости от величины массируемой поверхности и

степени воздействия на нее. Насадки из материалов различной твердости (пластмассы, резины, губки) позволяют регулировать интенсивность проводимой процедуры, а их форма зависит от конкретного участка тела, подлежащего массажу.

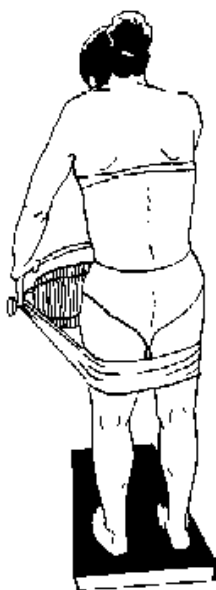


Рис. 9. Вибромассажер

Выбранную насадку закрепляют в аппарате и прикладывают к массируемой области. При этом можно использовать как постоянное воздействие на нее, так и передвигать массажер, выполняя поглаживающие и растирающие движения.

Курс массажа зависит от характера заболевания и обычно составляет 10–15 процедур, проводимых через день. Длительность сеансов определяется индивидуально, в зависимости от общего состояния больного. Сначала массаж проводят в течение 8–10 минут, затем постепенно увеличивают время сеанса до 15 минут.

Пневмомассаж основан на создании переменного давления воздуха на массируемом участке. Выполняют данную процедуру с помощью специального вакуумного прибора (рис. 10). При этом массажист осторожно передвигает аспиратор по поверхности тела пациента или прикладывает его к определенным зонам на 30–40 секунд. В начале процедуры давление устанавливают на уровне 500–600 мм рт. ст., затем снижают до 200 мм рт. ст.

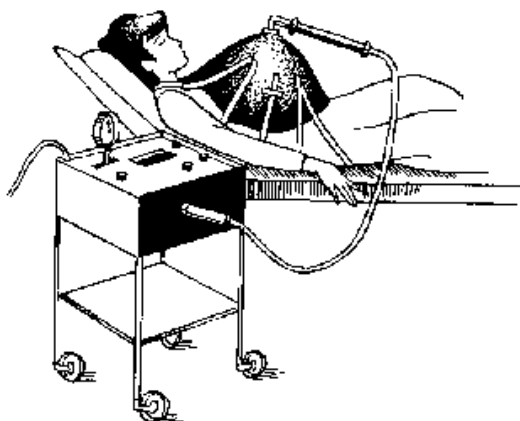


Рис. 10. Прибор для проведения пневмомассажа

Обычно пневмомассаж назначают курсами, процедуры выполняют через 1–2 дня. Их количество определяют индивидуально, в зависимости от вида заболевания и общего состояния пациента.

Гидромассаж проводят в бассейнах и ваннах в положении сидя или лежа. Для массажа конечностей применяют также местные ванны. Данный метод массажа предусматривает

воздействие напором воды на определенные участки тела. Для проведения гидромассажа используют гибкие шланги с различными насадками, а также вибрационные приборы, позволяющие изменять интенсивность воздействия водной струи (рис. 11).

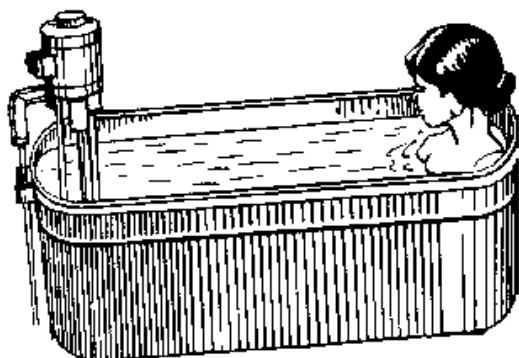


Рис. 11. Прибор для проведения гидромассажа

Разновидностью гидромассажа является вихревой массаж, при котором вода смешивается с воздухом с помощью насоса, а в ванне создается ток воды, воздействующий на организм пациента. Повысить эффективность гидромассажа можно, используя определенную температуру воды.

Ножной массаж производят при помощи стоп ног. Данный метод позволяет повысить степень воздействия на организм и, в особенности, на опорно-двигательный аппарат человека. При ножном массаже проработку участка осуществляют всеми пальцами ног, ногтевыми фалангами трех пальцев, ребром, пяткой и сводом стопы, а также всей ступней.

При проведении процедуры массажист может также использовать специальное приспособление – массажный станок, который позволяет регулировать силу давления на массируемый участок, учитывая вес пациента, его возраст, вид заболевания и индивидуальную переносимость тех или иных приемов.

Комбинированный массаж предполагает применение во время сеанса и ручного, и аппаратного массажа. Это позволяет подобрать для каждого пациента наиболее подходящие методы воздействия и повысить их эффективность при лечении различных заболеваний.

Приемы классического массажа

Проведение сеанса классического массажа предусматривает использование следующих приемов: поглаживание, выжимание, разминание, потряхивание, растирание, активные и пассивные движения, движения с сопротивлением, ударные приемы, встряхивание. При ножном массаже используются поглаживание, растирание, вибрация, выжимание, сдвигание, ударные приемы, давление.

Все приемы массажа выполняют в определенном порядке, они непрерывно следуют друг за другом. Напомним, что мышцы массируемого должны быть максимально расслаблены; воздействие следует производить по направлению к ближайшим лимфатическим узлам, придерживаясь определенного темпа и регулируя степень воздействия на массируемые зоны; нежелательно проводить жесткие приемы на болезненных участках и в местах близкого расположения лимфатических узлов.

Поглаживание является первым приемом, с которого начинают массаж. Выполняют его для того, чтобы повысить тонус кожи и кровеносных сосудов, усилить обменные процессы, расслабить мышцы пациента. Поглаживание позволяет усилить кровообращение массируемых участков и снабжение их кислородом. Используют также в середине и в конце процедуры, оказывая успокаивающее воздействие на нервную систему пациента.

По технике выполнения различают плоскостное и обхватывающее поглаживания.

При плоскостном поглаживании массажист производит скользящие движения по поверхности тела пациента кистью одной или обеих рук (рис. 12). Движения выполняют спокойно, без напряжения. Направления их могут быть различными: продольными, поперечными, круговыми, спиралевидными. Плоскостное поглаживание применяют для массирования спины, живота и груди.



Рис. 12. Техника выполнения плоскостного поглаживания

При обхватывающем поглаживании массажист обхватывает массируемую зону кистью руки, плотно прижимая ее к поверхности кожи (рис. 13). Данный прием используют при массаже конечностей, шеи, боковых поверхностей и других округлых частей тела.

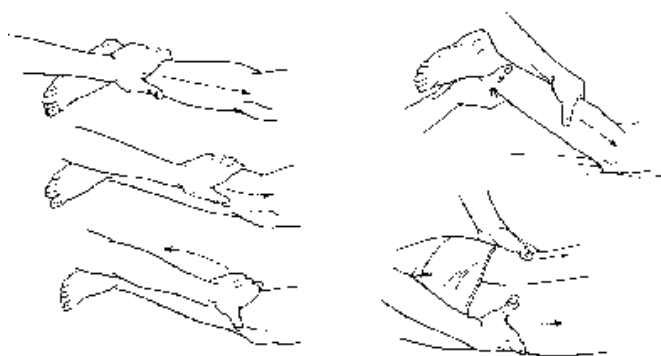


Рис. 13. Техника выполнения

обхватывающего поглаживания

В зависимости от степени давления на массируемый участок различают поверхностное и глубокое поглаживания.

При поверхностном поглаживании массажист производит медленные спокойные движения ладонной поверхностью кисти. Этот прием оказывает успокаивающее и расслабляющее воздействие.

При глубоком поглаживании массажист усиливает воздействие на массируемые зоны, производя движения ладонью, тыльной поверхностью кисти, запястьем, ребром кисти, боковыми поверхностями пальцев.

Глубокое массирование способствует усилению кровообращения, оттоку лимфы, уменьшению отеков.

Различают также непрерывистое, прерывистое и попеременное поглаживания.

При непрерывистом поглаживании массажист производит медленные постоянные движения по поверхности массируемой зоны, оказывая равномерное давление. Результатом этого приема является снижение возбудимости центральной нервной системы.

При прерывистом поглаживании массажист выполняет отдельные движения, ритмично усиливая давление на массируемый участок. Данный прием оказывает возбуждающее действие на центральную нервную систему, разогревает мышечные ткани, способствует усилению кровообращения.

При попеременном поглаживании массажист вначале работает одной рукой, затем второй рукой выполняет те же движения в обратную сторону.

Приемы поглаживания различаются также направлением движения при выполнении процедуры.

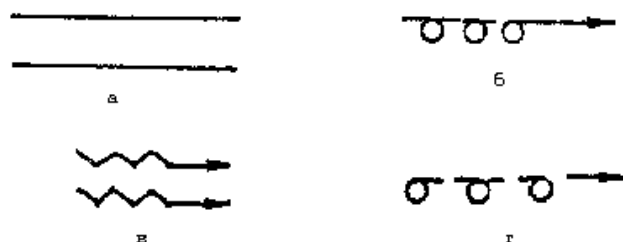


Рис. 14. Направления движения ладони

массажиста при выполнении приема поглаживания:

а – прямолинейное поглаживание; б – спиралевидное поглаживание;

в – зигзагообразное поглаживание; г – кругообразное поглаживание

Прямолинейное поглаживание (рис. 14 а) подразумевает движение ладони массажиста в одном направлении, при этом кисть должна быть расслаблена, пальцы прижаты друг к другу, большой палец отведен в сторону. Прием можно производить как одной, так и двумя руками поочередно.

При спиралевидном поглаживании (рис. 14 б) массажист производит движения в виде спирали по направлению к ближайшим лимфатическим узлам, не оказывая давления на массируемый участок.

При зигзагообразном поглаживании (рис. 14 в) массажист производит соответствующие движения в основном направлении, выполняя их плавно, без напряжения.

При кругообразном поглаживании (рис. 14 г) массажист выполняет круговые движения основанием ладони, правой рукой – по часовой стрелке, левой – против часовой стрелки. Данный прием используют при массаже мелких суставов.

При концентрическом поглаживании массажист обхватывает массируемый участок обеими руками и совершает движения в виде восьмерки. Данный прием используют при массаже крупных суставов, при этом большими пальцами массажист поглаживает наружную сторону сустава, а остальными – внутреннюю.

Комбинированное поглаживание представляет собой сочетание предыдущих приемов, при этом воздействие на массируемый участок должно быть непрерывным. Выполняют данный прием двумя руками попеременно.

Существуют также вспомогательные приемы поглаживания: щипцеобразное, гребнеобразное, граблеобразное и крестообразное, а также глажение.

Щипцеобразное поглаживание осуществляют сложенными в виде щипцов пальцами. Производят захват мышцы, сухожилия и кожной складки большим, указательным и средним или большим и указательным пальцами, после чего выполняют поглаживающее движение в прямолинейном направлении. Данный прием используют для массажа небольших групп мышц.

Гребнеобразное поглаживание выполняют костными выступами основных фаланг полусогнутых в кулак пальцев. Движение свободное, пальцы расслаблены и слегка разведены в стороны. Прием проводят как одной, так и двумя руками, используют для проработки крупных мышц в области спины и таза, а также на участках с большими жировыми отложениями.

Граблеобразное поглаживание выполняют широко расставленными в стороны полусогнутыми пальцами (большой палец противопоставлен остальным), касающимися массируемой поверхности под углом 30–45°. Прием осуществляют в продольном, поперечном, зигзагообразном и кругообразном направлениях либо одной, либо двумя руками.

Граблеобразное поглаживание можно проводить с отягощением, выполняемым путем

наложения пальцев одной руки на пальцы другой (указательный – на мизинец, средний – на безымянный и т. д.). Данный прием используют в тех случаях, когда следует слабо массировать пораженные участки.

Крестообразное поглаживание осуществляют сцепленными крест-накрест в замок кистями рук, обхватывающими массируемую поверхность. Прием проводят ладонными поверхностями обеих рук, используют преимущественно при массаже конечностей, а также ягодичных мышц и мускулатуры спины во избежание образования пролежней.

Глажение выполняют тыльной стороной согнутых в кулак пальцев одной или двух рук. Прием можно проводить с отягощением, производимым путем наложения на массирующий кулак кисти другой руки. Прием используют при проработке мышц спины, подошв, живота и воздействии на внутренние органы (без отягощения).

Растирание проводят сдвигающими кожу движениями. Оно оказывает более сильное воздействие на массируемый участок, чем поглаживание. В результате растирания улучшается обмен веществ в тканях организма, повышается эластичность и растяжимость мышц. Растирание благотворно воздействует на кровообращение, уменьшает отечность, снимает болевые ощущения, помогает рассасыванию отложений в суставах. Данный прием проводят пальцами, ребром ладони и опорной частью кисти, при этом важно, чтобы действия массажиста не вызывали боли у пациента, а подкожные ткани смещались в разных направлениях.



Рис. 15. Растирание пальцами<

> Растирание пальцами (рис. 15) можно проводить в продольном, поперечном, зигзагообразном, кругообразном и спиралевидном направлениях. Массаж выполняют подушечками пальцев или их фалангами, причем массажист может работать одной и двумя руками. Растирание пальцами эффективно при массаже спины, кистей, стоп, мелких суставов и сухожилий.



Рис. 16. Растирание ребром ладони

Растирание ребром ладони показано при массаже живота, спины и крупных суставов (рис. 16). Растирание опорной частью кисти применяется для массажа мышц спины, ягодиц и бедер.



Рис. 17. Техника выполнения

прямолинейного растирания

При прямолинейном растирании массажист выполняет движения попеременно ладонью и кончиками пальцев на небольших участках тела пациента (рис. 17).

При круговом растирании массажист опирается на основание ладони и пальцами выполняет круговые движения. Этот прием можно проводить двумя руками поочередно или одной рукой с отягощением (рис. 18). Круговое растирание используют на всех участках тела.



Рис. 18. Техника выполнения кругового

растирания с отягощением и без него

При спиралевидном растирании массажист выполняет движения опорной частью кисти или локтевым краем ладони (рис. 19). В зависимости от массируемой области прием можно проводить либо одной кистью с отягощением, либо двумя попеременно. Спиралевидное растирание используют при массаже груди, спины, живота, рук и ног.

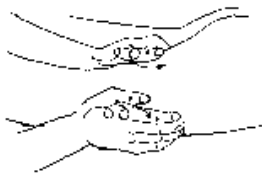


Рис. 19. Техника выполнения спиралевидного растирания

Вспомогательными приемами являются штрихование, строгание, пересечение, пиление, граблеобразное, гребнеобразное и щипцеобразное растирания.

Штрихование выполняют поочередно подушечками концевых фаланг большого, указательного и среднего пальцев или же сложенными вместе указательным и средним пальцами. Для достижения большего эффекта при проведении приема пальцы должны быть выпрямлены, максимально разогнуты в межфаланговых суставах и поставлены к массируемой поверхности под углом 30° . Производят короткие поступательные движения, в результате которых ткани смещаются в поперечном и продольном направлениях.

Данный прием оказывает возбуждающее действие на человеческий организм, а при правильном дозировании обладает обезболивающим эффектом и способствует снижению чрезмерной возбудимости нервной системы.

Строгание осуществляют одной или двумя установленными одна за другой руками. Сложенными вместе и максимально разогнутыми в суставах пальцами производят поступательные движения, при этом подушечки пальцев погружают в ткани, образуют при надавливании валик и растягивают или смещают ткани. Строгание способствует повышению мышечного тонуса, поэтому оно необходимо при атрофии мышц и наличии больших жировых отложений в подкожной клетчатке.

Пересечение выполняют лучевым краем кисти, при этом большой палец максимально отведен

в сторону. Прием можно выполнять одной или двумя руками: в первом случае кистью осуществляют ритмичные движения от себя (в направлении указательного пальца) и к себе (по направлению к большому пальцу). При массаже двумя руками кисти должны располагаться тыльными поверхностями друг к другу на расстоянии 3–4 см, путем движения от себя и к себе производят глубокое смещение тканей. О правильном выполнении данного приема свидетельствует валик, образующийся из массируемых тканей идвигающийся вместе с руками.

Пиление выполняют локтевым краем одной или обеих кистей. В первом случае ткани смещают в направлении вперед-назад, во втором – растирание осуществляют в результате движения в противоположных направлениях кистей, обращенных друг к другу ладонными поверхностями. Как и при пересекании, при пилении образуется валик из массируемой ткани, который двигается вслед за руками.

Гребнеобразное растирание проводят в круговом направлении сжатой в кулак кистью и тыльными сторонами основных фаланг пальцев. Данный прием эффективен при массаже толстых мышечных пластов на спине, бедрах и в области ягодиц.

Граблеобразное растирание выполняют широко расставленными пальцами (подушечками и тыльной стороной концевых фаланг) одной или двух рук в зигзагообразном, прямолинейном и круговом направлениях. Пальцы ставят по обе стороны от позвоночного столба и подушечками производят надавливания на кожу и расположенные под ней ткани, направление движений – вниз от основания шеи к пояснице. При обратном движении прием выполняют тыльной стороной концевых фаланг. Граблеобразное растирание можно использовать при массаже тканей между пораженными участками, а также межреберных промежутков.

Щипцеобразное растирание проводят большим и указательным или большим, указательным и средним пальцами, сложенными в виде щипцов. Выполняют прямолинейные и круговые движения, прием используют для массажа сухожилий и небольших групп мышц.

Разминание является одним из главных приемов массажа и занимает половину времени, отведенного на всю процедуру. Его выполняют с целью глубокого воздействия на мышечные ткани, поскольку оно повышает их эластичность и растяжимость. При разминании улучшается ток крови и лимфы как в массируемой зоне, так и вокруг нее, активизируется питание тканей и снабжение их кислородом, а также удаление из них продуктов обмена веществ. Данный прием делится на три этапа: фиксацию массируемой зоны, приподнимание и оттягивание мышцы и собственно разминание.

При продольном разминании массажист фиксирует кисти рук на массируемом участке так, чтобы большие пальцы располагались на одной его стороне, а остальные – на противоположной. Затем приподнимает мышцу и выполняет разминающие движения от краев к центру, сдавливая ее с обеих сторон (рис. 20). Темп приема – 40–50 ритмичных движений в минуту по направлению мышечных волокон. Выполняют продольное разминание до тех пор, пока не будет промассирована вся мышца. Продольное разминание используют для мышц спины, груди, живота, области таза, шеи и конечностей.



Рис. 20. Техника выполнения продольного разминания

При поперечном разминании массажист фиксирует руки на мышце, располагая их на расстоянии 10 см друг от друга под углом 45° (рис. 21). Движения производят поперек направления мышечных волокон от середины мышцы к сухожилиям, при этом массируют также места прикрепления мышц. Допустимо выполнение данного приема двумя руками вместе, попеременно (движения выполняют обеими руками в противоположных направлениях) и одной рукой с отягощением, производимым путем наложения ладони одной руки на тыльную поверхность другой. Поперечное разминание выполняют при массаже спины, тазовой области, живота, шеи и конечностей.



Рис. 21. Техника выполнения поперечного разминания

Ординарное разминание используют при массаже мышц шеи, спины, ягодиц, живота, плеча, предплечья, передней и задней поверхностей бедра, задней поверхности голени. Для выполнения данного приема массажист плотно обхватывает мышцу поперек рукой, затем приподнимает ее и совершает вращательные движения так, чтобы большой и остальные пальцы двигались по направлению друг к другу. После этого необходимо вернуть пальцы рук в исходное положение, не отрывая их от массируемого участка, и отпустить мышцу.

Двойное ординарное разминание проводят аналогично ординарному, при этом массажист выполняет движение двумя руками поочередно снизу вверх. Данный прием активизирует работу мышц, его можно использовать при проработке мышц шеи, бедра, задней поверхности голени, плеча, живота, спины и ягодиц.

Двойной гриф выполняют как ординарное разминание, при этом для усиления давления на мышцу производят отягощение одной кисти руки другой. Этот прием применяют для массажа косых мышц живота, широчайших мышц спины, больших ягодичных мышц, мышц передней и задней поверхностей бедра и плеча.

Двойное кольцевое разминание используют на различных участках тела пациента. Массажист располагает кисти рук поперек массируемой зоны на расстоянии 10 см друг от друга. Затем плотно прижимает ладонь к поверхности тела пациента, не сгибая пальцев, захватывает мышцу и выполняет плавные встречные движения, разминая ее.

Двойное кольцевое комбинированное разминание применяют при массаже прямых мышц живота, широчайших мышц спины, ягодичных мышц, мышц плеча, бедра, голени. При выполнении приема массажист правой рукой проводит ординарное разминание массируемой зоны, а ладонью левой руки разминает тот же участок в обратном направлении.

Двойное кольцевое продольное разминание показано для массажа мышц передней части бедра и задней части голени. Массажист захватывает мышцу с двух сторон обеими руками и производит пальцами круговые движения, вначале смещая кисти к центру, затем повторяя движение в обратном направлении.

Ординарно-продольное разминание выполняют при массаже задней поверхности бедра. Этот прием сочетает в себе ординарное и продольное разминания, причем на наружной поверхности бедра движения производят по направлению мышечных волокон, а на внутренней – поперек мышцы.

Кругообразное клювовидное разминание используют для массажа мышц шеи, спины и конечностей. Для проведения данного приема массажист должен прижать указательный палец и

мизинец к большому пальцу, безымянный расположить над мизинцем, а средний – сверху. После этого следует выполнять разминающие движения по кругу или по спирали.

Разминание подушечками пальцев используют при массаже головы, шеи, трапецевидной и длинных мышц спины, мышц конечностей. Массажист располагает кисть руки таким образом, чтобы большой палец лежал поперек мышцы, а остальные – по диагонали. При этом большой палец должен быть расслаблен, а подушечками четырех пальцев выполняют кругообразные движения.

Разминание большим пальцем применяют для массажа мышц груди, спины и конечностей. Техника выполнения этого приема та же, что и при разминании четырьмя пальцами. Отличие состоит в том, что давление на массируемый участок производят кругообразными движениями большого пальца, остальные остаются расслабленными. Данный прием можно проводить одной или двумя руками попеременно или одной рукой с отягощением.

Разминание фалангами пальцев используют при массаже мышц груди, спины и конечностей. Чтобы выполнить данный прием, массажист должен согнуть пальцы в кулак и плотно прижать фаланги к массируемому участку, опираясь на большой палец. Затем производят кругообразные разминающие движения.

Разминание основанием ладони используют при массаже мышц спины, ягодиц, груди и нижних конечностей. При проведении приема массажист располагает кисть руки ладонью вниз, переносит давление на основание ладони и выполняет кругообразные движения. Можно также проводить этот прием с отягощением или двумя руками.

Вспомогательными приемами при разминании являются валяние, сдвигание, накатывание, растяжение, надавливание, сжатие, подергивание, гребнеобразное и щипцеобразное разминания.

Валяние выполняют обеими руками, при этом массажист располагает кисти рук параллельно, обхватывая массируемую зону, и выполняет разминающие движения, постепенно перемещая руки по поверхности тела пациента (рис. 22). Данный прием может оказывать щадящее действие на ткани или же (при энергичном выполнении) способствовать возбуждению мышц. Используют при разминании мышц плеча, предплечья, бедра и голени.

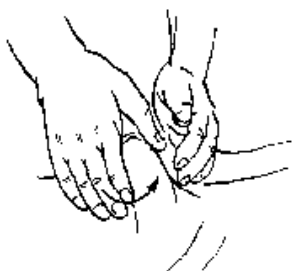


Рис. 22. Валяние

Сдвигание выполняют при массаже мышц спины и конечностей. Проводя прием, массажист захватывает большими пальцами рук массируемый участок и сдвигает его в сторону энергичными движениями. Допускается проведение сдвигания без предварительного захватывания, при этом смещение тканей проводят всеми пальцами или ладонью, двумя руками по направлению друг к другу.



Рис. 23. Накатывание

Накатывание используют при массаже живота, груди, спины, а также в том случае, если на теле пациента имеются большие жировые отложения. Техника данного приема такова: ребром левой ладони массажист надавливает на расслабленные мышцы, а правой рукой захватывает массируемый участок, накатывая его на левую руку, и выполняет разминающие движения. Затем таким же образом производят массаж соседних зон (рис. 23).

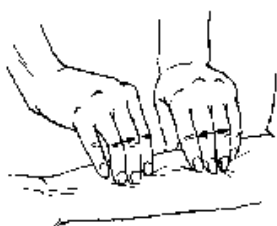


Рис. 24. Растяжение

Растяжение выполняют так же, как сдвигание, за исключением того, что массажист проводит медленные движения руками от центра в стороны, растягивая мышцу (рис. 24). Движения напоминают игру на гармошке, прием выполняют в медленном темпе. Растяжение оказывает положительное влияние не только на подкожную мускулатуру, но и на расположенные здесь же рецепторы и на нервную систему в целом.

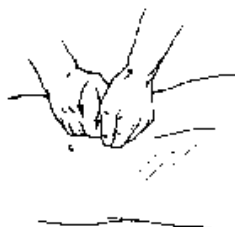


Рис. 25. Надавливание

Надавливание применяют при лечении заболеваний позвоночника. Также оно повышает тонус мышц, способствует улучшению кровообращения, притоку к тканям кислорода, воздействует на внутренние органы. При массаже спины массажист должен расположить руки поперек позвоночника на расстоянии 10–15 см друг от друга так, чтобы пальцы находились с одной стороны позвоночника, а основания ладоней – с другой. Затем следует выполнять ритмичные надавливания (20–25 движений в минуту), постепенно передвигая руки вверх к шее и вниз к пояснице. Данный прием можно проводить тыльной стороной согнутых в кулак пальцев, однако воздействие в этом случае должно быть менее интенсивным (рис. 25).

Сжатие выполняют пальцами или кистями рук. Массажист ритмично надавливает на массируемую зону со скоростью 30–40 движений в минуту (рис. 26). Данный прием благотворно воздействует на лимфо- и кровообращение, повышает мышечный тонус.



Рис. 26. Сжатие

Подергивание выполняют как одной, так и обеими руками. Массажист захватывает большим и указательным пальцами массируемый участок, слегка оттягивает его и затем отпускает. Проводят данный прием со скоростью 100–120 движений в минуту. Подергивание используют при дряблости мышц, парезах и параличах конечностей.

Гребнеобразное разминание проводят при массаже мышц живота и шеи, оно способствует повышению мышечного тонуса. Для выполнения этого приема массируемый участок захватывают большим и указательным пальцами, остальные пальцы полусогнуты (не касаются ладонной поверхности) и немного разведены. Производят спиралевидные разминающие движения.



Рис. 27. Щипцеобразное разминание

Щипцеобразное разминание показано при массаже мышц спины, груди, шеи, его можно проводить в поперечном или продольном направлении. Массажист складывает большой и указательный или большой, указательный и средний пальцы в виде щипцов, захватывает ими массируемый участок и выполняет разминающие движения (рис. 27).

Вибрация – это разновидность ударных приемов. При ее выполнении массажист производит поколачивающие движения, в результате которых на массируемой зоне происходят колебания, передающиеся мышцам. Как и при аппаратном массаже, ручная вибрация может иметь различную частоту и силу. В зависимости от этого изменяется и ее воздействие на организм: прерывистая непродолжительная вибрация с большой амплитудой движений оказывает раздражающее действие, а продолжительная, с маленькой амплитудой – расслабляющее.

Вибрация усиливает рефлексы, способствует уменьшению частоты сердечных сокращений и понижению артериального давления, расширяет или сужает сосуды.

Вибрацию необходимо сочетать с другими приемами массажа, при этом время воздействия на один участок должно составлять примерно 5-15 секунд, после этого обязательно выполняют поглаживание. Как и другие приемы, вибрации не должны вызывать у массируемого боли. Следует учитывать, что при большой интенсивности колебания могут передаваться внутренним органам, поэтому данный прием нужно с особой осторожностью проводить при массаже пожилых людей.

Приемы и методики проведения прерывистой и непрерывистой вибрации имеют некоторые отличия.

Прерывистую вибрацию выполняют в виде серии ритмичных ударов, при этом кисть массажиста отрывается от массируемого участка после каждого движения. Прием можно проводить ладонью с согнутыми пальцами, ребром ладони, сжатой в кулак кистью,

подушечками слегка согнутых пальцев и их тыльной поверхностью.

Разновидностями прерывистой вибрации являются пунктирование, поколачивание, рубление, похлопывание, сотрясение, встряхивание и стегание.

Пунктирование выполняют при массаже небольших участков тела в местах прохождения нервных стволов. Данный прием проводят подушечками одного или нескольких пальцев, на одном участке или с перемещением по ходу лимфатических путей, одной или двумя руками, одновременно или последовательно (рис. 28). Степень воздействия зависит от расположения руки массируемого по отношению к массируемой поверхности: чем больше угол, тем глубже распространяется вибрация.



Рис. 28. Техника выполнения пунктирования (прерывистая вибрация)

Поколачивание представляет собой ритмичные удары по массируемой зоне одним или несколькими пальцами, обеими сторонами кисти, согнутой в кулак кистью. При этом рука массажиста должна быть расслаблена, чтобы не причинить пациенту боли.

Поколачивание одним пальцем применяют при массаже отдельных мышц и сухожилий, поколачивание тыльной стороной согнутых пальцев – при массаже мышц спины, ягодиц и бедра.

Поколачивание локтевым краем кулака выполняют двумя руками, согнутыми так, чтобы пальцы свободно касались ладони (рис. 29). Движения производят попеременно, руки массажиста располагаются под углом 90° к массируемой поверхности.

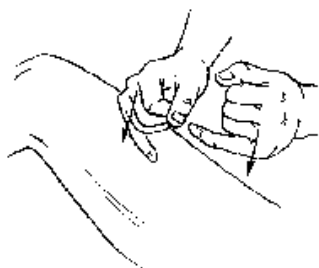


Рис. 29. Техника выполнения поколачивания (прерывистая вибрация)

Рубление используют при массаже спины, груди, конечностей. Оно оказывает глубокое воздействие на мышцы, усиливая кровообращение и обмен веществ в массируемой зоне. Прием проводят ребром ладони со слегка разведенными пальцами, соединяющимися в момент соприкосновения с массируемой поверхностью. Руки массажиста должны находиться на расстоянии 2–4 см друг от друга. Движения выполняют ритмично, с частотой 250–300 ударов в минуту, вдоль направления мышечных волокон (рис. 30).

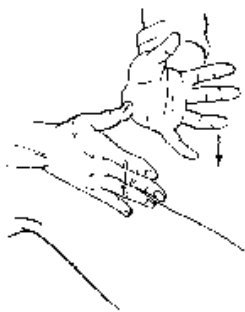


Рис. 30. Техника выполнения рубления (прерывистая вибрация)

Поколачивание и рубление нельзя проводить на внутренней поверхности бедра, в подколенной и подмышечной впадинах, в области сердца и почек.

Похлопывание применяют при массаже мышц груди, живота, спины, ягодиц, верхних и нижних конечностей. Движения выполняют энергично, ладонями одной или обеих рук поочередно. При этом пальцы должны находиться в слегка согнутом положении (рис. 31).

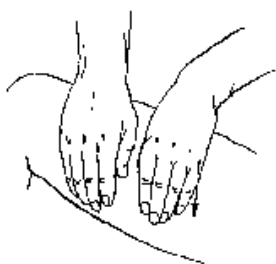


Рис. 31. Техника выполнения похлопывания (прерывистая вибрация)

Встряхивание используют исключительно при массаже конечностей. Сначала массажист фиксирует кисть или голеностопный сустав пациента, и только после этого проводит прием. При массаже верхних конечностей встряхивание проводят в горизонтальной плоскости, при массаже нижних конечностей – в вертикальной (рис. 32).

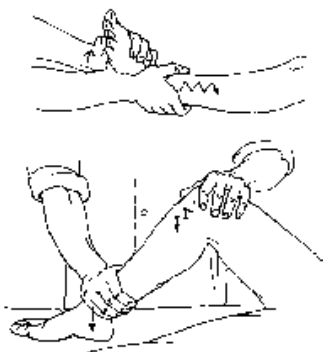


Рис. 32. Техника выполнения встряхивания (прерывистая вибрация)

Сотрясение применяют при спазме мышц живота и конечностей. Данный прием можно проводить пальцами или ладонной поверхностью кисти, совершая движения в разных направлениях (рис. 33). Действия напоминают движения при просеивании муки через сито.



Рис. 33. Техника выполнения сотрясения (прерывистая вибрация)

Стегание благотворно воздействует на кожу, обменные процессы в тканях, улучшает кровоснабжение. Движения можно выполнять одним или несколькими пальцами, при этом направление ударов проходит по касательной к массируемой поверхности (рис. 34).

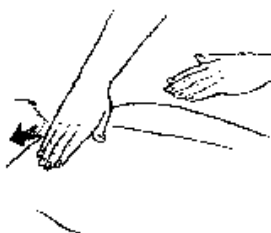


Рис. 34. Техника выполнения стегания (прерывистая вибрация)

Непрерывистую вибрацию выполняют при постоянном контакте кисти массажиста с массируемой зоной. Прием проводят путем надавливания подушечками пальцев, их ладонной или тыльной стороной, всей ладонью или ее опорной частью, а также кистью, сжатой в кулак.

Непрерывистую вибрацию можно выполнять на одном месте, в этом случае речь будет идти о точечной вибрации, проводимой одним пальцем. Благодаря данному приему оказывают успокаивающее действие на болевые точки.

При непрерывистой вибрации кисть массажиста может двигаться по массируемому участку в определенном направлении. Такой способ применяют при массаже ослабленных мышц и сухожилий.

При массаже спины, живота, ягодиц непрерывистую вибрацию выполняют сжатой в кулак кистью, совершая движения как вдоль, так и поперек массируемой зоны. Используют также технику вибрации, при которой массажист захватывает ткани кистью руки. Этот метод показан для массажа мышц и сухожилий.

Приемами непрерывистой вибрации являются потряхивание, встряхивание, сотрясение и подталкивание.

Потряхивание осуществляют кистью руки, при этом массажист слегка обхватывает массируемую зону и производит движения в продольном или поперечном направлении, изменяя скорость колебаний. При проведении этого приема мышцы пациента должны быть полностью расслаблены.

Встряхивание проводят при массаже конечностей, оно улучшает кровообращение и подвижность связок и суставов, расслабляет мышцы. При массаже руки массажист должен зафиксировать кисть пациента обеими руками и выполнять встряхивание попеременно вверх и вниз. При массаже ноги одной рукой массажист обхватывает голеностопный сустав, а другой – свод стопы, затем производит ритмичные движения (рис. 35).



Рис. 35. Техника выполнения встряхивания (непрерывистая вибрация)

Сотрясение можно проводить на разных частях тела. Так, при остеохондрозе показано сотрясение грудной клетки. Проводя этот прием, массажист обхватывает обеими руками грудную клетку лежащего на спине пациента и выполняет непрерывные ритмичные движения в горизонтальном направлении.

При некоторых заболеваниях позвоночника также проводят непрерывное сотрясение таза. Массируемый в этом случае лежит на животе, массажист располагает кисти рук с обеих сторон так, чтобы большие пальцы находились сверху, а остальные – на тазовой области. Движения производят ритмично в различных направлениях: вперед-назад, слева направо и справа налево.

Подталкивание используют при непрямом массаже внутренних органов. Проводят данный прием двумя руками: левую располагают на области проекции массируемого органа, а правую – на соседней области, затем производят надавливания.

Выжимание обычно выполняют в сочетании с разминанием. Движения производят ритмично, по направлению хода кровеносных и лимфатических сосудов, вдоль мышечных волокон. Силу воздействия определяют в зависимости от расположения массируемой зоны.

Техника выжимания сходна с поглаживанием, но движения выполняют более интенсивно. Данный прием оказывает влияние как на кожу, так и на соединительные и мышечные ткани, усиливает кровообращение и обменные процессы, возбуждающе действует на центральную нервную систему, способствует уменьшению боли и отечности.

Поперечное выжимание проводят большим пальцем руки, при этом кисть массажиста располагается поперек массируемой зоны, движения выполняют вперед по направлению к ближайшим лимфатическим узлам.

Выжимание ребром ладони выполняют слегка согнутой кистью. Массажист располагает руку поперек массируемого участка и осуществляет движение вперед, по направлению кровеносных сосудов (рис. 36).



Рис. 36. Выжимание ребром ладони

Выжимание основанием ладони проводят вдоль направления мышечных волокон. Большой палец должен быть прижат к указательному, а его концевая фаланга отведена в сторону. Выжимание производят основанием ладони и возвышением большого пальца (рис. 37).

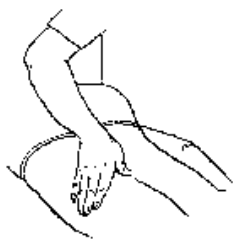


Рис. 37. Выжимание основанием ладони

Для усиления воздействия можно производить выжимание двумя руками с перпендикулярным (рис. 38 а) или поперечным отягощением (рис. 38 б).

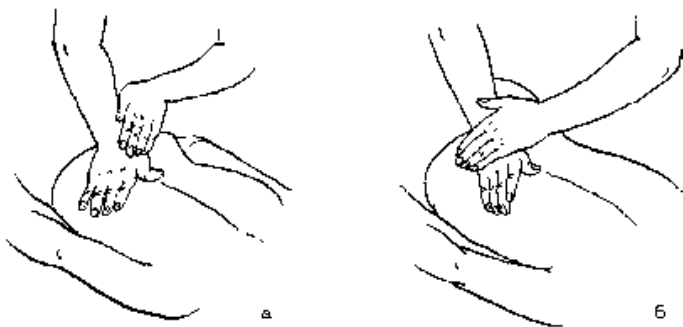


Рис. 38. Выжимание двумя руками

Вспомогательным приемом является клювовидное выжимание. Для его выполнения массажист складывает пальцы в виде клюва и проводит движения по направлению вперед локтевой или лучевой стороной кисти, ребром большого пальца или ребром ладони к себе (рис. 39 а, б, в, г).

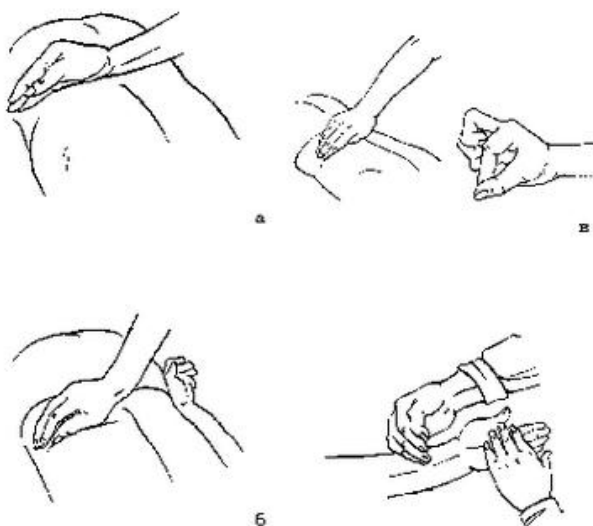


Рис. 39. Клювовидное выжимание

Движения применяют в сочетании с другими основными приемами массажа для восстановления подвижности в суставах. Они оказывают положительное действие на опорно-двигательный аппарат в целом. Движения выполняют медленно, нагрузка на суставы не должна быть больше, чем это может вынести пациент. Как и при выполнении других приемов массажа, при движениях недопустимо возникновение болезненных ощущений.

Движения разделяют на активные, пассивные и движения с сопротивлением.

Активные движения пациент выполняет самостоятельно под наблюдением массажиста после проведения массажа той или иной области. Их количество и интенсивность зависят от конкретного случая и индивидуальных особенностей массируемого. Активные движения

укрепляют мышцы, оказывают положительное воздействие на нервную систему.

Пассивные движения массажист проводит без усилий со стороны пациента после массирования мышц. Они улучшают подвижность суставов, увеличивают эластичность связок, эффективны при отложении солей.

Движения можно выполнять с сопротивлением. При этом силу сопротивления изменяют во время выполнения движения, вначале постепенно увеличивая и затем уменьшая при окончании действия. Проводя движения с сопротивлением, массажист должен контролировать состояние пациента и то, как он реагирует на нагрузку.

Различают два вида сопротивления. В первом случае массажист выполняет движение, а пациент оказывает сопротивление; во втором случае они меняются ролями. Независимо от того, кто оказывает сопротивление, необходимо преодолевать его плавно, без резких напряжений и расслабления мышц.



Рис. 40. Движения головой вправо и влево

Движения головой проводят путем наклона вперед, назад, влево и вправо, вращения в обе стороны. При пассивном выполнении пациент сидит, массажист располагается позади него и фиксирует голову ладонями выше ушей. Затем массажист осторожно наклоняет голову пациента вправо и влево, осуществляет круговые движения (рис. 40). Для выполнения движений вперед и назад массажист фиксирует одну руку на затылке пациента, а другую на его лбу (рис. 41).



Рис. 41. Движения головой вперед и назад

Движения туловищем также выполняют в положении сидя. Массажист встает позади пациента, кладет руки ему на плечи и выполняет наклон вперед, затем выпрямляет и немного разгибает туловище назад (рис. 42). Для выполнения поворотов массажист фиксирует руки на области дельтовидных мышц и разворачивает туловище в стороны.

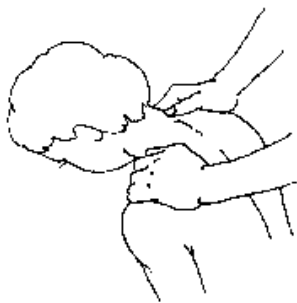


Рис. 42. Движения туловищем

Движения в плечевом суставе проводят в разные стороны. Пациент сидит на стуле, массажист стоит позади, располагает одну руку на плече, а другой фиксирует предплечье возле локтя и выполняет движения вверх и вниз, затем располагает руку пациента горизонтально и поворачивает ее внутрь и наружу, после этого производит вращательные движения (рис. 43).
>

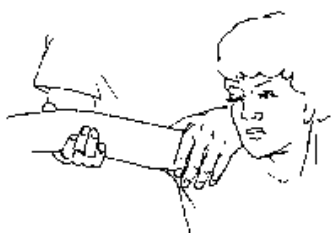


Рис. 43. Движения в плечевом суставе

Движения в локтевом суставе разделяют на сгибание, разгибание, повороты вверх и вниз. Массируемый сидит на стуле, положив руку на стол. Массажист одной кистью обхватывает его плечо в области локтя, а другой – запястье. Затем он проводит сгибание и разгибание в локтевом суставе с возможно большей амплитудой, а также поворачивает руку пациента ладонью вверх и вниз (рис. 44). Движения в локтевом суставе можно проводить и в положении лежа.



Рис. 44. Движения в локтевом суставе

Движения кисти разделяют на отведение и приведение, сгибание и разгибание, круговые движения. Одной рукой массажист фиксирует запястье массируемого, другой обхватывает пальцы, после чего проводит названные выше движения.

Движения пальцев рук выполняют следующим образом. Массажист одной рукой фиксирует пястно-запястное сочленение, а другой поочередно сгибает и разгибает пальцы, выполняет движения сведения и разведения.

Движения в тазобедренном суставе проводят в положении лежа на спине и на боку. Для проведения сгибаний и разгибаний пациент ложится на спину, массажист кладет одну руку на колено, другую – на голеностопный сустав и сгибает ногу пациента так, чтобы максимально приблизить бедро к животу, затем осторожно разгибает ногу.

Для проведения поворотов массажист одну руку фиксирует на гребне подвздошной кости, другой обхватывает голень пациента ниже колена и поочередно поворачивает ногу внутрь и наружу (рис. 45).



Рис. 45. Движения в тазобедренном суставе (повороты)

Для проведения круговых движений массажист одной рукой фиксирует коленный сустав пациента, другой обхватывает стопу и выполняет движения в коленном и тазобедренном суставах попеременно в разные стороны.<

> Для выполнения следующей группы движений пациент должен повернуться на бок. Массажист одной рукой опирается на гребень подвздошной кости, другой обхватывает голень в ее верхней части и медленно поднимает, а затем опускает прямую ногу массируемого. Такие движения носят название «отведение» и «приведение».

Движения в коленном суставе проводят в положении лежа на животе и иногда на спине. Массажист одной рукой опирается на нижнюю часть бедра пациента, другой фиксирует голеностопный сустав и начинает сгибание. Затем снимает руку с бедра и проводит движение с отягощением, так чтобы пятка массируемого максимально приблизилась к ягодице (рис. 46). После этого медленно выполняет разгибание.



Рис. 46. Движения в коленном суставе

При проведении сгибания в положении лежа на спине массажист одной рукой фиксирует голеностопный сустав, другую располагает на колене пациента и плавно выполняет движения.

Движения в голеностопном суставе разделяют на сгибание, разгибание, приведение, отведение и круговые движения. Для выполнения данного приема пациент должен лечь на спину. Массажист одной рукой обхватывает стопу снизу, другой фиксирует ногу в области колена и осторожно проводит все указанные движения.

Движения пальцев ног проводят следующим образом: массируемый принимает положение лежа на спине, массажист одной рукой обхватывает стопу, другой выполняет поочередное сгибание и разгибание каждого пальца.

Сегментарный массаж

Поскольку человеческий организм представляет собой целостную систему, то заболевание одного органа ведет к нарушению работы всего организма.

Рефлекторные изменения, вызванные патологическим процессом, возникают в различных тканях тела, то есть при заболеваниях внутренних органов повышается чувствительность определенных участков кожи и возникает гиперестезия (боль при прикосновении). Именно этот факт установили в XIX веке Г. А. Захарьин и англичанин Гед, а обнаруженные ими рефлекторные сегменты (участки) получили название зон Захарьина-Геда.

Наблюдения показали, что, помимо болевых ощущений, на коже появляются растяжения,

потливость или повышенная температура на определенном участке и др. В результате исследований было установлено, что организм состоит из нескольких одинаковых сегментов, каждый из которых снабжен спинно-мозговым нервом, который, в свою очередь, связан с определенным участком кожи (рис. 47).

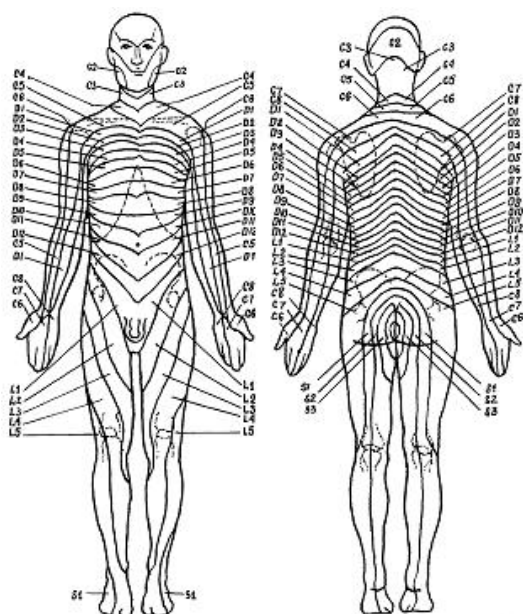


Рис. 47. Схема расположения сегментов спинного

мозга: C1–C8 – 8 шейных; D1–D12 – 12 грудных; L1–L5 – 5 поясничных; S1–S5 – 5 крестцовых

На схеме видно, что зоны Захарьина-Геда располагаются как на передней, так и на задней поверхности тела. При некоторых заболеваниях внутренних органов они совпадают, например при заболеваниях сердца и легких, двенадцатиперстной кишки, печени и др. Иногда при заболеваниях одного органа зоны Захарьина-Геда располагаются на значительном расстоянии друг от друга. Между внутренними органами и центральной нервной системой существует довольно сложная взаимосвязь, и этим фактом объясняется то, что некоторым органам соответствует одна зона, а другим – две и более.

Кроме того, сегментарно-рефлекторные изменения происходят в соответствии с анатомическими соотношениями в тканях и возникают в той части тела, в которой находится больной орган. Поэтому при вторичных осложнениях и распространении патологического процесса на другие органы правило сегментации нарушается.

Сегментарный массаж считают разновидностью лечебного, потому что в нем используются несколько видоизмененные основные приемы классического массажа. Однако даже в том случае, если пациент прибегает к помощи квалифицированного массажиста, предварительно стоит посоветоваться с врачом.

//-- Техника выполнения приемов сегментарного массажа --//

Любой массаж начинают с поглаживания, не составляет исключения и сегментарный. Плоскостное сегментарное поглаживание обеими руками начинают с сегмента, находящегося ниже зоны с нарушениями. При проведении приема руки располагают параллельно друг другу по направлению к шейному позвонку и производят поглаживание сначала одной стороны, а затем другой с усилением давления на соответствующие сегменты (рис. 48).



Рис. 48. Техника выполнения плоскостного сегментарного поглаживания

«Пила» – еще один прием поглаживания. Техника его выполнения довольно проста. Руки располагают так, что большие и указательные пальцы разведены и находятся по обе стороны позвоночника. Между руками образуется валик из кожи, который перекачивается при выполнении пилящих движений, проводимых в противоположных направлениях. Массаж проводят снизу вверх. При этом нужно обращать внимание на то, чтобы руки не скользили по коже, а двигались вместе с ней (рис. 49).

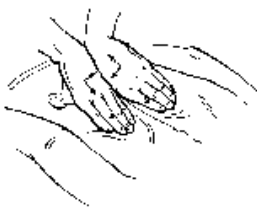


Рис. 49. Техника выполнения приема «пила»

«Вилка» – один из основных приемов сегментарного массажа, который можно проводить с отягощением и без него. При его выполнении указательный и средний пальцы располагают с обеих сторон позвоночного столба и затем подушечками обоих пальцев производят скользящие прямолинейные движения снизу вверх от крестца до 7-го шейного позвонка.

Штрихование «вилкой» – разновидность приема «вилка» – выполняют подушечками указательного и среднего пальцев, расположенных по обе стороны позвоночного столба. Пальцами производят движения вверх и вниз со смещением кожи, как правило с отягощением. Воздействие производят на каждый сегмент зоны.

Кругообразное движение «вилкой» – еще одна разновидность «вилки». Прием, как правило, проводят с отягощением. При его выполнении попеременно подушечками указательного и среднего пальцев, расположенных по обе стороны позвоночного столба, производят кругообразные движения в направлении снизу вверх. Воздействие на промежуток между остистыми отростками позвонков осуществляют в положении пациента сидя или лежа. Прием выполняют концевыми фалангами указательного и среднего пальцев, расположенных так, чтобы остистый отросток позвонка находился между четырьмя пальцами, образуя крестообразную складку (рис. 50).



Рис. 50. Техника выполнения воздействия на промежутки между остистыми отростками позвонков

Подушечками пальцев совершают круговые движения в противоположных направлениях сначала ниже, а затем выше отростков. Каждый сегмент массируется 4–5 секунд. На

промежутки между остистыми отростками можно воздействовать большими и указательными пальцами обеих рук.

Надавливание в глубь тканей производят подушечками больших пальцев, причем сила надавливания ослабевает к концу приема. При выполнении приема кисть располагают вдоль позвоночного столба. Надавливание можно проводить большими пальцами правой руки с отягощением левой, большими пальцами обеих рук или кулаком.

Двойной кольцевой щипцеобразный прием используют на мышцах шеи, особенно на тех, которые сильно напряжены.

Воздействие на окололопаточную область производят сначала на область правой лопатки всеми пальцами, исключая большой, которыми выполняют мелкие растирания от места прикрепления широчайшей мышцы спины в сторону наружного нижнего края лопатки. После этого большим пальцем растирают мышцы вдоль внутреннего края лопатки до плечевого уровня, а затем растирают и разминают верхний край трапецевидной мышцы до затылка. Левую лопатку сначала растирают большим пальцем от места прикрепления широчайшей мышцы спины, доходя по наружному краю до нижнего угла лопатки, а затем всеми остальными пальцами производят кругообразные движения, массируя внутренний край лопатки до затылка (рис. 51).

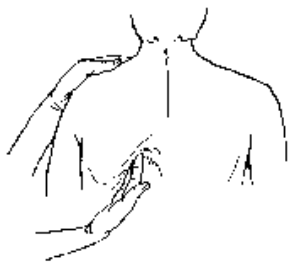


Рис. 51. Техника воздействия на окололопаточную область

Помассировав область лопаток, воздействуют на ткани под лопаткой. Для этого правую руку располагают под плечевым суставом, а левую кладут на область, расположенную рядом с нижним краем лопатки, и правой рукой сдвигают лопатку на пальцы левой руки, которой разминают подлопаточную область.

Растяжение грудной клетки необходимо для активизации дыхания. Выполнять прием начинают с классического поглаживания и растирания межреберных промежутков. Затем во время вдоха массируемого массажист перемещает руки к позвоночнику, а на выдохе – к груди (рис. 52). Не останавливаясь в момент глубокого выдоха, массажист производит сдавливание грудной клетки. Для ритмичного выполнения приема массажисту необходимо следить за дыханием пациента, давая команды «Вдох!» и «Выдох!».

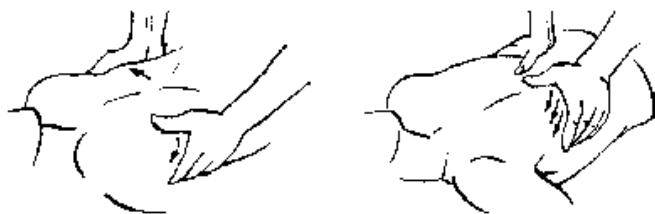


Рис. 52. Техника выполнения растяжения грудной клетки

Сегментарный массаж имеет свои особенности и, естественно, свою методику и правила проведения. Проводить массаж можно только при наличии знаний анатомии, физиологии и умении выявлять при различных патологиях рефлекторные изменения в тканях и учитывать их при выборе приемов, техники выполнения и дозирования воздействия.

Перед выполнением массажа следует тщательно изучить кожные покровы массируемого визуально, с помощью пальпации и опроса. Необходимо изучить заключения врачей и выяснить наличие противопоказаний. Приемы массажа проводят ритмично, но без грубых усилий. При его выполнении не применяют смазывающие средства, так как они притупляют чувствительность.

Массаж начинают с участков, прилегающих к пораженной зоне, постепенно усиливая воздействие. После проведения процедур у массируемого должна покраснеть и потеплеть кожа, появиться чувство расслабленности и уменьшиться боль.

МАССАЖ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

Болезни позвоночника – вполне обычное явление в современном мире. От них страдает практически каждый второй живущий на Земле. Даже в благополучной Европе количество людей, страдающих заболеваниями позвоночника, очень велико.

Согласно статистике, из 1000 человек, впервые обращающихся к лечащему врачу по поводу болей в позвоночнике, около 400 направляются в больницу на обследование, из них 30 остаются на амбулаторном лечении, а 5 подвергаются операционному вмешательству.

Но не только современный человек страдает от заболеваний позвоночника. Палеонтологам в ходе исследований удалось установить, что уже у *Homo erectus* – человека прямоходящего – был остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника. Иными словами, встав на ноги, человек сам обрек себя на боли в позвоночном столбе.

В настоящее время заболевания позвоночника встречаются практически во всех возрастных группах, это обычное явление и среди современной молодежи, и среди пожилых людей.

Как правило, мужчины страдают от болей в области позвоночника в 2 раза чаще, чем женщины. Возможно, это связано с особенностями анатомо-физиологического строения, а также с тем, что представители сильного пола занимаются тяжелым физическим трудом и им чаще приходится поднимать тяжести.

В последние годы рост количества заболеваний позвоночника (в частности, сколиоза и остеохондроза) обусловлен длительным пребыванием представителей всех возрастных групп за компьютером. Неправильное положение тела во время работы приводит к искривлению позвоночника, причем это заболевание атакует в большей степени неокрепший детский организм. Остеохондроз же представляет опасность для людей всех возрастных групп, а последствия этого заболевания оказываются более серьезными, нежели последствия всех видов сколиоза.

Для профилактики и лечения заболеваний, развивающихся в результате дегенеративных и трофических изменений позвоночника, а также в результате неправильной осанки, следует делать следующее:

- 1) часто менять положение тела: не находиться долгое время в одной и той же позе, вставать из-за стола, двигаться;
- 2) постоянно следить за своей осанкой и правильно организовывать рабочее место;
- 3) заниматься спортом, делать упражнения, входящие в комплекс лечебно-профилактической физкультуры. Полезны для позвоночника занятия плаванием и выполнение упражнений на турнике.

Одним из эффективных средств лечения заболеваний позвоночника является массаж. Он помогает уменьшить боль в пораженной области, способствует активизации кровоснабжения

больных участков позвоночника, снимает напряжение и болезненность в скелетных мышцах. Однако использование массажа в лечебных целях допустимо лишь при незначительном обострении хронических болей и в период выздоровления, его можно также применять в качестве профилактического средства.

Методики проведения сеансов массажа при заболеваниях позвоночника не отличаются особой сложностью, они доступны каждому желающему оказать больному посильную помощь. В данной главе имеется необходимая информация не только о симптомах различных заболеваний позвоночника, но и о методах, формах и приемах массажа, используемых при лечении.

Анатомическое строение позвоночника и его основные заболевания

Позвоночник – это остов человеческого тела, являющийся опорой для скелетных мышц и главным связующим звеном между центральной нервной системой и внутренними органами.

От спинного мозга через отверстия между соседними позвонками проходят многочисленные нервные окончания, образующие периферическую нервную систему: от шейных сегментов они идут к верхним конечностям, от поясничных – к ногам, а от грудных – к туловищу. Нервные окончания выполняют двигательную, сенсорную, терморегуляторную функции, а также отвечают за регуляцию мышечного тонуса и координацию движений. Именно по этой причине любая, даже незначительная на первый взгляд физическая травма позвоночника может вызвать серьезные осложнения и сдвиги в работе всего организма.

Главной структурной единицей позвоночника является позвонок. Он образуется телом круглой или почкообразной формы, дугами, замыкающими позвоночное отверстие, в котором находится спинной мозг, и суставными отростками, сочленяющими позвонки между собой и соединяющими позвоночник с мышцами.

Формы тел и отростков позвонков зависят от их нахождения в том или ином отделе позвоночника (шейном, грудном, поясничном, крестцово-копчиковом). Как правило, шейные позвонки отличаются от поясничных меньшими размерами тел и сравнительно неразвитыми отростками. Это объясняется тем, что на поясничный отдел позвоночника приходится большая нагрузка, нежели на шейный.

Шейные и поясничные позвонки обладают известной долей подвижности, и это отличает их от менее подвижных грудных. Дело в том, что грудные позвонки, ребра и грудина образуют грудную клетку. Ребра крепятся к передней поверхности поперечных отростков позвонков двумя небольшими суставами, которые обеспечивают некоторую подвижность ребер и позвонков относительно друг друга и позволяют совершать вдох и выдох.

Каждый позвонок состоит из губчатого внутреннего и компактного внешнего вещества. Первое имеет вид костных перекладин, обеспечивающих внутреннюю прочность позвонков; второе, образуемое костными пластинками, делает твердой внешнюю поверхность позвонков, что позволяет им выдерживать сильные нагрузки, например сжатие во время ходьбы.

Костные ткани позвонков постоянно обновляются под действием механических сил и нагрузок. Чем больше нагрузка, тем быстрее формируется новое костное вещество с большим количеством губчатых перекладин и плотной костной субстанции. Снижение механического воздействия на позвонки, например обездвиженность, вызванная какой-либо болезнью, вызывает распад костного вещества, следствием которого может стать размягчение скелетных костей.

Помимо губчатых костных перекладин, внутри каждого позвонка имеется красный костный мозг, отвечающий за такую жизненно важную функцию, как кроветворение.

Между позвонками располагаются диски, состоящие из фиброзных колец, студенистого ядра и

2 хрящевых пластинок, являющихся одновременно поверхностями диска и пластинками позвонковых тел. Благодаря особенностям строения межпозвоночные диски могут менять форму, что имеет большое значение при выполнении амортизирующей функции. Именно диски принимают на себя и распределяют между позвонками давление, обеспечивая тем самым гибкость позвоночника. Если наложить все межпозвоночные диски друг на друга, то полученный столб составит около $\frac{1}{2}$ всей длины позвоночного столба.

Как известно, позвоночник имеет сегментарное строение, но позвонки располагаются не прямо один над другим, а с образованием характерных изгибов, выполняющих функцию амортизирующего аппарата. Благодаря наличию этих изгибов смягчаются толчки при ходьбе, беге и прыжках. Как правило, в шейном отделе позвоночник изгибается вперед (так называемый шейный лордоз), в грудном – назад (грудной кифоз), в поясничном – снова вперед (поясничный лордоз), в крестцово-копчиковом – снова назад (крестцово-копчиковый кифоз).

Все позвонки соединяются между собой верхними (их два) и нижними (их тоже два) суставными отростками, межпозвоночными дисками и связками, тянущимися по боковым поверхностям тел позвонков, на их задней и передней стороне (рис. 53). Благодаря суставам и связкам позвонки и позвоночный столб остаются в меру подвижными, однако в большей степени их подвижность зависит от состояния крупных мышц спины, шеи, плеч, груди, живота и бедер. Взаимодействуя друг с другом, эти мышцы управляют движениями позвоночника, их сильное напряжение при нагрузке может вызвать изменение двигательной функции позвоночника и привести к возникновению болевых ощущений в области спины или же появлению чувства усталости.



Рис. 53. Соединение позвонков

На протяжении всей жизни человека, начиная с 20-летнего возраста, позвонки подвергаются дегенеративным изменениям. Уже к 50 годам у многих людей они становятся заметными, поэтому неслучайно в народе бытует поговорка, что возраст человека определяется состоянием его позвоночника.

Как правило, изменения затрагивают сначала верхние и нижние края позвонков. Здесь появляются небольшие, неправильной формы образования из костного вещества, увеличивающие размеры верхней и нижней частей тела позвонка и уменьшающие эластичность и толщину межпозвоночного диска. Дегенеративные изменения затрагивают и суставы, расположенные между верхними и нижними суставными отростками.

В ходе текущих процессов позвоночник утрачивает былую гибкость, как бы спрессовывается и укорачивается. Уменьшается также высота тел позвонков в их передней части, величина и сила мышц, ослабевает и делается менее упругим связочно-сухожильный аппарат, снижается содержание кальция в скелетных костях. В результате к 70 годам человек становится меньше ростом, чем был, скажем, в 20–25 лет, его кости делаются очень хрупкими, возникает опасность частых переломов, в том числе и травмирования позвоночника.

А теперь поговорим непосредственно о заболеваниях позвоночника. Они могут быть вызваны либо травматическими, либо воспалительными, либо дегенеративными, либо трофическими изменениями позвоночного столба, а также их сочетанием.

Трофические изменения позвоночного столба называют спондилопатиями, а если они сопровождаются остеопорозом тел позвонков, – спондилomalациями. Подобные заболевания довольно редки, внешне они проявляются изменением окраски кожных покровов, малой болезненностью позвоночника и значительным ограничением его подвижности.

При неврогенных спондилопатиях отмечаются деформации позвонков, сопровождаемые расстройством различных видов чувствительности и неврологическими симптомами, характерными для того или иного заболевания центральной нервной системы. Первые симптомы болезни, как правило, незначительны, со временем отмечаются серьезные разрушения позвоночника и поражения крупных суставов, дающие основание установить точный диагноз заболевания. При сирингомиелии спондилопатии протекают на фоне структурного сколиоза верхне-грудного отдела позвоночника.

Прежде чем воспользоваться процедурой массажа при данных заболеваниях, необходимо посоветоваться с лечащим врачом. Возможно, сеансы массажа окажутся при подобных деформациях позвоночника бесполезными и даже опасными.

Воспалительные заболевания позвоночника носят название спондилитов. Причиной их возникновения является проникновение в организм инфекции, эти заболевания могут развиваться после любого общего инфекционного заболевания (туберкулеза, тифа, бруцеллеза и др.). Как правило, они сопровождаются разрушениями в костных тканях, результатами которых является концентрическое ограничение подвижности позвоночного столба. Массаж при лечении спондилитов недопустим, поскольку при его использовании существует опасность проникновения инфекции в другие ткани организма.

Дегенеративные заболевания, затрагивающие передний отдел позвоночника (то есть тела позвонков), называют спондилезами, затрагивающие задний отдел позвоночника и мелкие суставы, – спондилоартрозами. Дегенеративные изменения встречаются чаще, чем другие заболевания позвоночника, как правило, они поддаются лечению, в том числе и массажем.

Основной причиной развития дегенеративных заболеваний позвоночника является изнашивание тел позвонков, суставов, связок и межпозвоночных дисков, то есть их старение. Травмы, воспаления и дисгормональные нарушения активизируют процесс старения межпозвоночных дисков и покрывающих позвонковые тела хрящевых пластин и сдвигают первые симптомы дегенеративных заболеваний позвоночника к более молодому возрасту.

К морфологическим проявлениям дегенеративных изменений межпозвоночных дисков относятся: возникновение в фиброзном кольце трещин, высыхание студенистого ядра, появление кистозных полостей. В результате диск утрачивает свою амортизирующую функцию, а позвоночный столб – былую эластичность и гибкость. Дегенеративные изменения, происходящие в дисках, нередко сопровождаются болезненными ощущениями и ограничением подвижности позвоночника.

Существует несколько видов дегенеративных изменений межпозвоночных дисков.

Межпозвоночный хондроз – заболевание, сопровождающееся неравномерным уменьшением высоты имеющихся между телами позвонков пространств, смещением задних мелких суставов и их преждевременным старением. Дегенеративные изменения при первичном межпозвоночном хондрозе являются следствием неизбежного процесса износа и старения организма. Вторичный межпозвоночный хондроз – это результат воспалительных и травматических повреждений позвоночного столба, ускоряющих естественный процесс его старения.

Клиническая картина при межпозвоночном хондрозе такова: отмечается болезненность и ограниченная подвижность шейного или поясничного отдела позвоночника, рефлекторная напряженность длинных мышц спины, трапецевидной и прочих мышц туловища. При наклоне туловища или головы впереди сгибания позвоночника не происходит из-за рефлекторной болевой фиксации, при разгибании по той же причине не наблюдается явно выраженного в

нормальных условиях лордоза шейного и поясничного отделов. Иными словами, данные отделы практически лишены физиологических искривлений и сохраняют при наклонах и разгибаниях выпрямленное положение.

Остеохондроз позвонков – заболевание, сопровождающееся дегенеративными изменениями хрящевых пластинок, расположенных на поверхности позвонковых тел, и формированием костных новообразований на прилегающих участках губчатого вещества (костный склероз).

Одной из причин возникновения остеохондроза позвонков является нарушение питания межпозвоночных дисков в результате дистрофии мышц спины. Происходит усыхание ядра диска, уменьшение его высоты, кольцевые волокна становятся непрочными, способными разрываться при неправильно распределенной нагрузке. Подобный разрыв иногда приводит к выпячиванию ядра диска в ту или иную сторону (в этом случае говорят о грыже диска). Такое состояние весьма опасно, поскольку возникает вероятность повреждения спинного мозга или исходящих от него нервных окончаний. Появление грыжи межпозвоночного диска может иметь разные последствия: боли в спине, конечностях, внутренних органах, паралич и даже летальный исход.

Первичный остеохондроз начинается в хрящевых тканях позвонков и переходит на межпозвоночные диски, которые разрыхляются, оседают, вызывая сужение пространств между позвонками. Происходят дегенеративные изменения в фиброзных кольцах дисков, в результате на поверхности тел позвонков появляются краевые остеофиты (костные разрастания). Обычно остеохондроз первой степени развивается в тех отделах позвоночника, которые несут на себе постоянную нагрузку: между VII шейным и I грудным позвонками (С -Th), между V поясничным и I крестцовым (L-S).

При сколиозах различной степени нагрузка на подвергшийся дегенеративным изменениям диск осуществляется неравномерно – со стороны вогнутой части сильнее, а со стороны выпуклой – слабее. В результате нарушается его амортизирующая функция и развивается ранний остеохондроз.

Клиническая картина первичного остеохондроза мало отличается от внешних проявлений межпозвоночного хондроза в его начальной стадии. Наблюдается незначительная ограниченность подвижности позвоночника при сильной болезненности выполняемых им движений, отмечаются дискомфорт в области спины и головные боли.

Вторичный остеохондроз начинается с хондроза межпозвоночных дисков. Иногда он может сопровождаться появлением грыжи Шморля в телах позвонков, однако данное явление наблюдается довольно редко из-за обширных новообразований на губчатых костях позвонковых тел, на углах которых также появляются небольшие остеофиты. Как и первичный, вторичный остеохондроз обычно развивается в наиболее подвижных отделах позвоночника.

Клиническая картина остеохондроза второй степени во многом напоминает симптомы межпозвоночного хондроза, перешедшего в хроническую стадию: отмечаются такие же изменения подвижности позвоночника, преимущественно в шейном и поясничном отделах, болезненность при совершении движений, постоянный мышечный спазм в области спины, иррадиирующие боли в конечностях, частые головные боли и нарушения в работе внутренних органов.

Подробнее остеохондроз различных отделов позвоночника будет рассматриваться ниже.

Шейный и грудной остеохондроз

Первыми симптомами шейного остеохондроза являются характерные боли в области шеи, затылка, чувство тяжести в надплечьях и чрезмерное напряжение шейной мускулатуры,

заставляющее больного держать голову в вынужденном положении. Иногда шейный остеохондроз может сопровождаться головными болями и головокружением, появлением «мушек» перед глазами, повышением артериального давления. Дело в том, что в шейном отделе позвоночника находится не только спинной мозг; через поперечные отростки позвонков проходит канал для так называемой позвоночной артерии, поставляющей с кровью необходимые питательные вещества и кислород в мозжечок, вестибулярный аппарат, затылочную часть головного мозга и его основание. Смещение позвонков вызывает рефлекторный спазм позвоночной артерии или ее сдавливание, в результате прекращается кровоснабжение головного мозга. Подобное состояние называют синдромом вегетососудистой недостаточности.

Нередко при шейном остеохондрозе присутствуют корешковые симптомы (шейный радикулит): боль иррадирует в верхнюю конечность, реже в отдельные пальцы руки (в этом случае отмечается их похолодание, онемение, «мраморная» окраска). Причина подобного явления – нарушение проводимости импульса по нервному окончанию. Иногда шейный остеохондроз может давать серьезное осложнение, называемое в медицине контрактурой Дюпюитрена. У больного сморщивается ладонное сухожилие и скрючиваются пальцы кисти (они как бы прижимаются к ладонной поверхности).

Грудной остеохондроз – это болезнь-хамелеон, распознать которую не так-то просто. При ее развитии отмечаются симптомы, которые можно с легкостью принять за клинические проявления других заболеваний, например инфаркта миокарда, стенокардии, пневмонии и др. Грудной остеохондроз сопровождается острыми болями в грудной клетке, усиливающимися при кашле и глубоком вдохе, боль иррадирует по типу межреберной невралгии и нередко отдает под лопатку. Подобные симптомы характерны и для инфаркта миокарда, однако при остеохондрозе грудного отдела позвоночника практически не наблюдается отклонений от нормы при снятии электрокардиограммы, отсутствуют и такие клинические проявления сердечной болезни, как бледность и синюшность кожных покровов, усиленное потоотделение и др. Очевидными симптомами остеохондроза грудного отдела позвоночника можно считать быструю утомляемость спинной мускулатуры и неспособность оставаться долгое время в положении стоя. При пальпации пораженных позвонков грудного отдела отмечается болезненность в области остистых отростков и на участках прохождения нервных волокон. Нередко возникающая при остеохондрозе грудного отдела позвоночника межреберная невралгия осложняется опоясывающим лишаем – пузырьчатой лихорадкой, появление которой обусловлено снижением в пораженной зоне тканевого иммунитета, вызванного нарушением нервной проводимости, и атакой на организм вируса герпеса. Пузырьки лопаются, вызывая сильный зуд и жжение на пораженном участке кожи больного, из-за интоксикации организма может даже подняться температура. Все это происходит на фоне сильных болей в области груди и под лопаткой.

При сильном смещении грудных позвонков при остеохондрозе могут возникнуть серьезные осложнения: ограничение дыхательных движений грудной клетки создает трудности с вентилированием легких, в результате в них развивается очаговая пневмония и абсцесс (гнойниковый процесс).

//-- Массаж при шейном и грудном остеохондрозе --//

Ж. Вальне, известный французский невропатолог, много лет занимающийся мануальной терапией, писал: «Головокружение, шум в ушах, предобморочные состояния, боль в плечах, в затылке или в области лопаток, ощущение дискомфорта или болезненное горло, нарушение памяти, слуха или зрения – все это вероятные симптомы недиагностированного заболевания шейных позвонков. Во всех упомянутых случаях с успехом помогает жесткий массаж шейного отдела позвоночника». И действительно, при остеохондрозе массаж способствует улучшению

кровообращения, снимает боли, а главное – способствует скорейшему восстановлению функций позвоночника.

К массажу следует приступать в подострых стадиях. (В ряде случаев можно начинать и раньше, во время обострения болезни, но тогда задача массажа – рефлекторно воздействовать на локализирующуюся в позвоночнике боль за счет обработки здоровых участков тела – на груди, плечах, верхней части спины, надплечьях и т. д.) Первые сеансы должны быть щадящими, не создающими излишнего напряжения мышц, которые при энергичном, жестком проведении приемов сокращаются, вызывая в данном случае дополнительные боли.

Оптимальное при массаже положение больного остеохондрозом шейного отдела – лежа. Если такой возможности нет, тогда массируют в положении сидя. И в том и в другом положении надо добиваться предельного расслабления спины, шеи и вообще всего тела– это для больного первое условие.

Массаж спины при остеохондрозе обычно вызывает у пациента болезненные ощущения, причем эта боль кажется ему поверхностной. Ежедневные сеансы снижают болевой порог до минимума в течение 4–5 дней, кроме того, помогают расслабить чрезмерно напряженную в зоне поражения мускулатуру.

Если боли при шейном и грудном остеохондрозе затрагивают лишь одну половину спины, первоочередному массажированию подвергают здоровую часть задней поверхности туловища, если же остеохондрозом поражена вся спина (он называется двусторонним), массировать следует ту часть, где болезненные ощущения минимальны.

Сеанс начинают с занятия больным положения лежа на животе; затем проводят поглаживание всей спины, используя такие его виды, как прямолинейное и попеременное поглаживания.

Следующий прием – продольное выжимание, проводимое ребром ладони по тем же линиям, что и поглаживание; можно соединить продольное выжимание с клювовидным. На стороне наибольшего напряжения мышц желательнее провести прием накатывание. Все описанные выше приемы призваны расслабить мускулатуру спины, не вызвав у пациента дополнительных болевых ощущений.

Далее проводят разминание на длинных мышцах спины. Используют такие его виды, как кругообразное, выполняемое подушечкой большого пальца и фалангами согнутых пальцев, и щипцевидное. Можно также выполнить прием кругообразно, подушечками или буграми больших пальцев левой и правой руки.

Массирование широчайших мышц спины предусматривает использование таких приемов, как ординарное разминание, двойной гриф, двойное кольцевое, комбинированное и кругообразное разминание основанием ладони.

Особой проработки требует верхняя часть спины, в частности область лопаток. Сначала здесь выполняют поглаживания, начиная от нижней части лопаток по направлению к шее; затем переходят на надплечья (к трапециевидным мышцам). Их поглаживают, выжимают, разминают, снова поглаживают и делают поочередное потряхивание. Разминание прилегающих к надплечьям участков можно выполнять подушечкой и бугром большого пальца (прямолинейное и кругообразное), подушечками и фалангами четырех пальцев (кругообразное), а также двумя пальцами – большим и указательным (щипцевидное).

Не стоит забывать об осторожности при массировании околопозвоночной зоны: при выполнении разминаний следует учитывать расположение болевых точек, обнаруженных во время предварительной пальпации. Рекомендуются сочетать разминания с поглаживаниями (например, 4–6 разминаний, 3–5 поглаживаний, затем снова 4–6 разминаний и еще раз 3–5 поглаживаний), после чего можно перейти к растиранию.

Воздействие на межреберные промежутки предусматривает использование таких массажных приемов, как прямолинейное растирание, производимое подушечками пальцев попеременно то

одной, то другой рукой; прямолинейное и кругообразное растирание, выполняемое сначала подушечками четырех пальцев, а затем подушечкой большого пальца.

Массировать шею рекомендуется не только по задней, но и по боковым поверхностям, соблюдая особую осторожность. Начинают процедуру с поглаживания волосистой части головы вниз (8-10 раз), затем переходят к продольному выжиманию (3-5 раз с каждой стороны от позвоночного столба) и разминанию (4-6 раз). Обычно используют такие виды разминания: ординарное, двойное кольцевое, кругообразное, производимое фалангами согнутых пальцев.

За разминанием идет растирание шейных мышц вдоль позвоночного столба, выполняют данный прием с помощью подушечек больших пальцев (прямолинейное и кругообразное) и фалангами четырех согнутых пальцев (кругообразное). Завершают серию приемов поглаживанием.

Не стоит забывать, что шея – довольно хрупкая часть человеческого организма, поэтому при проведении приемов разминания и растирания не следует прилагать максимум усилий, как это делают при массаже спины.

Для достижения большего эффекта желательно, чтобы при массаже шея была максимально расслаблена, а голова немного наклонена вперед. Это позволит массажисту глубже проработать остистые и боковые отростки позвонков шейного отдела. Через 5-8 сеансов, когда болевые ощущения станут меньше или исчезнут вовсе, можно сочетать растирания с поворотами головы в разные стороны (амплитуда движений должна быть небольшой).

К массажу затылочной части головы переходят после того, как будет промассирована шея. Начинают данную процедуру с граблеобразного поглаживания расставленными пальцами кисти, затем переходят к прямолинейному клювовидному выжиманию (этот прием выполняют с минимальным приложением силы) и растиранию.

Используют следующие виды растирания: кругообразное, выполняемое подушечками пальцев сначала одной, затем другой руки, а потом поочередно обеими; кругообразное, осуществляемое фалангами согнутых пальцев одной и обеих рук; кругообразное клювовидное, выполняемое сначала одной, а затем двумя руками.

После проведения вышеописанных приемов на участке от шеи до затылочной кости переходят к массажу мест, где большие затылочные нервы выходят наружу от бугра затылочной кости. На малые затылочные нервы воздействуют у верхнего заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, в месте ее крепления к сосцевидному отростку.

Перед проведением приемов массажа груди пациент ложится на спину, под колени ему подкладывают валик. Далее по классической схеме выполняют массаж грудной области: сначала расслабленными кистями рук проводят поглаживание (3-4 раза), затем делают 3-4 несильных выжимания и осуществляют плавный переход к разминанию (5-6 раз).

Следует отметить, что выполнение последнего приема у мужчин и женщин имеет некоторые отличия. Так, у представителей сильного пола разминание проводят по всей поверхности большой грудной мышцы, при этом используют способы ординарного, двойного кольцевого, комбинированного разминаний и кругообразного фалангами больших пальцев. У женщин данный прием выполняют на грудной мышце, но немного выше молочной железы. Используют следующие его виды: ординарное, двойное кольцевое и кругообразное подушечками четырех пальцев.

Массирование межреберных промежутков со стороны груди выполняют так же, как и массаж этих промежутков на спине – с помощью приема растирания. Сначала попеременно подушечками пальцев одной и другой руки выполняют прямолинейное движение, затем подушечками четырех пальцев производят кругообразное движение, после чего чередуют прямолинейное и кругообразное растирания подушечкой большого пальца.

Массаж грудного отдела следует завершить поглаживанием, а затем еще раз промассировать

мышцы спины в наиболее болезненной зоне. Здесь нужно произвести растирание позвоночного столба: прямолинейное, выполняемое подушечками четырех пальцев по направлению от затылочной части головы до спины и остистых отростков (4–5 раз), и кругообразное, осуществляемое поочередно подушечками всех пяти пальцев (по 3–4 раза). Затем следует выполнить 6–7 поглаживаний, 3–4 выжимания и разминания и завершить массаж спины поглаживанием.

Как уже говорилось ранее, при шейном и грудном остеохондрозе боль иррадирует в руку на стороне поражения. Для облегчения состояния больного необходимо, помимо спины, шеи и груди, массировать и руку. Если процесс двусторонний, то есть болевые ощущения распространяются по правую и левую сторону от позвоночного столба и отдают в обе руки, массировать нужно обе конечности.

Массаж верхних конечностей проводят в следующей последовательности: сгибатели плеча, сгибатели предплечья, разгибатели плеча, разгибатели пред-плечья, тыльная поверхность ладони, болезненная часть спины, плечевой сустав.

Массаж сгибателей плеча и предплечья начинают с поглаживания, которое длится в течение 3–5 минут; затем проводят приемы выжимания и разминания. Обычно выполняют ординарное и кругообразное (фалангами согнутых пальцев, пальцами, сложенными в виде клюва, и возвышением большого пальца) разминания.

Массирование дельтовидной мышцы осуществляют с помощью таких приемов, как поглаживание, выжимание, ординарное, двойное кольцевое и кругообразное разминания (последнее выполняют фалангами согнутых пальцев).

Массаж трехглавой мышцы плеча предусматривает использование таких приемов, как поглаживание, выжимание, ординарное, двойное кольцевое, комбинированное и кругообразное клювовидное разминания. Поскольку мышца является довольно крупной, все движения при отсутствии болевых ощущений можно выполнять энергично, с некоторым приложением силы.

Массирование тыльной стороны ладони начинают с непродолжительного поглаживания, затем следует энергичное растирание. Можно использовать такие виды растираний, как прямолинейное и кругообразное, выполняемые подушечками четырех пальцев или подушечкой большого пальца.

Промассировав конечность или конечности, можно переходить к массажу спины с больной стороны. Выполняют его по следующей схеме: поглаживание (прямолинейное и попеременное), выжимание (проводят путем надавливания на массируемую область ребром ладони) и снова поглаживание (на этот раз только прямолинейное).

Массирование плечевого сустава проводят с помощью таких приемов, как концентрическое поглаживание, кругообразное растирание (подушечками четырех пальцев, гребнями кулака, сложенными в виде клюва пальцами и ребром большого пальца), разминание (слабое надавливание) и пассивные и активные движения. Для облегчения выполнения приемов руку пациента отводят в сторону или кладут на плечо массажиста.

После массажа плечевого сустава снова возвращаются к больному участку спины и выполняют те же приемы, что и ранее, – прямолинейное поглаживание и выжимание ребром ладони.

Затем еще раз массируют плечевой сустав, используя концентрическое поглаживание и кругообразные растирания, осуществляемые подушечками четырех пальцев, гребнями кулака, сложенными в клюв пальцами и ребром большого пальца.

Следует отметить, что массирование зон с повышенной чувствительностью и болезненностью следует выполнять в щадящем режиме, без приложения силы. При гипотонии (снижении тонуса) ручной мускулатуры приемы необходимо проводить в быстром темпе, сохраняя небольшую амплитуду движений; при гипотрофии мышц верхних конечностей – интенсивно с

применением множества ударных приемов, чередующихся с потряхиванием и поглаживанием.

Как только будут проработаны все участки, можно вновь повторить массаж на верхней части спины (по 2–3 раза каждый прием), надплечьях (по 3–4 раза каждый прием), шее (3–4 поглаживания, 4–5 выжиманий, 5–6 разминаний, 2–3 поглаживания, 4–5 выжиманий, 3–4 растирания), груди (3–4 поглаживания, 3–4 выжимания, 5–6 разминаний, 5–6 растираний, 6–8 поглаживаний) и верхних конечностях.

После утихания болей в шейном и грудном отделах позвоночника методику проведения массажных сеансов следует немного изменить: уменьшить количество поглаживающих приемов и увеличить число выжиманий, разминаний и растираний.

Пояснично-крестцовый остеохондроз

Как правило, пояснично-крестцовый остеохондроз сопровождается острыми болями в области поясницы, крестца, ягодиц, в ноге, а также чрезмерным напряжением мышц спины, вызывающим чувство усталости, и ослаблением мышц голени, бедра и ягодиц. Нередко это заболевание дает серьезные осложнения.

В пояснично-крестцовом отделе позвоночника существует несколько наиболее уязвимых участков, в которых нагрузка на межпозвоночные диски максимальна. При травмировании позвонков в этих зонах нередко происходит защемление седалищного нерва, возникает осложнение, именуемое ишиасом. Боль из пораженного участка иррадирует в область ягодицы, бедра, подколенную ямку, икру или пятку, мышцы-сгибатели и разгибатели ослабевают. При серьезном поражении корешков пояснично-крестцового отдела спинного мозга часть нервных волокон отмирает, вызывая стойкое выпадение чувствительности (в этом случае онемение конечности сохраняется в течение длительного времени). Если не вправить пораженный позвонок, последствия могут быть очень серьезными: нагрузка на поврежденный остеохондрозом межпозвоночный диск будет распределяться неравномерно, вызывая дальнейшее разрушение диска.

Еще одним осложнением остеохондроза пояснично-крестцового отдела является «нестабильность» позвонка. Поврежденный диск оказывается не в состоянии фиксировать позвонок, в результате поясничный отдел начинает «сползать» с крестцового, особенно часто это происходит при поднятии тяжестей и чрезмерной нагрузке на позвоночный столб. Наблюдаются также осложнения со стороны внутренних органов, и в этом случае исправить положение можно только путем оперативного вмешательства.

//-- Массаж при пояснично-крестцовом остеохондрозе --//

Массаж при пояснично-крестцовом остеохондрозе преследует следующие цели:

- уменьшение болезненности в зоне поражения;
- активизация крово- и лимфообращения в пояснично-крестцовой области и нижних конечностях;
- уменьшение гипотрофии мышц задней поверхности бедра, голени и ягодиц.

Обычно к массажу при наличии данного заболевания обращаются в подострый период.

Выполняют процедуру ежедневно, а иногда по 2 раза в день – утром и вечером.

Продолжительность сеансов зависит от зоны локализации боли: при поражении поясничной области – 8-10 минут, при наличии болевых ощущений в крестцовом отделе позвоночника – 15 минут, а в восстановительный период – 18 минут.

Массируя поясничный или крестцовый отделы позвоночника, не стоит забывать о болевых точках или участках, обнаруженных во время пальпации. Проработку этих зон и прилегающих к ним областей следует проводить с особой тщательностью. Начинают сеанс массажа с занятия

пациентом удобного положения лежа на животе; во избежание прогибания позвоночника в области поясницы под живот подкладывают валик или свернутое одеяло. Для большего расслабления тела голени приподнимают под углом 45°, голову кладут на правую или левую щеку (можно также опустить ее немного ниже кушетки, подставив в качестве опоры стул), а руки вытягивают вдоль туловища.

Прежде чем приступить к проработке всей пораженной зоны, необходимо снять боль и напряжение в мускулатуре спины. Для этого на широчайших и длинных мышцах проводят такие приемы, как комбинированное (прямолинейное и попеременное) поглаживание (8-10 раз), выжимание ребром ладони (3-4 раза) и двойное кольцевое выжимание (4-5 раз). Завершают данный этап комбинированным поглаживанием (5-6 раз).

Затем выполняют массаж ягодичных мышц по следующей схеме:

6-8 комбинированных поглаживаний, 4-6 двойных кольцевых поглаживаний, сопровождающихся потряхиванием и поглаживанием двумя руками. Далее следует массаж бедра по схеме: 6-7 комбинированных поглаживаний, 3-4 длинных разминания в сочетании с легким потряхиванием, 4-5 комбинированных поглаживаний.

После непродолжительного массажа ягодич и бедер снова приступают к проработке спины. На этом этапе воздействие оказывают с помощью таких приемов, как выжимание (3-4 раза) и разминание, которое производят на длинных мышцах основанием ладони (4-5 раз) и кругообразно подушечками четырех пальцев (3-4 раза), а на широчайших мышцах (начиная от гребня подвздошной кости по направлению к подмышечной впадине) – ординарно или способом двойного кольцевого разминания. Данные манипуляции чередуют с поглаживаниями и потряхиваниями.

Массаж поясничного отдела позвоночника проводят по следующей схеме: 5-8 комбинированных поглаживаний (начиная от ягодичных выступов до середины спины), 3-4 выжимания ребром ладони, снова 5-6 поглаживаний.

Затем переходят к ягодичным мышцам, прорабатывают их с помощью таких приемов, как выжимание, поглаживание и потряхивание, после чего снова возвращаются в зону поясницы. Здесь с особой осторожностью, стараясь не причинить пациенту боли, выполняют серию растираний: пиление (легкое поперечное движение ребром одной или двух ладоней), прямолинейное растирание (выполняют подушечками больших пальцев вдоль позвоночника с постепенным усилением давления на массируемую зону), спиралевидное и кругообразное растирания (проводят подушечками больших или четырех пальцев, фалангами четырех согнутых пальцев или собранными в «клюв» пальцами). Эти приемы следует чередовать с выжиманием и поглаживанием.

Стоит отметить, что возникновение сильных болей в области поясницы при проведении растираний дает основание для немедленного прекращения этого приема. В течение последующих 2-3 дней следует воздерживаться от применения растираний. Если болевые ощущения не возобновляются, во время последующих сеансов можно увеличивать число повторений каждого приема и силу воздействия на массируемую область.

Прежде чем приступать к массажу крестцовой области, необходимо тщательно проработать ягодичные мышцы. Массаж данного участка проводят по следующей схеме: 4-5 поглаживаний всей тазовой области, 6-7 выжиманий, 4-5 ординарных разминаний, 3-4 разминания основанием ладони, 3-4 двойных грифа, по 3-4 кругообразных разминания фалангами согнутых пальцев и пальцами, собранными в «клюв», 2-3 потряхивания, 1-2 поглаживания, снова 5-6 выжиманий, 3-4 разминания гребнями кулаков, 2-3 потряхивания и 3-4 поглаживания.

Массирование крестца проводят с использованием таких приемов, как попеременное поглаживание двумя руками (5-7 раз), выжимание (6-7 раз), растирание. Последний прием

выполняют ладонями обеих рук, тыльной стороной кистей, а также подушечками четырех пальцев, начиная от копчика вверх до поясницы, и подушечкой большого пальца. Можно также использовать такие виды растираний, как кругообразное, проводимое подушечками четырех пальцев (5–6 раз), и прямолинейное, выполняемое пястно-фаланговыми суставами и кулаками (по 6–7 раз). После каждого растирания руки массажиста должны расходиться в стороны и достигать ягодичных мышц.

Серию растираний завершают поглаживаниями, производимыми по всем направлениям. Затем еще раз массируют область ягодиц, используя все названные выше приемы, и возвращаются к пояснице, где выполняют 3–4 основных приема, повторяя каждый из них 2–3 раза.

Гребень подвздошной кости прорабатывают по определенной схеме. Первый этап предусматривает проведение приемов в такой последовательности: 4–5 поглаживаний в стороны от позвоночного столба; 4–5 выжиманий, производимых основанием ладони (кисти рук должны располагаться по обе стороны от позвоночника, а пальцы – смотреть в сторону тазобедренного сустава); 5–6 разминаний, выполняемых основанием ладони по краю гребня и места крепления к нему ягодичных мышц; 3–4 ординарных разминания на ягодичных мышцах.

На втором этапе массируют непосредственно гребень подвздошной кости: сначала проводят 4–5 кругообразных растираний подушечками четырех пальцев и 3–4 растирания фалангами сжатых в кулак пальцев, после этого выполняют основанием ладони 3–4 выжимания, осуществляют прямолинейное и спиралевидное растирание фалангами четырех пальцев (по 3–4 раза) и завершают серию 2–3 поглаживаниями.

Комплекс повторяют 2–3 раза, после чего переходят к проработке поясничной и крестцовой зон и ягодичных мышц. Здесь используют уже известные приемы – такие, как поглаживание, выжимание, разминание и потряхивание. Каждый из них повторяют 3–4 раза.

Поскольку при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника боли нередко отдают в ногу (или ноги при двустороннем процессе), массажу нижней конечности (или конечностей) уделяют особое внимание.

Выполняют процедуру в следующей последовательности: сначала прорабатывают заднюю и переднюю поверхности бедра, затем голень, голеностопный сустав и тыльную часть стопы.

При массаже задней поверхности бедра используют такие приемы, как поглаживание, выжимание, разминание (ординарное, двойное кольцевое, комбинированное, ординарно-продольное, кругообразное клювовидное, а также кругообразное фалангами и подушечками четырех пальцев). При проработке области, прилегающей к седалищному нерву, применяют вибрацию.

Массирование передней поверхности бедра предусматривает проведение 4–5 поглаживаний, 3–4 выжиманий и нескольких видов разминаний: ординарного, двойного кольцевого, двойного ординарного, двойного кольцевого продольного и кругообразного клювовидного (каждое выполняют по 5–6 раз).

Массаж икроножной мышцы проводят при помощи поглаживания, выжимания и разминаний: ординарного, двойного кольцевого продольного, кругообразного, выполняемого фалангами четырех согнутых пальцев и пальцами, сложенными в виде клюва. Подколенную ямку и прилегающую к ней область массируют с помощью вибрационных приемов.

Проработку группы мышц, расположенных на передней поверхности голени, проводят по следующей схеме: 3–4 поглаживания, 3–4 выжимания, по 5–6 кругообразных разминаний, выполняемых подушечками и фалангами четырех пальцев, а также пальцами, сложенными в виде клюва, и основанием ладони.

Массаж голеностопного сустава начинают с концентрического поглаживания, затем проводят растирание (прямолинейное щипцеобразное; кругообразное, выполняемое попеременно подушечками четырех пальцев то одной руки, то другой; кругообразное клювовидное;

прямолинейное, выполняемое возвышением и подушечкой большого пальца по направлению вниз).

Завершают массаж нижней конечности проработкой тыльной поверхности стопы с помощью таких приемов, как прямолинейное и кругообразное разминания подушечками четырех пальцев или подушечкой большого пальца. Направление движений при массаже – от основания пальцев к голеностопному суставу.

Для достижения большего эффекта массаж при пояснично-крестцовом остеохондрозе можно сочетать с предварительными тепловыми процедурами (обертываниями с озокеритом или парафином, сероводородными или радоновыми ваннами, баней, сухим теплом). Это позволит максимально расширить сосуды, активизировать приток крови и питательных веществ к тканям и тем самым улучшить обменные процессы в организме.

Тепловые процедуры можно проводить ежедневно или с промежутком в один день. Продолжительность курса составляет 12–14 процедур, при этом длительность каждой процедуры не должна превышать 25 минут.

Радиккулиты

Одним из крайних проявлений остеохондроза являются радикулитные заболевания (радикулопатии). Они развиваются в результате травм или дегенеративно-дистрофических процессов, затрагивающих межпозвоночные диски, вследствие чего последние утрачивают свои амортизирующие функции и сопровождаются болевыми ощущениями. Происходящие нейродистрофические процессы в мышцах, связках и сухожилиях также становятся причинами развития болевого синдрома в пораженной зоне позвоночника.

В зависимости от локализации болезни различают радикулиты шейные, грудные и пояснично-крестцовые. Причинами возникновения шейного радикулита являются ущемление в результате травмирования шейных позвонков корешков спинно-мозговых нервов и воспаление мышечно-связочного аппарата, расположенного рядом с этим нервом и оказывающего давление на его корешки.

Клинические проявления – боли в области шеи, чрезмерное напряжение шейных мышц, вынужденное положение головы и выпрямление шейного лордоза (это так называемая острая кривошея, развитие которой нередко связывают с сидением на сквозняке). При развитии межпозвоночной грыжи и защемлении нервных корешков боль может отдавать в руку, лопатку или грудину.

Как правило, болевые ощущения усиливаются при кашле, чиханье, движениях головой, отмечается снижение глубоких рефлексов, изредка происходит выпадение чувствительности и парезы. Иногда для уменьшения боли страдающий радикулопатией шейного отдела заводит пораженную верхнюю конечность за голову.

Грудной радикулит возникает реже, чем шейный и пояснично-крестцовый. Клиническая картина радикулопатии грудного отдела размыта, симптомы во многом сходны с клиническими проявлениями других заболеваний, в частности сердечных. Точный диагноз устанавливается лишь в ходе тщательного обследования больного.

Следует отметить, что острые боли в грудном отделе позвоночника начинаются внезапно при кашле, чиханье, потягивании с отведением рук за голову; затем они распространяются вдоль межреберных нервов, иррадиируют в молочную железу, переднюю часть грудной клетки. В некоторых случаях при остром развитии грудного радикулита наблюдаются спазмы мышц живота, возникают трудности с дыханием.

Пояснично-крестцовый радикулит развивается как следствие остеохондроза

соответствующего отдела позвоночника, иногда возникновение данного заболевания обуславливается врожденными пороками развития позвоночного столба, воспалительными процессами в нем, опухолями в отделах периферической нервной системы или заболеваниями внутренних органов. Пояснично-крестцовый радикулит сопровождается болезненными ощущениями в области поясницы и крестца. Нередко отмечаются иррадиирующие боли в ягодицах, бедре, голени, обусловленные сдавливанием нервных корешков L-S (люмбоишиатический синдром) и седалищного нерва (ишиас). При поражении корешков L развивается неврит бедренного нерва, боль отдает в переднюю поверхность бедра и распространяется до коленного сустава, в редких случаях отмечается ослабление четырехглавой мышцы бедра и выпадение коленного рефлекса. Чрезмерное напряжение поясничных мышц, сопровождаемое сглаживанием поясничного лордоза, нередко приводит к развитию вертебрального синдрома. Нередко радикулопатия данного вида дает осложнения: паралич голени и стоп, нарушение функций тазовых органов и др.

Пояснично-крестцовый радикулит имеет 2 фазы: острую, при которой внезапная резкая боль (прострел, люмбаго) локализуется на небольшом участке и повторяется через неравные временные промежутки; и хроническую, при которой болевые ощущения присутствуют постоянно и затрагивают значительную область позвоночника (шейный и грудной отделы, области спины, таза, бедра, голени). При хроническом радикулите усиление боли происходит сразу на всем пораженном участке, но иногда болезнь утихает (вступает в стадию ремиссии).
/-- Массаж при радикулитах --/

Как правило, страдающим радикулитом в обязательном порядке назначают иммобилизацию позвоночника. Неподвижность, зафиксированность его в одном положении обеспечивает жесткий матрац на постели. Используют также анальгетики, позволяющие снизить болевой синдром, и материалы, обеспечивающие тепло в пораженной зоне (шерстяная накидка, пуховый платок, теплый шарф). Это основная триада лечебных приемов, применяемых во многих случаях, чтобы купировать болезнь.

Помимо этого, необходимы также массаж, растирания, лечебная физкультура и физиотерапевтические процедуры. Массаж при этом применяют для воздействия на паравертебральные зоны спинно-мозговых сегментов, он способствует уменьшению болей, приводит к более интенсивному крово- и лимфообращению на пораженных участках, помогает увеличить подвижность конечностей, восстанавливает тонус мышц, снижает их гипотрофию.

Массаж шеи. При шейном радикулите боли наблюдаются в затылочной и шейной областях, а также между лопатками. Они усиливаются при поворотах и движениях шеи, при этом шейные мышцы остаются сильно напряженными. Шея находится в фиксированном положении, а ее подвижность ограничена. Может иметь место головокружение, мушки перед глазами, что указывает на нарушение кровоснабжения головного мозга. Околопозвоночные точки и остистые отростки весьма болезненны, наблюдается и поражение затылочных нервов. Массаж шейного отдела помогает устранить эти симптомы.

Когда болезнь находится в острой стадии, массаж применять не следует, но как только эта стадия минует, массажирование больного участка поможет излечению.



Рис. 54. Массаж шейного отдела позвоночника

Массаж шеи рекомендуется проводить с обеих сторон, определив наиболее болезненную зону (рис. 54), в течение 20–25 минут, если не наблюдается никаких болезненных ощущений. В том случае, когда пациент чувствует острую боль на пораженных участках, массаж следует немедленно прекратить. Следующий сеанс может состояться через 1–2 дня. При отсутствии болевых ощущений массаж следует проводить 1–2 раза в день, постепенно увеличивая время до 30–35 минут.

При шейном радикулите оптимальными являются следующие приемы: поглаживание, разминание и растирание.



Рис. 55. Техника выполнения обхватывающего поглаживания при шейном радикулите

Поглаживание – это наиболее распространенный прием щадящего массажа. При заболевании шейным радикулитом наиболее эффективным является обхватывающее поглаживание, когда кисть и пальцы принимают форму желоба (рис. 55). При этом большой палец максимально отводят в сторону и противопоставляют остальным, пребывающим в сомкнутом положении. При выполнении приема кисть должна плотно прилегать к массируемому участку и максимально обхватывать его. Кисть можно продвигать по телу непрерывно или прерывисто, положительный эффект дает и смешанное движение. Например, в течение 3–5 минут двигаться непрерывно, затем 4 минуты прерывисто, далее снова 3–5 минут непрерывно.

Непрерывное поглаживание представляет собой равномерное скольжение по определенному участку (рис. 56). Прием проводят в медленном темпе, чтобы больной чувствовал воздействие с постоянной силой на данный участок. Применив данное поглаживание в течение 2–3 минут, можно перейти к непрерывному поглаживанию с отягощением. Также можно использовать попеременное поглаживание: в этом случае как только одна рука завершает прием, ей на смену приходит другая, выполняющая те же самые действия. При этом возникает ощущение непрерывного потока. Движения можно проводить как в одном направлении, так и чередовать между собой прямое и обратное, но всегда в сторону ближайшего лимфатического узла.



Рис. 56. Непрерывное обхватывающее поглаживание при шейном радикулите

Обхватывающее поглаживание может быть поверхностным или глубоким. При поверхностном приеме массажист выполняет поглаживание легко, без усилий, касаясь тела пациента подушечками пальцев. При глубоком поглаживании прием выполняют кистью, на ткани оказывают давление. Повысить эффективность приема можно за счет поглаживания, выполняемого нижней частью кисти в том месте, где она переходит в запястье (рис. 57).



Рис. 57. Глубокое обхватывающее поглаживание при шейном радикулите

Поверхностное поглаживание важно применять для успокаивающего воздействия на нервную систему. Это снижает возбудимость данного участка и способствует мышечному расслаблению. Глубокое поглаживание влияет на улучшение кровообращения на массируемом участке, стимулирует также лимфоток, увеличивает в тканях скорость вывода продуктов обмена веществ, способствует устранению застоев и отеков. Глубокое поглаживание можно выполнять тыльной стороной ладони, а также ее боковой поверхностью.

Хорошо зарекомендовал себя при лечении шейного радикулита такой вспомогательный прием, как щипцеобразное поглаживание. При этом пальцы складывают наподобие щипцов, захватывают участок кожи в затылочной области большим и указательным пальцами и проводят поглаживание в прямом и обратном направлениях. Такой прием хорошо выполнять с отягощением.

Промассировав подобным образом участок, можно перейти к другому вспомогательному приему – глажению. Его проводят одной или двумя руками. Пальцы нужно согнуть, а глажение производить тыльной поверхностью согнутых пальцев. Данный прием помогает хорошо расслабить напряженные мышцы шеи. Завершающим штрихом поглаживания может служить поглаживание подушечками пальцев, проводимое в прямом и обратном направлениях.

Разминание – основной прием, которому при заболевании шейным радикулитом в сеансе отводится 70–80 % времени. Он улучшает кровоснабжение не только зоны больного участка, но и близлежащих участков. Разминание не просто активизирует окислительно-восстановительные процессы, но является как бы пассивной гимнастикой для мышц и сосудов. Данный прием приводит к возбуждению рецепторов мышечной ткани, сухожилий, связок, благодаря чему изменяется состояние нервной системы и периферийно-мышечного аппарата. Разминание

снимает напряжение мышц, движения шеи становятся менее болезненными. После проведения всех сеансов боль в шейном отделе исчезает.

Этот прием имеет много разновидностей, но при заболевании шейным радикулитом лучше всего применять ординарное, двойное кольцевое и продольное разминания, а также разминание основанием ладони и круговое разминание фалангами пальцев. Выполнив последовательно каждый из этих приемов, закончить можно кругообразным клювовидным разминанием. Такой порядок проведения массажных приемов хорошо зарекомендовал себя, так как каждый последующий прием усиливает действие предыдущего.

Продольное разминание можно проводить как одной, так и двумя руками, но при заболевании шейным радикулитом лучше остановиться на втором варианте. Выполнять данный прием нужно непрерывно, ритмично, лучше всего в темпе 40–50 разминаний в минуту. Затем небольшой перерыв в течение 45–60 секунд и снова разминание. Прием выполняют до тех пор, пока не разомнется вся мышца.

Прерывистое разминание, к которому также можно прибегнуть, выполняют широкими штрихами, рука массажиста движется избирательно. При этом разминают отдельные участки мышцы. При массаже шеи данный прием используют редко.

Кругообразное разминание фалангами пальцев имеет две разновидности.

В одном случае массирование проводят большим пальцем, а в другом – четырьмя пальцами. При заболевании шейным радикулитом можно использовать оба приема. Массажист накладывает кисть продольно таким образом, чтобы большой палец проходил вдоль мышечных волокон, а остальные четыре пальца были отведены в сторону по диагонали к нему. Большой палец при этом напряжен, а четыре остальных – расслаблены. Подушечкой большого пальца производят кругообразные движения в сторону указательного пальца. Сначала давление большого пальца на массируемую зону должно быть максимальным, а затем постепенно ослабевать. Произведя несколько кругообразных разминаний на одном участке, следует сдвинуться на 2–2,5 см выше и продолжить массаж. Массирование можно производить одной или двумя симметрично расположенными на участке руками. Воздействие двумя руками может быть одновременным, попеременным (рис. 58), в шахматном порядке, при этом зона охвата остается максимальной.



Рис. 58. Попеременное кругообразное

разминание при шейном радикулите

Промассировав шею фалангами пальцев, можно перейти к разминанию основанием ладони. Выполнять данный прием с отягощением при массировании области шеи не рекомендуется.

Лучше всего заканчивать разминание шейного отдела кругообразным клювовидным разминанием. Это довольно сильный и эффективный прием. Лучше всего выполнять его одной рукой, двигаясь по зоне участка с интервалом 3 см, затем перейти на другой участок и двигаться таким же образом. После завершения приема можно провести подушечками пальцев по массируемому участку сверху вниз 2–3 раза.

При шейном радикулите используют все варианты проминания: продольное, поперечное,

перекрестное, зигзагообразное, Т-образное, сходящееся, расходящееся, сжимающее. Все эти виды проминания можно применять в течение 3–5 минут, избрав нужный темп. Данный прием не следует выполнять слишком быстро, но и длительное воздействие на участок тоже нежелательно. Оптимальным является темп 10–15 проминаний в минуту на одном участке.

Проминание проводят фалангами согнутых четырех пальцев, большой палец при этом выполняет вспомогательную роль. Но в некоторых случаях для проминания можно использовать фаланги только указательного и среднего пальцев.

Продольное проминание выполняют по ходу мышечных волокон. Данный прием можно проделать как одной, так и двумя руками. В том случае, когда проминание выполняют обеими руками поочередно на одном участке, происходит двойное воздействие на рецепторы кожи. Если же проминание выполняют двумя руками, которые движутся по коже параллельных участков, наблюдается ординарный эффект приема.

При проминании согнутые фаланги пальцев поочередно воздействуют на кожу и мышцы: сначала указательный палец, затем средний, за ним безымянный и, наконец, мизинец. Происходит своеобразный пережат от указательного пальца до мизинца. Такое проминание удобно, если рука движется снизу вверх, но если движение происходит сверху вниз, то прием лучше выполнять в обратном порядке, то есть осуществлять пережат от мизинца до указательного пальца. Большой палец при этом или прижат к указательному, или отставлен в сторону.

Поперечное проминание используют для массажа бокового основания шеи. Именно на этом участке часто ощущаются сильные боли (постоянные или в виде прострелов). При выполнении данного приема большой палец играет роль упора.

Перекрестное проминание проводят в затылочной, плечевой и лопаточной областях. При выполнении данного приема одна рука, например левая, является ведущей, а правая – вспомогательной. Перекрестное проминание можно производить снизу вверх или сверху вниз, а также двигаясь по диагонали. Левая рука начинает прием на участке, движение идет от мизинца к указательному пальцу, в том месте, где движение было закончено, вступает правая рука, которая располагается перпендикулярно к левой. Средний палец правой руки должен соприкоснуться с указательным пальцем левой. Проминание выполняют от указательного пальца до мизинца по диагонали вверх. Затем прием повторяют на другом участке.

Зигзагообразное проминание напоминает проминание перекрестное. Как и в предыдущем приеме, левая рука является ведущей, а правая – вспомогательной, движение также идет по диагонали сверху вниз, начиная с мизинца и заканчивая указательным пальцем. Но движение правой рукой начинается с той самой точки, где закончила движение левая рука. Подобным образом проминание выполняют по всему участку.

Сходящееся и расходящееся проминания по технике выполнения одинаковы. Но при сходящемся проминании движение начинается с мизинца, идет до указательного пальца и заканчивается соприкосновением указательных пальцев друг с другом. Затем движение повторяется уже на другом участке. При расходящемся проминании указательные пальцы как бы отталкиваются друг от друга, прием выполняют от указательного пальца до мизинца, при этом руки действуют синхронно.

Сжимающее проминание можно выполнять как одной, так и двумя руками. Пальцы согнуты, но не сжаты плотно, а разведены в стороны, при сжатии они производят массирующее действие на пораженный участок. Сжимающее массирование можно производить по любой траектории, но лучше всего действовать на небольших зонах. Если выполнять данный прием сначала одной, затем другой рукой, получится двойное сжимающее проминание.

Растирание применяют почти при всех видах массажа, так как оно дает положительный эффект – устраняет застойные явления в тканях, увеличивает подвижность мышц, улучшает

кровооток. При шейном радикулите используют, как правило, растирание пальцами и в редких случаях растирание опорной частью кисти. Последний вид применяют при массаже нижнего отдела шеи.

Хороший эффект в лечении шейного радикулита достигается таким приемом, как расходящееся и сходящееся растирание. Кончики больших пальцев соприкасаются и служат своеобразной опорой, а пальцы движутся навстречу друг другу. Также можно выполнять движения в сторону мизинца, используя большой палец в виде опоры.

При заболевании шейным радикулитом можно использовать такой вспомогательный прием, как перекрестное растирание. Выполняют его основанием кисти, причем большой палец в исходном положении расположен под углом 30° к остальным четырем пальцам, но во время движения стремится к ним. Движения рук поочередные, при этом отмечается двойное воздействие на массируемый участок. Руки также могут одновременно двигаться в прямом (снизу вверх) и обратном (сверху вниз) направлениях.

Массаж грудной области. При выявлении грудного радикулита применяют те же самые меры, что и при лечении шейного радикулита. Во-первых, ношение теплых вещей, которые предохраняют тело от переохлаждения (под теплый свитер или кофту можно повязать шерстяной платок). Во-вторых, прием анальгетиков, уменьшающих боль. В-третьих, жесткий матрас на постели, позволяющий телу оставаться в удобном фиксированном положении во время сна. Необходим также лечебный массаж и оздоровительные процедуры.

Щадящий массаж не входит в число основных приемов массажа, его используют лишь в некоторых случаях, при определенных заболеваниях. Грудной радикулит относится именно к таким заболеваниям.

Грудные мышцы массируют достаточно осторожно, чтобы избежать боли в области сердца. Щадящий массаж напоминает прием разглаживания, так как его выполняют подушечками пальцев, но без лишнего давления. Пальцы рук движутся по массируемому участку снизу вверх к лимфатическим узлам, находящимся в подмышечных впадинах. Затем движение вверх сменяется движением по диагонали, в этом же направлении выполняют легкое надавливание подушечками больших пальцев. Надавливание производят для того, чтобы наиболее верно определить зону распространения боли, только после этого следует переходить к основным приемам. Необходимо помнить, что массаж грудной области недопустим, если форма заболевания острая, сопровождающаяся резкой режущей болью.

Одним из массажных приемов, облегчающих боль при грудном радикулите, является растирание. Наиболее часто применяют растирание подушечками и фалангами пальцев. К растиранию опорной частью кисти прибегают редко, так как этот прием более подходит для лечения пояснично-крестцового радикулита. Близость области сердца предполагает деликатный массаж данного участка.

Растирание можно выполнять подушечками либо больших пальцев, либо указательного и среднего, либо четырех, соединенных вместе пальцев. На растирание подушечками двух пальцев отводят большее количество времени, при этом массируют узкую область, но на нее оказывают хорошее воздействие. Пальцы чаще всего держат сомкнутыми, реже раздвинутыми (наподобие вилки), растирание выполняют как одной, так и двумя руками, в последнем случае одновременно или попеременно.

Растирание подушечками пальцев можно выполнять продольно, то есть по ходу мышечных волокон. Движение чаще всего начинается снизу вверх и идет от середины грудины до подмышечной впадины (по направлению к лимфатическому узлу). Если движения производят двумя руками, то они должны все дальше и дальше расходиться по диагонали, пока не дойдут до искомой точки возле подмышечной впадины. Прием следует выполнять в медленном темпе,

чтобы не вызвать болевых ощущений. При появлении последних массаж данного участка тела следует прекратить и перейти на другую зону или же отложить сеанс на некоторое время.

Растирание подушечками пальцев можно проводить не только по диагонали, но и параллельно, снизу вверх. Сверху вниз прием выполняют двумя способами: с помощью опоры (большого пальца) или без нее (большой палец тесно прижат к указательному).

Помимо продольного растирания, при грудном радикулите можно использовать зигзагообразный вариант данного приема. В этом случае массаж выполняют одной рукой. Плавные зигзагообразные движения позволяют массировать достаточно большой участок груди.

Перекрестное растирание проводят двумя руками по принципу скрещивающихся полос. Как только правая рука завершает прием, начинает работу левая, при этом направление движений рук меняют.

Очень часто используют расходящееся и сходящееся растирание. Прием выполняют обеими руками, при сходящемся растирании движения совершают сверху вниз или снизу вверх, а указательные пальцы сталкиваются в одной точке. При расходящемся растирании движения идут из одной точки в заданном направлении: снизу вверх или сверху вниз.

Растирание подушечками четырех пальцев выполняют аналогично, но в этом случае давление на массируемый участок производят не двумя, а четырьмя пальцами. Большой палец при этом часто играет роль опоры, но его можно также прижать к указательному пальцу. Весьма целесообразно чередовать массаж двумя и четырьмя пальцами.

Также можно производить растирание подушечками больших пальцев. Четыре остальных пальца согнуты и выполняют роль опоры. При массаже подушечками больших пальцев можно совершать прямолинейное массирование в двух направлениях, а также зигзагообразное, крестообразное, S-образное и кругообразное движения. Для массажа выбирают большой или маленький участок. S-образное растирание лучше всего проводить без опоры на четыре пальца, а кругообразные движения будут сегментарными. Лучше всего при этом сделать опорой полусогнутый указательный палец.

Отдельно выделяют среди приемов растирания массаж подушечками средних пальцев. При подобном массаже опоры чаще всего нет, а кисти рук держат на весу. При этом выполняют все виды растираний, описанные ранее. Массаж фалангами пальцев выполняют только после того, как уже сделано растирание подушечками пальцев.

Наиболее эффективным лечебным средством при грудном радикулите признается кругообразное растирание. Обычно его начинают малыми кругами, постепенно увеличивая диаметр окружности массируемой области, чем больше область растирания, тем медленнее темп работы. На некоторых участках можно делать остановки и применять дополнительно к растиранию неглубокие надавливания.

После выполнения всех приемов растирания можно переходить к следующему очень важному массажному приему – разминанию. На него отводят около 70 % времени, затрачиваемого на весь сеанс. Разминание выполняют несколькими способами.

Поскольку при грудном радикулите наблюдаются сильные простреливающие или постоянные боли в области груди, разминание следует выполнять на небольших участках пораженной зоны, проявляя особое внимание к участкам, пограничным с болевыми, и непосредственно к зонам боли. Там, где она не чувствуется, приемы можно выполнять в более быстром темпе и более энергично, но на болезненных участках темп лучше сбавить, а массажные приемы выполнять аккуратно.

Разминание – более жесткий прием по сравнению с предыдущими, во время его выполнения мышцы подвергаются более сильному воздействию. Если болевые ощущения дают о себе знать во время сеанса, его следует немедленно прекратить. Если же боль быстро утихла, разминание можно заменить поглаживанием и через некоторое время закончить процедуру.

Начинать разминание лучше всего продольной и поперечной техниками. Продольное разминание выполняют по ходу продольных мышц. Массажист стоит так, чтобы его плечи располагались параллельно плечам массируемого. При взаимно перпендикулярном положении плеч используют поперечное разминание.

Продольное разминание выполняют на участке D4 – D1. Кисть массажиста движется из отправной точки вдоль продольных мышц в сторону лимфатических узлов. Разминание проводят большим пальцем, четырьмя пальцами или основанием кисти руки. Весьма важным моментом является то, что при захвате мышцы не должно оставаться никаких зазоров, а кисть руки должна прилегать к массируемому участку достаточно плотно. Именно в этом случае достигается хороший эффект: кровь начинает активнее циркулировать, мышца расслабляется и становится более эластичной. При продолжительном воздействии на данный участок улучшается состояние нервно-мышечного аппарата.

Продольное разминание проводят преимущественно большими пальцами рук, отведенными в стороны и противопоставленными четырем остальным, пребывающим в полусогнутом положении. Большой палец захватывает мышцу на отдельном участке и стремится к четырем остальным, при этом мышца сдавливается с обеих сторон. Кисти рук массажиста находятся близко друг к другу, при этом пальцы правой руки располагаются чуть выше, чем левой. Большие пальцы проводят разминание, мышцу подвергают воздействию в течение 20–30 секунд, затем происходит смена положения, кисть продвигают вперед на 2–3 см.

В процессе продольного разминания отмечается сдвигание кожи в направлении от себя. При выполнении данного приема большой палец левой руки может касаться большого пальца правой руки. Это обусловлено малым участком, на котором производится массаж.

При продольном разминании четырьмя пальцами движение происходит к себе, поэтому чаще всего его выполняют сверху вниз. Продольное разминание основанием кисти не должно быть затяжным, так как оказывается сильное воздействие на массируемый участок.

При поперечном разминании пальцы рук накладывают на участок в виде треугольника. Указательные пальцы правой и левой руки соприкасаются, это вершина треугольника; большие пальцы располагаются один под другим, и в этом случае зона воздействия оказывается небольшой. Если же большие пальцы соприкасаются кончиками, основание треугольника становится более широким и соответственно увеличивается зона воздействия. Поперечное разминание проводят как в прямом, так и в обратном направлении.

Наиболее подходящими для массажа груди разминаниями являются кольцевые (двойное кольцевое, двойное кольцевое комбинированное), круговые (кругообразное клювовидное, кругообразное фалангами четырех пальцев, кругообразное фалангами большого пальца и кругообразное основанием кисти), а также разминания основанием ладони с перекатом.

Двойное кольцевое разминание выполняют захватом мышцы на определенном участке тела. Кисти массажиста располагаются поперек массируемой зоны, на расстоянии 5–6 см друг от друга. Мышцу захватывают выпрямленными пальцами, приподнимают и плотно обхватывают. Правой рукой смещают захваченный участок к себе, а левой, напротив, от себя. Движение происходит снизу вверх с интервалом 2–2,5 см. Двойное кольцевое разминание следует проводить плавно, без сильных надавливаний и резких движений, иначе могут возникнуть болевые ощущения.

После двойного кольцевого разминания можно перейти к двойному кольцевому комбинированному разминанию. Данный прием заключается в том, что одной рукой (к примеру, правой) захватывают мышцу и проводят разминание пальцами, а левой рукой выполняют массаж ладонью. Кисти рук массажиста должны располагаться достаточно близко и таким образом, чтобы указательный палец левой руки касался среднего пальца правой руки. В этом случае левая рука будет иметь дополнительную опору, а правая рука при массировании

будет оказывать двойное давление на участок.

При клювовидном разминании очень важно правильно сложить пальцы в виде клюва: большой палец прижимают к мизинцу и указательному пальцу, а средний и безымянный накладывают на них сверху. Сложенным «клювом» проходятся по массируемому участку, делая развороты в сторону мизинца или указательного пальца. Движения в сторону мизинца будут достаточно легкими, а в сторону указательного – более жесткими, сопровождаемыми некоторым напряжением кисти, при этом на массируемый участок будет оказываться более сильное давление. Можно чередовать эти движения, чтобы выполнять прием с разной интенсивностью.

При кругообразном разминании подушечками пальцев всегда имеется опора. При массаже подушечками четырех пальцев роль опоры выполняет большой палец. Он является своеобразным центром, вокруг которого происходит круговое движение. Перемещаться по участку можно одной рукой или параллельно двумя руками, но движения рук могут быть попеременными. Большой палец устанавливают в определенной точке и правой рукой совершают массирующие круговые движения. Затем ее смещают, а в эту же самую точку устанавливают большой палец левой руки и совершают такие же круговые движения только подушечками четырех пальцев левой руки. Затем движения повторяют в следующей точке.

При круговом разминании подушечкой большого пальца роль опоры отводят четырем пальцам. Движения лучше проводить сверху вниз, двигаясь от участка D1 к участку D4 или D6. Большим пальцем можно описывать при этом четверть круга, но также можно захватить и половину окружности. Чтобы усилить воздействие на участок, массаж можно проводить не только подушечками, но и тыльной стороной больших пальцев.

При разминании основанием кисти нужно установить ладонь на массируемом участке и проводить кругообразные движения в сторону мизинца. Двигаться по участку следует с небольшим интервалом, не превышающим 1,5 см. Если двигать двумя руками параллельно, то получится одинарное разминание, если же движение совершать поочередно правой и левой рукой на данном участке, то разминание окажется двойным.

Разминание основанием ладони с перекатом можно выполнять двумя способами. В первом случае ладонь располагают на участке, основание кисти тесно прижато к коже, а пальцы чуть приподняты. Перекат начинают от большого пальца в сторону мизинца и обратно. Движения выполняют с небольшими интервалами по направлению снизу вверх.

Второй способ предусматривает прижатие основания кисти к коже массируемого участка, при этом пальцы должны быть немного приподняты. Перекат совершают от основания кисти в сторону кончиков пальцев и обратно. При продвижении вверх основание кисти не должно отрываться от кожи массируемой зоны. Производимые движения должны быть мягкими, словно переливающимися друг в друга; резкие движения недопустимы, так как это может вызвать болевые ощущения.

Кроме основных видов, разминание имеет еще массу разновидностей. Для массажа грудных мышц хорошо подходит накатывание, сдвигание, надавливание, подергивание, щипцеобразное разминание и проминание, которое также включает в себя несколько подвидов.

Прежде чем приступить непосредственно к приему накатывание, необходимо максимально расслабить мышцы груди. Для достижения такого эффекта выполняют круговое поглаживание области грудины. Затем начинают непосредственно массаж участка. Левую руку устанавливают ребром и фиксируют в одной точке, а согнутые пальцы правой руки упирают в ладонь левой руки. Большим пальцем захватывают мышцу и накатывают ее на зафиксированную кисть. При этом тыльной стороной большого пальца массируемую мышцу поворачивают в сторону мизинца. Затем производят смещение кисти левой руки и повторяют прием. При владении данной техникой прием оказывается очень эффективным, на правильность

его выполнения указывает полное отсутствие болевых ощущений.

При сдвигании массируемую поверхность захватывают большими пальцами в складку и сдвигают в сторону. В этом случае массажирование происходит без опоры и фиксации, но можно и зафиксировать кисть руки на участке, затем распрямить ладонь и прижать ее к поверхности. Точно так же следует поступить и с другой рукой. Пальцы рук должны быть устремлены друг к другу. Быстрыми ритмичными движениями поверхность участка сдвигают между пальцами рук. Направление может быть любым, как продольным, так и поперечным. Большой эффект дает смена продольного и поперечного направлений. На одном участке их можно поменять 5–6 раз, а затем переходить на другой участок.

Надавливание – весьма простой, но эффективный прием, который можно выполнять с помощью подушечек пальцев, фаланг пальцев, ладоней и основания кисти. При надавливании подушечками пальцев большой палец находится в максимально удаленном положении от остальных пальцев. Если надавливание проводят подушечкой большого пальца, то четыре остальных будут играть роль опоры. Надавливание подушечками четырех пальцев осуществляют с опорой на большой палец. Надавливания нужно производить в быстром темпе, но не оказывать слишком сильного воздействия в области сердца. На других участках грудной области надавливания могут быть более глубокими. Это касается и массажа ладонью. Кисти рук могут двигаться параллельно или поочередно друг за другом. При надавливании основанием кисти происходит самое глубокое разминание, но оно исключает область сердца, хотя на всех остальных участках грудной области применимо. Разминание следует совершать с интервалом 3–4 см и в темпе 40–50 раз в минуту.

После надавливания можно применить такой прием, как подергивание. Его следует выполнять в быстром темпе, они должны быть легкими, напоминать пощипывание, а не защипление, которое, как правило, на грудных мышцах не применяют. Подергивание выполняют двумя руками, движущимися параллельно по массируемому участку.

Щипцеобразное разминание несколько напоминает подергивание, но прием выполняют двумя руками. Большие и указательные пальцы при этом располагают на массируемом участке рядом, ими производят захват и приподнимание мышцы. Если использовать кисти рук, то движения будут производиться ребром ладони, смещения будут идти от одной кисти к другой.

Проминания также применяют при лечении грудного радикулита, но использовать данные приемы нужно с большой осторожностью. Проминание может быть кругообразным, зигзагообразным, сходящимся и расходящимся.

Кругообразное проминание выполняют фалангами согнутых пальцев, движения направляют в сторону мизинца. Ординарное и двойное проминание допустимы на любом участке груди, за исключением области сердца. Зигзагообразное, сходящееся и расходящееся проминания применяют на всей области грудной клетки. Техника выполнения названных приемов аналогична той, что используют при шейном радикулите: фалангами согнутых пальцев совершают своеобразный перекал от мизинца к указательному пальцу и в обратном направлении. Проминанием можно завершить серию разминающих приемов.

Поглаживание – это оптимальный прием, которым следует завершать любой сеанс массажа, проводимого при заболевании грудным радикулитом. Грудные мышцы необходимо успокоить, расслабить после растирания и разминания. Поглаживание снимет и болевые ощущения, если они появились после проведения некоторых приемов. Лучше всего использовать несколько видов поглаживания, чередуя их между собой. Начать можно с прямолинейного, затем перейти к зигзагообразному, щипцеобразному, граблеобразному, крестообразному, затем обратиться к накатыванию и сдвиганию и завершить серию приемов глажением.

Глажение производят фалангами согнутых пальцев одной или двух рук, движения могут иметь любое направление. Нередко данный прием выполняют с отягощением, но при заболевании

грудным радикулитом отягощение нежелательно.

Закончить серию поглаживаний можно также разглаживанием грудной области ладонями, движущимися прямолинейно снизу вверх, сверху вниз и по диагонали.

Иногда при грудном радикулите боли отдаются под лопатки или в позвоночник. В этом случае проводят массаж верхней части спины на участке D1– D8, с выделением наиболее болезненных зон. Используют такие приемы, как разминание и поглаживание, в некоторых случаях можно выполнять их с отягощением.

Лечебный массаж снимает боль, улучшает кровоток в грудных мышцах, помогает нормальной работе сердца, увеличивает крово- и лимфообращение, снимает напряжение грудных мышц. А общеоздоровительный массаж помогает избавиться и от остаточных болей в области грудной клетки и спины (рис. 59).



Рис. 59. Общеоздоровительный массаж при грудном радикулите

Массаж пояснично-крестцового отдела. Наиболее часто радикулит поражает пояснично-крестцовую область. В спине внезапно возникает боль, становится трудно совершить какое-либо движение или поворот, чтобы острая боль не повторилась снова. Из-за чрезмерного напряжения мышц больного «скручивает», и в этом случае лечебная триада, о которой уже упоминалось, и лечебный массаж могут вернуть мышцам подвижность и помочь избавиться от болевых ощущений.

Чаще всего боль в спине возникает из-за грыжи межпозвоночного диска. Это может быть постоянная колющая или ноющая боль в спине, которая усиливается при любом движении, или же прострел, сопровождающийся резкой режущей болью на каком-то определенном участке. Как правило, боль возникает в пояснично-крестцовой области или в ягодице и спускается вниз по задней поверхности бедра. В зависимости от того, какой участок тела оказывается наиболее болезненным, назначают лечебный массаж. Это может быть массажирование среднего участка спины, поясницы, крестца, если боли возникают на участке позвоночника L1 – L5, или тазовой области, если боли распространяются на участке S1 – S3 и отдаются в ногу.

Массаж спины позволяет не только избавиться от болезненных ощущений, но и активизирует крово- и лимфообращение в поясничной и тазовой областях, а также в нижних конечностях.

Не стоит забывать, что массируемый участок при пояснично-крестцовом радикулите оказывается очень большим. Массаж этой зоны обычно начинают от лопаток и заканчивают верхней частью ягодиц.

Первым в серии используемых приемов, как и при массаже области шеи и груди, является поглаживание. Оно помогает расслабиться и подготовиться к другим, более интенсивным приемам. При пояснично-крестцовом радикулите применяют разные виды поглаживания. Наиболее эффективными являются прямое, зигзагообразное, комбинированное, попеременное, кругообразное, граблеобразное, гребнеобразное и глажение.

Прежде чем приступить к массажированию, необходимо прогладить мышцы спины и определить наиболее болезненные участки, на которых будут использоваться менее интенсивные движения.

Поглаживания можно выполнять по направлению сверху вниз или снизу вверх. При выполнении данного приема подушечками четырех пальцев их не соединяют, а слегка разводят

в стороны. Большой палец в поглаживании не участвует, его отставляют в сторону или прижимают к указательному пальцу. Поглаживание большим пальцем проводят на каком-либо небольшом участке, для этого лучше всего подходит зона, где особенно сильно чувствуется боль, при этом четыре пальца противостоят большому и играют роль опоры.

Наиболее часто при массаже спины используются ладонь и пальцы. Если проводить прямое поглаживание ладонями, то пальцы должны быть соединены вместе и чуть приподняты. При поглаживании основанием кисти производят не поверхностное, а более глубокое массирование участка. При прямом продольном поглаживании руки или рука могут двигаться в трех направлениях:

- 1) сверху вниз от промежутка между лопатками до копчика и в обратном направлении до исходной точки;
- 2) по диагонали от копчика до подмышечных впадин;
- 3) параллельно от середины лопаток до середины ягодиц.

Но основным массируемым участком спины при продольном поглаживании является все-таки средний, отделы позвоночника D11 – L4.

Поперечное поглаживание используют на небольших участках. Выполняют его ладонью и пальцами (комбинированное поглаживание), а также подушечками или фалангами четырех пальцев, только ладонями рук или основанием кисти. Поперечное поглаживание подушечками пальцев используют достаточно редко. Рука или руки во время выполнения приема движутся по всему участку справа налево и слева направо, как в одном направлении, например, к правому боку, так и в разных, например правая рука совершает поглаживание справа налево, левая – слева направо. Достигнув нужной точки, обе руки, двигавшиеся навстречу друг другу, возвращаются в обратном направлении в исходное положение.

Зигзагообразное поглаживание выполняют также разными способами, наиболее часто подушечками четырех пальцев. Данный прием можно проводить как одной, так и двумя руками. Выполняют его в быстром темпе, кисть поворачивается и меняет направление. В медленном темпе зигзагообразное поглаживание выполняют сверху вниз, кисть выписывает зигзаги.

Для комбинированного поглаживания также подходит быстрый темп. Руки массажиста перемещаются по участку в разных направлениях, создается впечатление, что они движутся хаотично. Но данный прием массажа предполагает непрерывное прикосновение к коже. Как только рука массажиста достигает границы участка, она тут же переводится в исходное положение и движение продолжается.

При выполнении кругообразного поглаживания пальцы рук должны быть чуть расставлены. Прием выполняют подушечками четырех пальцев, при этом большой палец играет роль опоры. Массажист, выполняя данный прием, как бы собирает, захватывает кожу, создает на ней легкие волны, которые идут от мизинца в сторону большого пальца. Если проводить кругообразное поглаживание ладонью, темп массирования может быть средним, при поглаживании участка выступом большого пальца – медленным. В последнем случае будет оказываться не поверхностное, а глубокое воздействие.

Для массажа спины, помимо основных, применяют и вспомогательные приемы – такие, как граблеобразное и гребнеобразное поглаживания и глажение.

Похлопывание выполняют ладонями одной или обеих рук. В последнем случае похлопывание проводят попеременно, гораздо реже – синхронно. При проведении данного приема пальцы руки или рук слегка согнуты и образуют воздушную подушку, которая смягчает удар. Вся кисть имеет вид коробочки, дном которой является ладонь. Удар наносят фалангами всех пальцев, слегка сжатых в кулак. Иногда похлопывание проводят пальцами, в этом случае кисти сильно расслаблены, а наносимые удары совершаются за счет тяжести самих пальцев. При проведении

данного приема оказывается глубокое воздействие на мышцы спины, иногда у пациента возникают отдаленные болевые ощущения.

Рубление выполняют ребром ладони, пальцы при этом разведены, выпрямлены и расслаблены. Удар наносят ребром ладони и мизинцем, остальные пальцы в момент удара смыкают, а затем снова разводят. Если не разводить пальцы в стороны, а выполнять прием сжатыми пальцами, то удар будет сильным и болезненным.

Комбинированный ударный прием включает в себя элементы похлопывания, поколачивания, рубления. Все виды ударов выполняют в одном темпе – 10–15 раз в минуту. Комбинированный ударный прием можно выполнять, используя разные схемы. Если условно обозначить буквой А – поколачивание, В – похлопывание, С – рубление, А1 – поколачивание фалангами согнутых пальцев, А2 – поколачивание локтевым краем кулака, В1 – похлопывание ладонью, В2 – похлопывание пальцами, то комбинированные схемы могут выглядеть следующим образом:

- 1) А1-В1-С-В2-А2-С-В1-С-А2-В2-С-А1-В2;
- 2) А1-В1-С-А2-С-В2-А2-В2-С-А1-В2-А2-С;
- 3) А2-С-В2-А1-В1-С-С-А2-В1-В2-А1-С-С;
- 4) А1-С-В2-С-А2-В1-В2-С-А1-В2-А2-С-А1;
- 5) С-А1-С-В2-С-А2-С-В2-С-А1-С-В1-С-А2-С.

При лечении радикулита пояснично-крестцовой области массажист может подобрать любую из схем, которая покажется ему наиболее эффективной, или же ежедневно обращаться к новой схеме.

Прерывистую вибрацию для массажа спины используют крайне редко, из видов непрерывистой наиболее подходящим в этом случае является прием массирования сжатыми в кулак пальцами. Воздействие на участок тела производят поверхностью вторых или первых фаланг четырех соединенных пальцев, большой палец при этом чуть согнут и прижат к указательному. Происходит своеобразный быстрый перекач с пальцев к локтевому краю кисти. Данный прием проводят в быстром темпе, движения осуществляют в поперечном или продольном направлении. Серию вибраций следует заменить таким приемом, как выжимание.

Выжимание, в отличие от поглаживания, оказывает воздействие не только на кожу, но и на подкожную клетчатку, соединительную ткань и поверхностный слой мышц. При выполнении данного приема быстрее происходит кровоснабжение большого участка.

Выжимание имеет несколько видов: поперечное, выжимание ребром ладони, основанием ладони, клювовидное. При лечении пояснично-крестцового радикулита применяют все названные виды.

При поперечном выжимании кисть руки располагают поперек прохождения мышечных волокон. Пальцы слегка согнуты и соединены вместе, большой палец прижат к указательному. Движение в направлении сверху вниз и снизу вверх осуществляют большим пальцем.

Выжимание ребром ладони проводят при слегка согнутых в суставах и расслабленных четырех пальцах, большой палец накладывают сверху на указательный. Движение ведут поперек мышечных волокон сверху вниз и снизу вверх. Темп движения произвольный, массируемый хорошо ощущает продвижение ребра ладони по телу.

Выжимание основанием ладони при радикулите проводят в продольном направлении. Кисть массажиста хорошо расслаблена, большой палец плотно прижат к указательному, но его концевая фаланга отведена в сторону. Постановка пальцев считается правильной, если выступ в основании указательного пальца тесно соприкасается с местом соединения первой и второй фаланг большого пальца. Прием выполняют возвышением большого пальца и основанием ладони; остальные пальцы при этом немного приподняты и отведены к мизинцу.

Выжимание основанием ладони при массаже пояснично-крестцовой области можно выполнять с отягощением. Если прием осуществляют правой рукой, то левая будет

вспомогательной, обеспечивающей отягощение. Указательный, средний и безымянный пальцы левой руки в этом случае производят давление на лучевой край большого пальца правой руки, кисти перемещаются вдоль волокон сверху вниз или снизу вверх. Однако массажирование с отягощением можно выполнять и в поперечном направлении, в этом случае, как и в первом, правая рука будет действовать, а левая обеспечивать отягощение ладонной поверхностью, но уже на всю массируемую кисть.

Клювовидное выжимание локтевой частью кисти проводят в поперечном направлении. Кисть устанавливают поперек хода волокон и начинают массажирование спины ребром мизинца. Движение производят сверху вниз и снизу вверх. Прием можно выполнять одной рукой или двумя.

Клювовидное выжимание лицевой частью кисти выполняют мизинцем и большим пальцем, направление движения может быть как сверху вниз, так и снизу вверх.

Клювовидное выжимание лучевой частью кисти по технике своего выполнения практически ничем не отличается от предыдущих приемов, единственное различие – массажирование производят ребром большого пальца. Клювовидное выжимание тыльной частью кисти проводят в обратном направлении по технике, описанной выше.

Все названные виды клювовидных выжиманий при радикулите пояснично-крестцовой области можно использовать поочередно, отводя на каждый прием по 1–2 минуты. Однако нередко проводят комбинированное выжимание, в котором используют элементы всех четырех видов. Условно обозначив каждый из приемов (А – клювовидное локтевой частью кисти, В – клювовидное лицевой частью кисти, С – клювовидное лучевой частью кисти, D – клювовидное тыльной частью кисти), можно составить несколько схем для проведения приема:

- 1) А-В-С-D-В-С-А-D-В-D-А-С;
- 2) А-С-В-D-С-А-В-D-В-С-А-D;
- 3) В-А-D-С-А-В-С-D-А-D-С-В;
- 4) D-С-А-В-С-А-В-D-С-D-В-А;
- 5) С-D-В-А-D-С-А-В-D-А-С-В.

Данные схемы используют в различных сочетаниях в течение всего времени проведения массажных сеансов, но можно также выбрать одну, которая окажется наиболее эффективной при лечении пояснично-крестцового радикулита.

Все вышеописанные приемы помогают мышцам спины стать эластичными и подвижными, пояснично-крестцовая область перестает болеть, исчезают прострелы и режущие боли, улучшается кровоток в пораженных тканях, становится легче двигаться, можно без опасения нагибаться и поворачиваться.

Массаж тазовой области при заболевании пояснично-крестцовым радикулитом. При пояснично-крестцовом радикулите зоны распространения болей могут быть различными. В одном случае боль затрагивает среднюю часть спины, отдает в лопатки и крестец. В другом случае поражаются участки, расположенные несколько ниже: прострелы идут от нижней части спины к ягодицам, распространяются по бедру до колена и голени. При появлении таких признаков нужно проводить массаж тазовой области.

Зона массажа тазовой области – это участки позвоночника L1 – L5 и S1 – S3. Техника выполнения приемов на них имеет свою специфику. Массажирование проводят с большим нажимом, большую часть приемов выполняют с отягощением. Это необходимо для того, чтобы вернуть мышцам подвижность и эластичность, избавиться от застоя в тканях крови, лимфы, жидкости. Именно при массаже тазовой области применяют специальные приспособления, которые при проведении процедуры в области шеи и верхней и средней части спины используют крайне редко.

Для массажа тазовой области при пояснично-крестцовом радикулите используют следующие

приемы: разглаживание, растирание, разминание, ударные приемы и выжимание.

Разглаживание – это прием, во многом напоминающий поглаживание, но выполняемый с большей силой воздействия. Он предназначен для того, чтобы хорошо подготовить мышцы к последующему массажу. С помощью разглаживания также можно выявить зоны распространения болей.

Различают следующие виды разглаживания: прямое, зигзагообразное, попеременное, комбинированное, кругообразное, гребнеобразное, граблеобразное. Данные приемы редко выполняют подушечками пальцев, чаще используют фаланги пальцев или ладонь. Техника каждого из приемов имеет свою специфику.

Прямое разглаживание выполняют ладонной поверхностью в продольном направлении, рука при этом движется по коже сверху вниз. Очень важно разглаживание в зоне нижнего отдела позвоночника. В этом месте прием проводят в медленном темпе, чтобы не вызывать болевых ощущений. Для выявления границ наиболее болезненных зон фаланги пальцев во время движения можно погружать в мышцу.

Разглаживание выполняют одной или двумя руками. Во втором случае руки движутся одновременно и в одном направлении. Снизу движение начинается от середины бедра, проходит зону ягодиц и заканчивается в области нижнего отдела позвоночника. Разглаживание можно также делать с отягощением. При этом обычно правая рука выполняет прием, а ладонь левой руки, расположенная на тыльной стороне правой ладони таким образом, чтобы мизинец левой находился на указательном пальце правой руки, безымянный левой – на среднем пальце правой и т. д., обеспечивает отягощение. Можно также наложить ладонь левой руки на тыльную поверхность правой поперек, при этом большой палец левой руки будет плотно прижат к запястью правой.

Прямолинейное разглаживание бывает продольным и поперечным. При поперечном разглаживании ладони рук устремляются навстречу друг другу. Может произойти соприкосновение кончиками пальцев, но ладони могут пройти и не задев друг друга, по параллельным линиям. Данный прием нередко выполняют ребром ладони. Движение начинается от одного бока к другому и заканчивается у позвоночного столба или у другого бока. Разглаживание ребром ладони можно производить как одной, так и двумя руками. В последнем случае кисти рук движутся навстречу друг другу или же происходит движение с чередованием рук: сначала ребром ладони правой руки совершают массаж участка справа налево, затем правую руку убирают и ребром ладони левой руки осуществляют движение в обратном направлении, то есть слева направо. Данный прием выполняют и с отягощением. При этом внутреннюю сторону ладони левой руки накладывают на большой палец правой.

Разглаживание сжатыми в кулак пальцами выполняют двумя способами.

В первом случае массаж выполняют фалангами пальцев, сжатых в кулак, во втором – ребром ладони. Разглаживание можно производить как в продольном, так и поперечном направлении. Массаж участка тазовой области можно как одной, так и двумя руками. При отягощении на кулак правой руки накладывают внутренней стороной ладонь левой руки.

Зигзагообразное разглаживание проводят несколькими способами. Его можно выполнять ладонной поверхностью и пальцами, выступом большого пальца и основанием ладони. В первом случае ладонная поверхность должна плотно прилегать к массируемому участку. Как правило, разглаживание проводят зигзагообразно, без отрыва ладони от кожи. При выполнении данного приема выступом большого пальца его тыльная сторона касается массируемого участка, а остальные пальцы немного приподняты. Можно проводить этот прием и одной, и двумя руками; в последнем случае правая рука выполняет движение сверху вниз, а левая движется ей навстречу, снизу вверх. Чтобы выполнить данный прием с отягощением, нужно наложить ладонь левой руки на тыльную сторону большого пальца.

При разглаживании основанием ладони пальцы вообще не касаются кожи, они приподняты и чуть согнуты, а большой палец прижат к указательному. Движения выполняют одновременно, при этом кисти рук могут подходить настолько близко друг к другу, что большие пальцы будут сталкиваться. При разглаживании основанием ладони можно применять отягощение, наложив пальцы левой руки на пальцы правой или поместив кисть левой руки поперек правой.

Разглаживание ребром ладони и пальцами, сжатыми в кулак, проводят одной рукой в поперечном направлении. При отягощении внутреннюю сторону ладони левой руки накладывают на большой палец правой. Зигзагообразное разглаживание пальцами, сжатыми в кулак, можно проводить в любом направлении, движения производят одной или двумя руками, фалангами пальцев или ребром ладони, сжатой в кулак. Отягощение выполняют левой рукой при наложении ладони на кисть правой руки.

При попеременном разглаживании в процессе массирования происходит чередование одной и двух рук. Можно несколько раз просто использовать одну (1) или обе руки (2) для выполнения приема, а можно действовать по схеме: 1-2-1-2-2-1-2-1-1-2 или 2-1-2-1-1-2-2-1-2. Таким же образом можно чередовать прямое (П) и зигзагообразное (З) разглаживания, выполняя приемы попеременно то одной, то двумя руками: П1-З1-П2-З2-З1-П1-З2-П2-З1. Схема может быть и более сложной, если ввести в нее разглаживание с отягощением (прямое с отягощением – По, зигзагообразное с отягощением – Зо):

- 1) П1-З1-По-З2-П2-Зо-П1-П2-Зо-З2-П2-З1-З2;
- 2) П2-З2-По-Зо-П2-З1-З2-По-Зо-П1-З1-П2-З2;
- 3) П2-З1-По-З2-П2-Зо-П1-З2-П2-Зо-П1-З2-П2.

Комбинированное разглаживание весьма напоминает попеременное, оно также включает несколько элементов других приемов: прямого, спиралевидного и кругообразного разглаживаний. Выполнять данные приемы следует в определенной последовательности, постепенно переходя от одного к другому и повторяя всю комбинацию. Чаще всего данный прием выполняют двумя руками или одной рукой с отягощением.

Кругообразное разглаживание различается по технике выполнения: его можно производить подушечками пальцев, фалангами пальцев, ладонью и основанием ладони. Для массирования тазовой области, как правило, используют кругообразные разглаживания ладонью, основанием ладони и фалангами пальцев.

Кругообразное разглаживание ладонью выполняют в сторону мизинца, большой палец при этом или свободно отставлен в сторону, или прижат к указательному. По участку ладонь можно перемещать сверху вниз, снизу вверх и по диагонали. Для проведения данного приема используют как одну, так и две руки; для достижения большего эффекта разглаживание делают с отягощением: ладонь левой руки помещают поперечно на тыльную сторону ладони правой руки.

Кругообразное разглаживание основанием ладони почти повторяет предыдущий прием, но в этом случае пальцы руки не прижаты к коже, а приподняты. Данный прием подходит для выполнения и одной, и двумя руками, часто его выполняют с отягощением, для чего ладонь левой руки помещают поперечно на тыльную сторону правой ладони. В отличие от предыдущего приема во время движения ладонь левой руки остается плотно прижатой к тыльной стороне ладони правой руки. При данном разглаживании смещение левой ладони недопустимо. Движения можно совершать одной или двумя руками вверх и вниз, а также по диагонали.

Для следующего варианта кругообразного разглаживания используют фаланги пальцев. Ладонь при этом расслаблена, фаланги упираются в кожу, а кончики пальцев чуть приподняты, чтобы подушечки не дотрагивались до кожи. Кисть руки совершает кругообразное движение в сторону мизинца. Данный прием, так же как и предыдущие, выполняют одной или двумя

руками. Для отягощения на фаланги пальцев правой руки накладывают пальцы левой. При движении в сторону мизинца пальцы левой руки смещаются под углом 45° и остаются в таком положении. Полного совмещения пальцев правой и левой руки не происходит. Кругообразные движения можно совершать по участку вверх или вниз, а также по диагонали.

Кругообразные движения ребром ладони выполняют, как правило, на небольших участках тазовой области, они применимы на ягодицах и нижнем отделе спины. Движения совершают как одной, так и двумя руками. При отягощении внутреннюю сторону ладони левой руки помещают на большой палец правой. При развороте кисть левой руки смещается. Это может произойти частично (пальцы рук при этом будут образовывать острый угол) или полностью (в этом случае средний палец левой руки совпадет с указательным пальцем правой).

Кругообразное разглаживание пальцами, сжатыми в кулак, более удобно выполнять, когда участок массируется фалангами пальцев; разглаживание кулаком, поставленным на ребро, практически неприменимо. Данный прием рекомендуется проводить на ягодицах, где имеются сильные мышцы и большие жировые отложения. Желательно выполнять его с отягощением, производимым путем наложения ладони левой руки на правую кисть.

Гребнеобразное разглаживание при массаже тазовой области выполняют фалангами согнутых и чуть разведенных в стороны пальцев, большой палец при этом или отставлен в сторону, или плотно прижат к указательному. Данный прием совершают в поперечном направлении, то есть от боков к позвоночному столбу, и выполняют и одной, и двумя руками. В последнем случае обе руки стремятся навстречу друг другу. Дойдя до позвоночного столба, они возвращаются в исходное положение. Движение можно производить по параллельным линиям, тогда руки заходят за позвоночный столб.

Граблеобразное разглаживание выполняют подушечками пальцев, при этом кончики пальцев совершают небольшой нажим на массируемый участок. Разглаживание одной рукой осуществляют в любом направлении: сверху вниз, снизу вверх и по диагонали. Разглаживание двумя руками производят в поперечном направлении, руки при этом стремятся навстречу друг другу. Данным приемом можно завершить серию разглаживаний и перейти к более жестким приемам массажа, например к растиранию.

При лечении пояснично-крестцового радикулита наиболее эффективными оказываются продольное и поперечное прямолинейное, кругообразное, клювовидное, граблеобразное и гребнеобразное растирания, а также вспомогательные приемы: штрихование, пиление, пересекание. Все они осуществляются несколькими способами: подушечками больших пальцев, подушечками двух пальцев, подушечками четырех пальцев, ладонью, ребром ладони и пальцами, сжатыми в кулак.

Прямолинейное растирание выполняют как в продольном, так и в поперечном направлении. Массирование подушечками пальцев происходит с нажимом на данный участок, направление движений рук – сверху вниз от нижнего отдела позвоночника по области ягодиц до верхней границы бедра и обратно. Четыре пальца при выполнении данного приема отставляют в сторону и располагают под углом к большому пальцу. Они не касаются кожи или прикосновение очень слабое. Такое положение пальцев используют для движения снизу вверх, то есть от себя.

Растирание выполняют как одной, так и двумя руками. При отягощении используют ладонь левой руки, ее накладывают не на всю кисть правой руки, а только на большой палец и располагают под наклоном. Растирание подушечками больших пальцев можно проводить и немного иным способом, в этом случае четыре остальных пальца направлены вперед и не касаются кожи, а большие пальцы сильно отведены назад. Такое положение пальцев лучше всего подходит для движения сверху вниз, то есть на себя.

Поперечное растирание подушечками пальцев предполагает постановку кистей рук под углом друг к другу; четыре пальца при этом направлены вперед и не касаются массируемого участка.

Кисти рук движутся навстречу друг другу от боков к позвоночному столбу, кончики больших пальцев могут соприкоснуться, и движение пойдет в обратном направлении. Поперечное растирание часто выполняют двумя руками, но очень редко с отягощением, при котором пальцы левой руки плотно обхватывают запястье правой таким образом, чтобы большой палец был тесно прижат к основанию ладони.

Растирание двумя пальцами выполняют с нажимом, так как приходится массировать крупные мышцы спины и таза. Данный прием проводят указательным и средним пальцами, тесно прижатыми друг к другу. Массирование ведут вдоль позвоночника, руки спускаются к ягодичной области, а затем к верхней части бедра. Выполнение приема двумя руками предполагает параллельное движение правой и левой кисти. Подобное растирание может быть и перекрестным, если правая рука движется продольно, а левая – поперечно.

Как уже говорилось, растирание двумя пальцами выполняют с отягощением. Его можно производить двумя пальцами левой руки (указательным и средним), которые накладывают продольно на пальцы правой руки, наложением двух пальцев левой руки поперечно на пальцы правой руки или же наложением на два пальца правой руки внутренней стороны ладони левой руки.

Растирание подушечками четырех пальцев мало чем отличается от растирания подушечками двух пальцев. Направление движений продольное и поперечное; производить прием можно как одной, так и двумя руками. Способы отягощения такие же: в первом случае четыре пальца накладывают вдоль, во втором – поперек, а в третьем отягощение осуществляют при помощи ладони.

При растирании ладонью давление на массируемый участок еще больше. Массирование можно проводить в продольном и поперечном направлениях.

В первом случае, если массирование выполняют двумя руками, кисти движутся параллельно снизу вверх. При поперечном направлении ладони можно направить навстречу друг другу. Отягощение производят левой рукой, либо с наложением ладони на правую руку так, чтобы совпали пальцы, либо надавливанием кулаком на тыльную поверхность правой ладони.

Растирание ребром ладони при радикулите пояснично-крестцовой области является не менее эффективным, чем прием, проводимый всей ладонью. Выполняют его в продольном и поперечном направлениях; движение может быть сверху вниз, снизу вверх и по диагонали. Прием выполняют двумя или одной рукой, ordinarily или с отягощением, производимым левой рукой, которую помещают на правую продольно (средний палец левой руки плотно прижат к указательному пальцу правой руки) или поперечно (центр ладони левой руки приходится на указательный палец правой). Если прием проводят двумя руками, они могут двигаться как одновременно, так и попеременно.

Прямолинейное растирание пальцами, сжатыми в кулак, по технике своего выполнения идентично растиранию ребром ладони. Отягощение производят левой рукой, которая накладывается на тыльную сторону ладони правой руки.

Последние три приема нередко объединяют в один комбинированный. Следуя схеме, можно промассировать участки в области таза следующим образом: Л-Р-К-Р-К-Л-Л-К-Р-Л (Л – растирание ладонью, Р – растирание ребром ладони, К – растирание пальцами, сжатыми в кулак, 1, 2 – растирание одной или двумя руками, о – применение отягощения).

Существуют и другие схемы комбинированного растирания:

- 1) Л1-Р1-К1-Р2-К1-Л2-К2-Р1-Л1-К2-Р2-Л2;
- 2) Л2-Р1-К2-Р2-К1-Л1-Л2-Р2-К2-Л1-К2-Р1-Л2;
- 3) Л2-Ро-Ко-Л2-Р1-Ко-Л1-Р2-К1-К2-Ко-Р2-Л2;
- 4) Л2-Р2-К1-К2-Ро-Ло-К1-К2-Р1-Л1-Ко-Л2-Р2-Л2-К2;
- 5) Л1-К2-Ро-Ло-К1-Р2-Л2-Ко-Р1-К2-Л2-Ко-Ро-Ло-Р2-Л2-К2.

Кругообразное растирание подобно прямолинейному и также имеет несколько способов выполнения. К ним относятся растирание подушечками больших пальцев, подушечками двух и четырех пальцев, ладонью, ребром ладони, кулаком, а также клювовидное. Каждый из этих приемов можно выполнять одной и двумя руками, ординарно или с отягощением.

Растирание проводят по окружности. При массажирующей подушечками пальцев она может иметь любой диаметр, начиная от 2 см и заканчивая 10 см. Растирание ладонью проводят в сторону мизинца. Зона массажирующей зависит от захвата участка ладонной поверхностью. Растирание ребром ладони имеет небольшой диаметр – 7–8 см. Растирание кулаком может охватывать как маленькую область, так и большую. Клювовидное круговое растирание выполняют пальцами, сложенными в виде розетки (клюва). Массаж проводят с нажимом и применяют на небольшом участке, круговые движения совершают в сторону мизинца. Особенно часто кругообразное клювовидное растирание применяют на нижнем отделе спины (участки L4 – L5), в зоне позвоночника и копчика

Пиление относится к дополнительным приемам растирания, помогающим хорошо промассировать крупные мышцы тазовой области. Выполняют данный прием на небольшом участке: ребром ладони производят быстрые резкие движения вперед-назад, напоминающие процесс пиления. Прием выполняют как одной, так и двумя руками. Кисти рук могут располагаться параллельно, а производимое растирание должно быть одновременным. Кроме этого, пиление можно проводить попеременно, в этом случае правая рука будет стремиться вверх, в то время как левая идти вниз, а затем в обратном порядке. Такое пиление будет ординарным прямолинейным, выполняемым в продольном направлении.

Чаще всего кисти рук находятся по разные стороны позвоночного столба. Но их также можно перенести на какую-то определенную зону – ягодицы, начало бедра. Ягодицы массируют с нажимом, в зоне бедра нажим немного ослабевает. Поскольку прием выполняют в быстром темпе, с отягощением его используют редко. Если же отягощение применяют, средний палец левой руки располагается на указательном пальце правой. Пиление можно выполнять и в поперечном направлении, в этом случае кисти рук движутся навстречу друг другу, а также по диагонали и произвольно.

Штрихование по технике выполнения напоминает пиление. Однако в отличие от последнего данный прием проводят концевыми фалангами двух или трех пальцев: указательного и среднего или большого, указательного и среднего. Штрихи – это короткие быстрые движения, производимые на определенном участке кожи. Их направление может быть любым: продольным, поперечным, диагональным. Кроме этого, при штриховании нередко выбирают сходящееся или расходящееся движение, когда пальцы рук двигаются навстречу друг другу до тех пор, пока не соприкоснутся в определенной точке, или расходятся из определенной точки в разных направлениях.

Штрихование при пояснично-крестцовом радикулите чаще всего проводят двумя руками, реже одной. Отягощение используют очень редко, если же оно имеет место, раскрытая ладонь левой руки накладывается на кисть правой руки.

Пересечение выполняют лучевым краем кисти при максимальном отведении в сторону большого пальца. Кисть совершает ритмичные быстрые движения от себя и к себе, двигаясь по участку снизу вверх, подобное растирание хорошо использовать при массажирующей зоны начала бедра. Пересечение лучше всего проводить двумя руками, можно выполнять прием и одной рукой. При отягощении, которое используют редко, кисть левой руки накладывают на запястье правой. Движения чаще всего имеют продольное направление, снизу вверх.

Граблеобразное растирание тазовой области выполняют в поперечном направлении, кисти рук движутся навстречу друг другу. Его практически не совершают одной рукой, очень редко

используют отягощение, хотя весь прием для достижения большего эффекта рекомендуется проводить с небольшим нажимом на массируемую область.

Гребнеобразное растирание по технике выполнения аналогично предыдущему приему, но проводят его фалангами согнутых и также разведенных в стороны пальцев. Прием осуществляют с некоторым нажимом в поперечном направлении, кисти рук движутся навстречу друг другу. Гребнеобразным растиранием можно завершить серию растираний и перейти к следующему массажному приему.

Разминание – прием, которому при массаже тазовой области отводят максимальное количество времени. Мышцы нужно хорошо размять, сделать подвижными и эластичными. Для этого используют разные виды разминания: ординарное, двойное кольцевое, двойное кольцевое комбинированное, двойной гриф, все виды кругообразных разминаний, а также накатывание, сдвигание, растяжение, надавливание и проминание.

Существует несколько техник выполнения данного приема: пальцами, основанием ладони, ребром ладони и пальцами, сжатыми в кулак. Направления движений различны: продольное и поперечное прямолинейное, по диагонали, кругообразное.

Прямолинейное ординарное разминание производят в две фазы. Сначала мышцу плотно захватывают пальцами таким образом, чтобы не оставалось никакого зазора между кистью и массируемым участком. Затем начинают продвижение вверх, пальцами плотно держат мышцу и приподнимают ее, совершая вращательное движение в сторону мизинца. Во второй фазе движение производят в обратном направлении, но мышцу при этом не отпускают. Повторив прием несколько раз на одном участке, следует перейти на другой.

Прямолинейное разминание предполагает, что движения кистей будут идти вверх или вниз вдоль мышечных волокон или поперек. Продольное разминание идет по ходу мышечных волокон. Для его выполнения пальцы максимально распрямляют, а большой палец отставляют в сторону. Захват оказывается большим, так как массажированию подвергаются большие ягодичные мышцы и крупные мышцы спины. Для достижения большего результата разминание должно выполняться с усилием.

При продольном разминании большой палец располагают с одной стороны массируемого участка, а остальные пальцы – с другой. Сначала мышцу захватывают и фиксируют в таком положении, затем оттягивают и разминают. При выполнении данного приема важно избегать зазоров между массируемым участком и кистью. При движении большой палец устремляется навстречу остальным и мышца сдавливается с двух сторон. Продольное разминание выполняют одной и двумя руками, но при массажировании тазовой области лучше использовать обе руки. Темп движения не очень высокий, но и не медленный, примерно 45–50 разминаний в минуту. Прием выполняют до тех пор, пока мышца не будет полностью размята.

Однако не стоит забывать, что на массируемом участке тазовой области могут быть болезненные зоны, при их обнаружении следует использовать умеренное разминание. Если разминание сопровождается болевыми ощущениями, следует перейти на другой участок, при длительных болях рекомендуется переключиться на другой массажный прием, например поглаживание, или же прекратить сеанс.

Поперечное разминание предполагает расположение рук массажиста поперечно по отношению к массируемому участку. Само разминание проводят в поперечном направлении (рис. 67). Кистью руки плотно обхватывают мышцу, образуя угол 45° , при этом большие пальцы помещают по одну сторону массируемого участка, а остальные пальцы – по другую. Кисти рук массажиста находятся на расстоянии 5–7 см друг от друга, под некоторым углом по отношению к продольной оси мышцы.



Рис. 67. Техника выполнения поперечного

разминания при массаже тазовой области

Поскольку руки должны двигаться по участку, но не соскальзывать с него, необходимо обеспечить большую плотность прилегания кистей к массируемой зоне. Поперечное разминание производят как одной, так и двумя руками, но при массаже тазовой области лучше пользоваться обеими руками. Также можно выполнять прием не только одновременно, но и попеременно. В этом случае одна рука будет разминать мышцу в направлении от себя, а другая к себе.

Продольное и поперечное массирование используют не только при ординарном разминании. Двойное кольцевое разминание предполагает расположение рук поперек массируемого участка. Пальцы располагают по разные стороны зоны массирования, расстояние между кистями не должно превышать 7-10 см. Правой рукой плотно захватывают мышцу, приподнимают ее и начинают движение от себя, в это время левой рукой также захватывают мышцу, но выполняют движение к себе. Все движения проводят плавно, без рывков. Промассировав мышцу на одном участке, следует перейти на другой и повторить прием.

Продольное разминание тазовой области ребром ладони осуществляют двумя способами. В первом случае ребро правой ладони движется снизу вверх, а ребро левой ладони следом, на расстоянии 5–8 см. Можно выполнять прием, двигая кисти навстречу друг другу, в этом случае, соприкоснувшись, руки вернутся в исходное положение.

При поперечном ординарном разминании кисть одной руки движется навстречу другой. Это похоже на второй способ продольного разминания, за исключением того, что движение происходит не по ходу продольных мышц, а поперек. Такое разминание лучше всего выполнять двумя руками или использовать их попеременно.

Разминание пальцами, сжатыми в кулак, также применимо при массировании области таза. Движения можно выполнять одной или двумя руками, двигаясь как в продольном, так и в поперечном направлении. В данном случае часто применяют отягощение, особенно когда массируют ягодичные мышцы.

После ординарного разминания можно переходить к более сложным приемам, например двойному кольцевому разминанию. При выполнении данного приема руки плотно обхватывают мышцы, большие пальцы располагаются по одну сторону массируемого участка, а остальные пальцы – по другую. Правой рукой совершают разминания, двигая мышцу к себе, а левой в это же время двигают ее от себя. Происходит своеобразное выкручивание мышцы. Повторив движения 2–3 раза, можно изменить положение, теперь правая рука будет двигаться от себя, а левая – к себе. Закончив разминание на одном участке, кисть руки сдвигают на несколько сантиметров вверх и повторяют движения.

Двойное кольцевое продольное разминание отличается от описанного выше тем, что мышцу захватывают обеими руками и разминают в одном направлении (на себя или от себя). При выполнении данного приема кисти рук расходятся друг от друга на расстояние 5–6 см, а затем снова сближаются. Подобным образом можно промассировать всю мышцу на определенном участке, затем кисти рук переносят на другой участок, и процедура повторяется вновь.

При выполнении двойного кольцевого комбинированного разминания одной рукой

захватывают мышцу и проводят кольцообразное разминание, другой рукой (ладонью) в это время массируют близлежащий участок. Затем положение рук меняют: тот участок, что массировался пальцами, подвергают массажу ладонью, а на том, что массировался ладонью, производят кольцевое разминание.

Нередко массажисты используют различные виды разминания попеременно. Условно обозначив двойное кольцевое разминание – А, двойное кольцевое продольное – В, двойное кольцевое комбинированное – С, получим схемы, которыми можно пользоваться при массаже области таза:

- 1) А-В-С-В-А-В-С-В-А-А-С-В-В-С-С;
- 2) В-С-А-В-С-В-В-А-С-В-С-С-А-В-А;
- 3) С-А-В-С-В-А-С-С-А-С-С-В-А-В-С.

Двойной гриф по технике выполнения напоминает ординарное разминание, но данный прием проводят с отягощением. При массаже тазовой области можно использовать две техники наложения рук: в первом случае отягощение обеспечивают путем наложения пальцев одной руки на пальцы другой; во втором случае усиленное воздействие происходит в результате наложения основания ладони одной руки на область большого пальца другой. Выполняют данный прием в продольном и поперечном направлениях, а также прямолинейно и по диагонали.

Кругообразные разминания различаются по способам выполнения. Выделяют клювовидное разминание, разминание концевыми фалангами пальцев (большого и четырех), ребром ладони, ладонью и пальцами, сжатыми в кулак. Каждый из названных приемов для достижения большего эффекта выполняют с нажимом, сначала ординарно, а затем с отягощением.

Клювовидное разминание производят пальцами, сложенными в виде клюва или розетки: все они плотно прилегают друг к другу, большой палец находится снизу, над ним мизинец и указательный, затем безымянный и средний. Пальцы, собранные в «клюв», помещают на массируемый участок в определенную точку. Движения производят в сторону мизинца, кожу при этом захватывают и смещают, а затем возвращают в обратном направлении, поворачивая кисть руки. Движение может идти в продольном и поперечном направлениях, а также по диагонали и произвольно. В последнем случае кисть руки перемещают по участку хаотично, захватывая любую зону массажа. Прием можно выполнять и двумя руками.

Кругообразное разминание подушечками пальцев проводят следующим образом: большой палец устанавливают в определенной точке, остальные четыре пальца согнуты и располагаются на участке. Мышцу захватывают большим пальцем и чуть приподнимают. Движение идет в сторону мизинца. Развернув мышцу достаточно далеко, кисть руки возвращают в исходное положение. Когда разминание выполняют двумя руками, то движения направлены также в сторону мизинца. Нередко прием выполняют с отягощением, обеспечиваемым путем наложения на большой палец правой руки или на тыльную сторону ладони левой кисти. Ординарное кругообразное разминание подушечками пальцев часто чередуют с разминанием с отягощением.

Кругообразное разминание концевыми фалангами четырех пальцев производят с захватом мышцы четырьмя пальцами, большой палец при этом играет роль опоры. Мышцу слегка приподнимают и разворачивают по окружности в сторону мизинца. Разминание проводят с нажимом и отягощением, производимым плотным обхватыванием ладонью левой руки правой кисти. Кругообразное разминание лучше всего выполнять на каком-то определенном участке: нижний отдел спины, копчиковая зона, ягодицы, верхняя часть бедра. Применять продольное или поперечное движение здесь не имеет смысла, так постепенно будет промассирована вся зона. Если кругообразное разминание концевыми фалангами пальцев выполняют двумя руками, то движение идет также в сторону мизинца.

Разминание ладонью проводят следующим образом: ладони рук ставят на массируемый участок и мягко передвигают по нему, сильным нажимом разминая мышцы (рис. 68). Разминание зоны ягодиц можно выполнять как одной, так и двумя руками, но при массировании одной рукой часто применяют отягощение. Следует отметить, что массирование ягодиц производят более жестко, чем нижнего отдела спины. Вообще, любой из приемов, применяемых для массирования ягодиц, выполняют с нажимом, надавливанием или отягощением.



Рис. 68. Техника выполнения разминания

ладонью при массаже зоны ягодиц

Разминание ребром ладони выполняют так: ребро ладони помещают на массируемый участок и проводят кругообразные движения в сторону большого пальца, при этом мышцу не захватывают, а сдвигают в нужном направлении. Четыре пальца могут быть выпрямлены во время выполнения приема или же согнуты, чтобы получилось подобие ковшика. Массировать можно как одной, так и двумя руками. Чаще всего для данного приема выбирают способ смещения по диагонали от участка L3 до участка S1. При круговом разминании ребром ладони применяют и отягощение, в этом случае внутреннюю поверхность левой ладони накладывают на большой палец правой руки.

Разминание пальцами, сжатыми в кулак, обязательно используют при массировании тазовой области. Чаще всего массирование производят ребром кулака, реже фалангами пальцев. В этом случае также не осуществляют захват мышцы, а только ее сдвигание, которое следует производить в сторону большого пальца. Движения выполняют в поперечном направлении. Если используют обе руки, то их продвигают навстречу друг другу до тех пор, пока они не соприкоснутся, после этого начинают движение в обратном направлении. Как и предыдущие приемы, данное разминание выполняют с отягощением. Для этого ладонную поверхность левой руки накладывают на кулак правой, при массировании ягодиц можно увеличить нажим.

Приемы кругового разминания можно выполнять поочередно, но наибольший эффект достигается при их комбинировании. Условно обозначив круговое разминание подушечками больших пальцев – А, кругообразное разминание фалангами четырех пальцев – В, разминание ребром ладони – С, разминание пальцами, сжатыми в кулак, – D, выполнение приема одной или двумя руками – 1 и 2, отягощение – о, получим несколько схем комбинированного кругового разминания:

- 1) A2-B2-C1-Do-A1-B2-Co-D2-Ao-B1-C2-D1;
- 2) A2-Bo-Co-D2-A1-C2-Do-B2-C1-D2-Bo-Ao;
- 3) C2-B2-Ao-D1-Co-D2-A2-Bo-B1-C2-Do-Ao;
- 4) D1-C1-A2-B2-Do-Ao-B1-C1-D2-B2-Co-A1;
- 5) Do-Co-A2-B1-Ao-C2-B2-D1-A1-Bo-C1-D2;
- 6) A2-D2-C2-B2-B1-A1-C2-A2-Do-B1-C2-Ao;
- 7) C2-D1-A2-Do-B2-D1-A2-Bo-B2-D1-C1-A2.

Массирование по всем представленным схемам можно производить ежедневно, чередуя их.

Можно также выбрать одну наиболее подходящую и применять ее постоянно на всем протяжении курса лечебного массажа.

При граблеобразном разминании пальцы разведены в стороны, кончики пальцев упираются в массируемый участок. Кисти рук движутся навстречу друг другу, а пальцы сдвигают мышцу. Граблеобразное разминание проводят в поперечном направлении и чаще всего двумя руками. Отягощение применяют редко, но, как правило, прием выполняют с некоторым нажимом на массируемую область.

По технике выполнения гребнеобразное разминание напоминает граблеобразное, единственное отличие в том, что массирование осуществляют фалангами согнутых в кулак пальцев. Кисти также стремятся навстречу друг другу, а фаланги пальцев сдвигают мышцу. Этот прием чаще всего выполняют двумя руками и очень редко с отягощением. При массировании области ягодиц граблеобразное разминание рекомендуется проводить с нажимом.

Накатывание не относится к основным приемам, но его часто используют при массировании тазовой области. Ребро ладони левой руки погружают в мышцу, а правой рукой захватывают ее и делают накат. В результате мышца как бы наплывает на фиксированный участок. Прием выполняют круговым движением, промассировав определенный участок, кисть перемещают на другой. Движение можно осуществлять в любом направлении, но чаще всего оно хаотично. Накатывание следует выполнять с нажимом, чтобы достичь нужного результата.

Сдвигание проводят большими пальцами рук, которыми плотно захватывают мышцу и начинают сдвигать ее в продольном или поперечном направлении. При этом кисти рук могут производить сдвигание как в одном направлении, так и навстречу друг другу. Следует помнить, что при массировании ягодичных мышц нужно делать большой захват для оказания большего воздействия на участок.

Простотой выполнения отличается такой прием, как растяжение: мышцу захватывают пальцами и растягивают. При возвращении в исходное положение пальцы формируют на коже складку или несколько складок. Массирование выполняют в среднем темпе.

Помимо растяжения, хороший эффект при массировании ягодичных мышц дает такой прием, как оттягивание. Пальцами захватывают мышцу на дальней от массажиста ягодице и оттягивают ее вверх. Пальцы второй руки при этом касаются тела. Кисти обеих рук движутся в поперечном направлении в сторону позвоночного столба (рис. 69).



Рис. 69. Техника выполнения оттягивания при массаже тазовой области

Надавливание при пояснично-крестцовом радикулите осуществляют подушечками пальцев, фалангами пальцев или пальцами, сжатыми в кулак. Прием выполняют на небольшом участке тела, на который устанавливают пальцы, производящие ритмичные надавливания. Следует отметить, что прием, выполняемый подушечками больших пальцев, эффективен при массировании пограничных с наиболее болезненной зоной участков, он позволяет снять

болевые ощущения и выполняется в быстром темпе. Фаланги пальцев при проведении надавливаний должны быть разведены в стороны, темп – 50–60 надавливаний в минуту. Прием, проводимый кулаками, применим для массажа ягодичной области: кулак устанавливают на нужный участок и производят серию надавливаний в темпе 45–55 раз в минуту.

От надавливания можно перейти к следующему приему – проминанию. Его выполняют фалангами пальцев, которые или плотно сжаты, или чуть разведены в стороны и движутся по участку в продольном или поперечном направлении. Проминание совершают своеобразным перекатом от указательного пальца к мизинцу и обратно. Выполняют данный прием чаще всего двумя руками. При проминании тазовой области можно использовать нажим, изредка проминание производят с отягощением (в этом случае левая рука плотно обхватывает кисть правой руки).

Кроме прямолинейного проминания вдоль или поперек хода мышц, можно выполнять сходящееся и расходящееся проминание. Кисти рук находятся на массируемом участке под углом друг к другу, указательные пальцы соприкасаются. Расходящееся проминание предусматривает передвижение снизу вверх, кисти рук расходятся по диагонали. При сходящемся проминании кисти рук движутся навстречу друг другу и сталкиваются указательными пальцами в определенной точке, передвижение осуществляют сверху вниз.

Еще одним видом проминания является сжимание. В этом случае фаланги согнутых пальцев упираются в массируемый участок, производят сжимание, и кожа оказывается между пальцами. Данный прием проводят в любом направлении, он может быть прямолинейным или хаотичным, выполнять его можно одной или двумя руками. Изредка используют отягощение, для чего левую ладонь плотно прижимают к тыльной стороне ладони правой руки. Прием выполняют несколько раз на одном участке, после чего совершают переход к другому.

После серии разминаний, завершающейся сжиманием, для массажа тазовой области можно использовать ударные приемы: поколачивание, похлопывание, рубление, щипание.

Поколачивание можно выполнять несколькими способами: концевыми фалангами пальцев, пальцами, сжатыми в кулак, тыльной и ладонной стороной кисти. Для массажа тазовой области применяют все виды поколачивания.

При выполнении приема концевыми фалангами пальцев все пять пальцев устанавливают в определенной точке массируемого участка. Пальцы, которыми осуществляют прием, должны быть слегка разведены в стороны. Поколачивание выполняют как одной, так и двумя руками, нередко одна и две руки чередуются.

При поколачивании тыльной стороной ладони пальцы чуть согнуты, как будто держат небольшое яблоко. Прием выполняют в быстром или среднем темпе, он может варьироваться в зависимости от места расположения наиболее болезненного участка. При поколачивании ладонной стороной кисти пальцы остаются выпрямленными и плотно прижатыми друг к другу. Прием выполняют в среднем темпе, одной или двумя руками, возможно чередование одной и двух рук, а также попеременное поколачивание левой и правой рукой.

Поколачивание пальцами, сжатыми в кулак, проводят в среднем темпе, но возможен и медленный темп. Пальцы следует сжимать неплотно, чтобы не вызвать чрезмерных болевых ощущений при проведении приема, в то же время поколачивание должно быть ощутимым, иначе желаемый эффект не будет достигнут. Данный прием выполняют одной или двумя руками, одновременно или попеременно.

Каждый из названных приемов можно выполнять как ordinarily, так и с отягощением. В последнем случае ладонную поверхность левой руки плотно прижимают к кисти правой руки: при поколачивании пальцами – к запястью, ладонной поверхностью – к тыльной стороне ладони, тыльной поверхностью – к основанию ладони, кулаком – к согнутым большому и указательному пальцам.

Похлопывание выполняют ладонной поверхностью и пальцами. Пальцы при этом слегка согнуты, а между ладонью и массируемым участком образуется своеобразная воздушная подушка. Похлопывание проводят в среднем темпе. Выполнять данный прием можно на одном участке, постепенно перемещая кисть руки на соседние. Количество похлопываний в этом случае варьируется от 10 до 20–30. Если же похлопывание проводят в определенном направлении (например, поперечном), количество соприкосновений с кожей на определенном участке составляет всего 5–6. Прием можно выполнять как одной, так и двумя руками, отягощение достигается путем наложения левой ладони на запястье правой руки.

Рубление выполняют ребром ладони или локтевым краем кисти. Пальцы при этом широко разведены в стороны, чтобы смягчить удар. Прием можно проводить одной или двумя руками, желательно в быстром темпе. Отягощение в случае необходимости производят левой рукой, при этом средний палец накладывают на указательный палец правой руки. Рубление выполняют как в продольном, так и в поперечном направлении. Руки могут массировать участки на расстоянии 7–10 см друг от друга, в этом случае смещение происходит с тем же интервалом. При поперечном направлении кистей рук (они движутся навстречу друг другу) происходит их соприкосновение и возвращение в исходное положение.

Пощипывание выполняют большим и указательным пальцами. Небольшой участок мышцы захватывают, оттягивают и отпускают. Прием выполняют в быстром темпе по всему массируемому участку, одной или двумя руками. Данный прием не предусматривает отягощения.

Так как массажирование тазовой области требует больших усилий, чем другие участки, сеанс массажа следует завершить не поглаживанием, а выжиманием. По технике выполнения данный прием очень напоминает поглаживание, но проводят его более энергично, в быстром темпе, с резким и сильным воздействием на массируемые участки. Выжимание имеет несколько разновидностей. Для массажирования тазовой области наиболее подходят поперечное выжимание, выжимание ребром ладони, основанием ладони и клювовидное.

Поперечное выжимание проводят основанием большого пальца и самим большим пальцем. При этом четыре пальца пребывают в полусогнутом положении, указательный тесно прилегает к большому. Кисть устанавливают поперек массируемого участка, движение идет поперек хода волокон. Выжимание можно выполнять как одной, так и двумя руками, при отягощении кисть левой руки накладывают на тыльную сторону правой ладони.

Выжимание ребром ладони производят при чуть согнутых пальцах, которые тесно прижимают друг к другу, большой палец при этом примыкает к указательному. Движение идет поперек мышечных волокон. Кисть руки может двигаться сверху вниз или снизу вверх по туловищу, а также от одного бока к другому. Данное выжимание выполняют одной и двумя руками, при отягощении средний палец левой руки накладывают на большой палец правой.

Если все приведенные выше приемы выполнены, то массаж тазовой области завершен. После него следует немного полежать в расслабленном состоянии, а затем принять водные процедуры. Как уже говорилось ранее, массаж тазовой области возвращает эластичность мышцам нижней части спины и ягодиц, улучшает кровоток и лимфоток на этих участках, не дает застаиваться тканевой жидкости. Кроме того, применение массажа совместно с известной триадой лечебных средств позволяет вылечить пояснично-крестцовый радикулит и забыть о болях в тазовой области.

Массаж конечностей. При заболеваниях шейным, грудным и пояснично-крестцовым радикулитом боли ощущаются не только в шейной, грудной и спинной областях, но и в конечностях. При этом нередко мышцы рук или ног так сильно защемлены, что любое движение

вызывает сильные болевые ощущения. Боли могут чувствоваться постоянно или изредка, в виде прострелов. Они возникают спонтанно, стоит только резко повернуться, совершить какое-либо иное движение, кашлянуть, чихнуть. Нередко больные радикулитом вынуждены лежать с заведенной за спину верхней конечностью, в неудобном для себя положении, оберегая руку и боясь ее сдвинуть. Но подобное положение облегчает боль лишь на время, данная мера приносит гораздо больший вред, чем пользу: происходит застаивание жидкостей в тканях, мышцы привыкают к неудобному положению и вернуть их в обычное состояние становится весьма проблематично. Чтобы подобное не происходило, при заболеваниях радикулитами применяют массаж конечностей. Обычно его проводят после того, как промассированы шейный, грудной, пояснично-крестцовый и тазовый отделы.

Массаж конечностей имеет определенную специфику проведения. Во время сеансов применяют растирание, разминание, ударные приемы, потряхивание, встряхивание и поглаживание.

Как известно, массаж любой области начинают с подготовительного приема – поглаживания или разглаживания. Благодаря этому выявляют зоны болей, определяют степень интенсивности воздействия на те или иные участки. Массаж конечностей также следует начинать с поглаживания, но для этого достаточно всего 5–6 раз провести ладонью и пальцами по массируемому участку. Выявить же болевые участки и определить интенсивность массирования в данном случае поможет растирание. Дело в том, что конечности имеют мало крупных мышц, на некоторых участках мышечная масса настолько мала, что ухватить или приподнять мышцу практически невозможно. По этой причине при массировании рук и ног следует уделять особое внимание сухожилиям, связкам и суставам. Растирание, как подготовительный прием, окажется наиболее эффективным, нежели поглаживание или разглаживание.

Для массажа конечностей применяют круговое, спиралевидное, прямолинейное растирания, а также штрихование, пиление, пересекание. Растирание проводят разными способами: фалангами пальцев, опорной частью ладони, опорной частью кисти.

Круговое растирание выполняют фалангами пальцев. При этом ладонь и пальцы тесно обхватывают массируемый участок. Движение идет снизу вверх. Растирание происходит за счет движения ладони и пальцев по массируемой поверхности. Если проводят массаж руки, то пальцы обхватывают массируемый участок полностью. Прием можно выполнять как одной, так и двумя руками. Если растирание осуществляют двумя руками, то одна движется вслед за другой, при этом на участок оказывается двойное воздействие.

При массировании ноги обхват получается неполный. Но в этом случае массажисту нужно производить большие развороты кистями рук, чтобы промассировать больший участок. Движение также идет снизу вверх, а затем кисти рук возвращают в исходное положение.

Спиралевидное растирание выполняют локтевым краем кисти, которая сжата в кулак, или основанием ладони. Кисть руки перемещают снизу вверх по массируемому участку, совершая спиралевидные движения. Прием выполняют двумя руками или одной с отягощением.

Прямолинейное растирание выполняют концевыми фалангами пальцев (рис. 70). Движения совершают сверху вниз и снизу вверх по нужному участку конечности. В массировании участвуют все пальцы. Прием можно проводить двумя руками или одной с отягощением, производимым путем наложения пальцев левой руки на пальцы правой.



Рис. 70. Техника выполнения прямолинейного

растирания при массаже конечностей

Штрихование выполняют подушечками указательного, среднего и большого пальцев, если они разведены в стороны, и указательным и средним пальцем, если они сложены вместе, безымянный палец и мизинец при этом прижаты к ладони. Штрихование – быстрый прием, который выполняют короткими прикосновениями подушечками пальцев к коже. Темп – 60–70 прикосновений в минуту. Движение по массируемому участку осуществляют в продольном или поперечном направлениях. Штрихование верхней конечности производят с удержанием согнутой в колене ноги на весу.

Пиление выполняют ребром ладони, ткани при этом смещаются вперед-назад. Данный прием проводят в быстром темпе, движения же, напротив, короткие и резковатые. Пиление можно выполнять одной или двумя руками.

В последнем случае ладони должны быть обращены друг к другу и находиться на расстоянии 4–5 см. При массаже верхних конечностей зазор между ладонями может быть меньше (около 3 см). Движения рук попеременные: когда правая движется назад, левая идет вперед и наоборот. Пиление выполняют правильно, если в процессе массирования между ладонями образуется валик.

Пересечение выполняют лучевым краем кисти. Пальцы обхватывают мышцу, причем большой палец далеко отстоит от остальных. При выполнении данного приема происходит надавливание лучевым краем кисти на массируемый участок. Ритмичные движения совершают в направлении указательного пальца, то есть от себя, и в направлении большого пальца, то есть к себе. При выполнении пересечения двумя руками расстояние между правой и левой кистью небольшое (2–3 см). Ткани смещаются в продольном и поперечном направлениях. При правильном выполнении приема между кистями рук в процессе массирования образуется валик. Пересечением можно закончить серию растираний и перейти к основным приемам массирования.

Разминание – один из главных приемов, которому во время массажа конечностей уделяют большее количество времени. Наиболее эффективными при массаже конечностей являются продольное и поперечное, ординарное, двойное кольцевое, двойное ординарное разминания, двойной гриф, ординарно-продольное, кругообразное, щипцеобразное разминания, а также сдвигание, растяжение, надавливание, сжатие. Обычно данные приемы проводят фалангами пальцев, основанием ладони или кулаком.

Продольное разминание выполняют по ходу мышечных волокон. Кисть руки плотно обхватывает массируемый участок. Большой палец при этом отведен в сторону и находится с другой стороны массируемого участка. При выполнении приема мышцу приподнимают и оттягивают, затем производят разминание большими пальцами по направлению к центру. Мышца при этом получает двойное сдавливание: сначала во время приподнимания, а затем когда большой палец движется навстречу четырем другим (рис. 71). Данное разминание можно проводить одной или двумя руками в темпе 40–50 разминаний в минуту. Движение совершают по участку снизу вверх, то есть от локтя к плечу (на верхних конечностях) или от подколенной

ямки до верхней части бедра (на нижних конечностях).

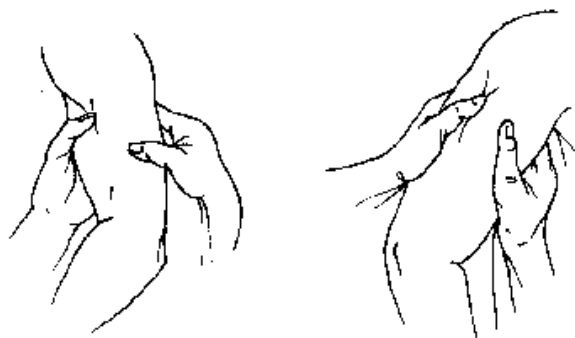


Рис. 71. Техника выполнения продольного

разминания при массаже конечностей

При поперечном разминании конечностей кисти рук располагают поперек хода волокон. Пальцы плотно обхватывают массируемый участок, при этом большие пальцы отведены в сторону и находятся по одну сторону участка, а другие четыре пальца – по другую. При выполнении данного приема мышцу разминают движением к себе. Но если производить массирование двумя руками, то одна рука будет разминать мышцу по направлению к себе, а другая от себя, при этом кисти рук будут располагаться на расстоянии 7-10 см друг от друга.

Для того чтобы усилить давление на массируемый участок, поперечное разминание конечностей нередко выполняют с отягощением. При этом пальцы левой руки плотно прижимают к пальцам правой.

Ординарное разминание выполняют пальцами рук, которые плотно обхватывают мышцу. Между ними и массируемой поверхностью не должно быть никаких зазоров. Мышцу приподнимают, большой и четыре других пальца смещают друг к другу, выполняя при этом вращательное движение. При массировании верхних конечностей разминание может быть не очень сильным, а при разминании области бедра желательно применять нажим.

Двойное ординарное разминание применяют наряду с ординарным. При этом массирование производят двумя руками, которые воздействуют на участок попеременно. Сначала разминание выполняют правой рукой, а затем этот же участок подвергается массированию левой.

Двойное кольцевое разминание выполняют пальцами рук, конечность попадает в зажим, подобный кольцу. Кисти правой и левой руки находятся на расстоянии 5–7 см друг от друга, при массировании правая рука смещает мышцу к себе, а левая – от себя. Затем направления движений рук меняют. Прием выполняют плавно, резкие движения исключаются. Разминание проходит по всему участку так, чтобы пальцы не отрывались от поверхности до завершения приема.

Двойной гриф по технике выполнения практически ничем не отличается от ординарного разминания, единственной его особенностью является то, что проводится он с отягощением. Для разминания передней и задней поверхности бедра отягощение производят путем наложения основания ладони на большой палец. При массировании верхних конечностей применяют другой способ отягощения: пальцы правой руки обхватывают конечность, а пальцы левой руки налагаются на них. Большой палец левой руки оказывает давление на большой палец правой руки, а четыре пальца левой руки совмещаются с четырьмя пальцами правой.

Ординарно-продольное разминание включает элементы ординарного и продольного разминания. Это значит, что массирование выполняют как вдоль, так и поперек хода мышечных волокон. Данный прием применяют для массажа задней поверхности бедра. Но с наружной стороны конечностей используют продольное разминание, а на внутренней стороне – ординарное. Движение идет снизу вверх, прием выполняют в среднем темпе. Для достижения

лучшего эффекта при массажируют применяют нажим.

Кругообразное разминание концевыми фалангами пальцев выполняют четырьмя пальцами при отставленном большом (рис. 72), который перемещается по коже скользящим движением вдоль мышечных волокон. Четыре пальца расположены по отношению к большому по диагонали, по мере продвижения последнего они выполняют разминание.



Рис. 72. Техника выполнения

кругообразного разминания концевыми фалангами пальцев при массаже конечностей

Кругообразное разминание концевой фалангой большого пальца напоминает по технике выполнения предыдущий прием. Но в этом случае большой палец выполняет разминание, а четыре пальца движутся по массируемому участку конечности. Большой палец совершает кругообразное движение в сторону указательного пальца, в этом случае оказывается сильное давление на массируемые ткани, передвижение в обратном направлении имеет меньшую силу воздействия. Массирование производят непрерывно, по мере выполнения приема на одном участке пальцы без отрыва перемещаются на другой, и прием повторяют. При выполнении массажа двумя руками они действуют попеременно.

Кругообразное разминание основанием ладони выполняют наложением ладони на конечность, основание ладони поворачивают в сторону мизинца, смещая и разминая при этом мышцу. Движения выполняют снизу вверх по всей конечности в умеренном темпе. Разминание основанием ладони можно выполнять как одной, так и двумя руками. Чаще всего одной рукой массируют верхние конечности, а двумя или одной с отягощением – нижние. Для отягощения ладонь левой руки плотно накладывают на запястье правой руки.

Кругообразное разминание пальцами, сжатыми в кулак, чаще всего применяют для массажа нижних конечностей. Нога при этом должна быть слегка приподнята, под нее подкладывают специальный валик. Пальцы, сжатые в кулак, помещают на массируемый участок, а большой палец выполняет функцию опоры. Пальцы придавливают мышцу, а затем смещают ее в сторону мизинца, при этом большой палец перемещается по участку немного вверх, и прием повторяют. Этот вид разминания можно выполнять как одной, так и двумя руками или одной рукой с отягощением, производимым путем наложения ладони левой руки на тыльную сторону правой. Кругообразное клювовидное разминание выполняют пальцами, сложенными в виде клюва. Данный прием можно выполнять как одной, так и двумя руками, а также одной рукой с отягощением.

Помимо основных, для массажа конечностей применяют и вспомогательные приемы разминания: сдвигание, растяжение, надавливание.

При сдвигании движение происходит в продольном или поперечном направлении, а также по диагонали. Прием выполняют одной или двумя руками, в последнем случае руки могут производить массаж попеременно.

Далее выполняется растяжение (его техника была подробно описана выше). Движение повторяют несколько раз. Для этого приема наиболее подходит медленный темп. Выполнять растяжение нужно спокойно, без рывков.

Надавливание на конечность проводят концевыми фалангами пальцев, основанием ладони, ладонной поверхностью (рис. 73) и пальцами, сжатыми в кулак. Для массирования конечностей применяют все виды надавливаний. Но чаще всего верхние конечности разминают концевыми фалангами пальцев и основанием кисти, а нижние конечности – основанием кисти и пальцами, сжатыми в кулак. Очень редко данный прием проводят в области нижних конечностей концевыми фалангами пальцев. Техника выполнения надавливаний описана выше.



Рис. 73. Техника выполнения надавливания

при массаже конечностей

Далее следует прием сжатие. Его осуществляют в среднем и медленном темпе, движения должны быть плавными и аккуратными.

Щипцеобразное разминание конечности выполняют большим и указательным или большим, указательным и средним пальцами, сложенными в виде щипцов, производящих захват мышцы. Движения производят как в продольном, так и в поперечном направлении.

Проминание используют при массировании как верхних, так и нижних конечностей (в последнем случае прием выполняют с отягощением). Проминание производят фалангами согнутых пальцев, движения идут снизу вверх до границы массируемого участка. Для отягощения ладонь левой руки накладывают на тыльную поверхность ладони правой руки. Данным приемом завершают серию разминаний.

Как только мышцы приобретут достаточную мягкость и эластичность, можно переходить к движениям. Благодаря им улучшается секреция жидкости в суставной сумке, активизируется крово- и лимфообращение в области суставов и близко расположенных мышц.

Активные движения должен выполнять сам массируемый по командам, которые дает массажист. Пассивные движения производит массажист.

Движения с сопротивлением выполняют двумя способами: или с сопротивлением массажиста, или при сопротивлении массируемого, при этом происходит воздействие на каждую группу мышц, а также на связки и сухожилия.

Различают несколько видов движений: наклоны вправо и влево, повороты, сгибания, разгибания, круговые движения. При активных движениях массажист держит конечность и только слегка направляет массируемого. Пассивные движения выполняет массажист: он берет конечность пациента и начинает ее поворачивать, сгибать, разгибать, вращать.

Ударные приемы оказываются весьма эффективными при массировании конечностей. При этом применяют несколько видов ударных приемов: поколачивание, похлопывание, рубление, пунктирование. Техника выполнения данных приемов различна, воздействие можно осуществлять концевыми фалангами пальцев, основанием кисти, пальцами, сжатыми в кулак, ладонной поверхностью.

Поколачивание выполняют концевыми фалангами пальцев (большого, четырех или всех пяти), сложенных в виде раскрывающегося бутона. Движение идет снизу вверх прямолинейно или же безо всякого направления, хаотично. Прием проводят одной или двумя руками в быстром темпе. Две руки могут действовать одновременно или попеременно. Поколачивание одной рукой может быть ординарным или с отягощением, в последнем случае ладонь левой руки плотно

накладывают на запястье правой руки.

Поколачивание основанием ладони по технике выполнения аналогично предыдущему приему, движение также может быть прямолинейным или хаотичным. Проводят данный прием одной или двумя руками, которые могут действовать как одновременно, так и попеременно. При выполнении данного поколачивания с отягощением ладонь левой руки прижимают наискосок к тыльной поверхности ладони правой руки, при этом мизинец левой руки совпадает с большим пальцем правой, безымянный палец левой – с указательным пальцем правой, а средний палец левой – со средним пальцем правой.

Поколачивание пальцами, сжатыми в кулак, выполняют и одной, и двумя руками (они могут действовать одновременно или попеременно). Движения выполняют снизу вверх. Они идут прямолинейно или произвольно в любом направлении по всему массируемому участку. При отягощении ладонь левой руки накладывают на кулак правой.

Похлопывание осуществляют ладонной поверхностью кисти. Этот прием можно выполнять ладонью и пальцами, только ладонью (пальцы приподняты и не касаются массируемого участка) и тыльной стороной ладони. Во всех случаях похлопывание проводят в быстром темпе, движения осуществляют снизу вверх по всему массируемому участку без какого-либо определенного направления. Выполнять похлопывание можно одной или двумя руками, действующими попеременно или одновременно. Данный прием проводят ординарно или с отягощением. При похлопывании ладонью и пальцами отягощение проводят ладонью и пальцами таким образом, чтобы пальцы правой и левой руки оказались наложенными друг на друга. При похлопывании ладонью отягощение осуществляют наложением ладони левой руки поперек тыльной стороны ладони правой руки. При похлопывании тыльной стороной ладони отягощение производят наложением поперечно тыльной стороны ладони левой руки на ладонь правой.

Рубление конечности осуществляют ребром ладони. В приеме может быть задействован мизинец, в этом случае происходит небольшой пережат с ребра ладони на мизинец. Рубление проводят в любом направлении по всему массируемому участку. Прием осуществляют как ординарно, так и с отягощением.

Пунктирование проводят концевыми фалангами пальцев. При выполнении данного приема используют любое количество пальцев. Данный прием осуществляют одной или двумя руками, отягощение не применяют. Пунктированием можно закончить серию ударных приемов.

В серии потряхиваний, или встряхиваний, различают такие приемы, как встряхивание, сотрясение, стегание, вибрация, потряхивание, подталкивание, подергивание, пощипывание. Каждый из этих приемов имеет особую технику выполнения.

Потряхивание способствует лучшему оттоку крови и лимфы, равномерно распределяет межтканевую жидкость, действует успокаивающе на центральную нервную систему и расслабляюще на мышцы, а также позволяет избавиться от болевых ощущений. Потряхивание выполняют мизинцем и большим пальцем. Темп выполнения потряхиваний – 12–15 раз в секунду.

Сотрясения выполняют двумя руками. Направление движений произвольное, руки могут смещаться по массируемому участку вверх или вниз, а также сближаться.

Далее следует стегание. Прием выполняют одним или несколькими пальцами. Если использовать обе руки, то стегание следует осуществлять попеременно. При появлении болевых ощущений прием следует прекратить.

Непрерывистая вибрация представляет собой непрерывные колебательные движения, которые распространяются по всему массируемому участку. Вибрацию выполняют одной или двумя руками в быстром темпе, который постепенно увеличивают, а затем снижают: сначала скорость выполняемых движений составляет 100–120 вибраций в минуту, затем возрастает до 250–300

вибраций в минуту, после чего ослабевает до начального состояния. Продолжительность воздействия на массируемый участок – 10–15 секунд, после этого следует в течение 3–5 секунд прогладить кистями рук массируемый участок. Движения при непрерывистой вибрации проводят в разных направлениях: продольном, поперечном, прямолинейном, зигзагообразном и спиралевидном.

Затем выполняется подталкивание. Данный прием выполняют по всему массируемому участку конечности в произвольном направлении.

Подергивание осуществляют двумя пальцами – большим и указательным. Ими захватывают большой участок мышцы, производят резкие движения вверх, после чего мышцу отпускают и возвращают в исходное положение. Подергивание проводят одной или двумя руками. Движение по участку может осуществляться в любом направлении.

Пощипывание также осуществляют большим и указательным пальцами, но при этом захватывают небольшой участок, который легко и быстро приподнимают, а затем отпускают и возвращают в исходное положение. Пощипывание выполняют в быстром темпе, движение по участку произвольное.

Встряхивание по своему воздействию на массируемый участок аналогично потряхиванию. Данный прием проводят после серии всех приемов и применяют для снятия напряжения, активизации кровообращения в конечностях. При выполнении потряхивания массируемый сгибает конечность под углом 40–50°, а массажист производит встряхивающие движения в вертикальном направлении.

Поглаживание завершает серию массажных приемов, используемых при массаже конечностей зоны распространения боли. Движения начинают снизу и направляют вверх, затем кисти рук перемещают в обратном направлении. Данное поглаживание можно выполнять как одной, так и двумя руками (их можно чередовать). Зигзагообразное поглаживание также выполняют снизу вверх или сверху вниз. Спиралевидное поглаживание техникой выполнения напоминает предыдущие приемы, но направление движения спиралевидное.

Помимо отдельного применения каждого приема, массажисты нередко объединяют прямолинейное, зигзагообразное и спиралевидное поглаживания в один комбинированный прием, проводимый одной или двумя руками. Можно условно обозначить прямолинейное поглаживание – П, зигзагообразное – З, спиралевидное – С и выполнять прием по приведенным ниже схемам:

- 1) П-З-С-П-З-С-З-П-П-С-З-П-З-С-П;
- 2) З-С-П-З-С-П-З-П-С-З-С-С-П-З-П;
- 3) С-П-З-З-П-С-П-П-С-З-З-П-П-З-С.

Концентрическое поглаживание осуществляют пальцами, которые плотно обхватывают конечность и начинают движение, напоминающее восьмерку. Направление движения кистей рук – снизу вверх. Прием достаточно сложен по технике выполнения и требует подготовки.

Кругообразное поглаживание проводят четырьмя пальцами, которые движутся в сторону мизинца, а большой палец выполняет функцию опоры. Также кругообразное поглаживание можно производить основанием ладони, отставив большой палец в сторону, в этом случае кисть руки будет разворачиваться в сторону мизинца. Кругообразное поглаживание проводят одной и двумя руками, в том случае, когда массаж выполняют одной рукой, другая рука поддерживает конечность.

Щипцеобразное поглаживание осуществляют большим и указательным пальцами, сложенными наподобие щипцов. Движение, преимущественно прямолинейное, производят снизу вверх.

Граблеобразное поглаживание выполняют концевыми фалангами раздвинутых пальцев. Большой палец находится по одну сторону массируемого участка, а остальные четыре пальца – по другую. Большие пальцы стремятся навстречу друг другу, а остальные поглаживают массируемый участок. Направление движения – снизу вверх или сверху вниз.

Гребнеобразное поглаживание проводят фалангами согнутых, разведенных в стороны пальцев. По технике выполнения данный прием похож на предыдущий: движение осуществляют снизу вверх по массируемому участку. Гребнеобразное и граблеобразное поглаживания можно выполнять как одной, так и двумя руками, последнее при массаже конечностей предпочтительнее.

Крестообразное поглаживание осуществляют сцепленными в замок пальцами рук, направление движения – снизу вверх или сверху вниз.

Глажение является завершающим приемом в серии поглаживаний. Выполняют его одной или двумя руками, при этом ладонь и пальцы движутся по участку в медленном темпе, с небольшим нажимом. Иногда для усиления эффекта производят отягощение, при этом пальцы левой руки плотно накладывают на пальцы правой.

Искривления позвоночника

Искривления позвоночника – это заболевания, сопровождаемые чрезмерным изгибом позвоночного столба либо кпереди (лордоз, гиперлордоз), либо кзади (кифоз, гиперкифоз), либо в стороны (сколиоз). Несмотря на то что при развитии этих заболеваний не отмечается разрушение межпозвоночных дисков, последствия могут быть не менее серьезными, чем при остеохондрозах и спондилезах.

Лордоз – это врожденное или приобретенное искривление позвоночника, характеризующееся выпуклостью кпереди, нередко сочетающееся с кифозом и сколиозом. При нормально выраженном физиологическом лордозе на боковой рентгенограмме поясничного отдела позвоночника можно провести перпендикулярную линию от средней части нижней площадки третьего поясничного позвонка к верхнепереднему углу первого крестцового позвонка. Выпрямление или чрезмерный изгиб лордоза приводит к отклонению этой линии назад или вперед.

Кифоз представляет собой искривление позвоночника (как правило, его грудного отдела, хотя встречаются деформации в шейном и поясничном отделах) выпуклостью кзади. В норме величина кифотического изгиба составляет 20–45°, превышение этого показателя, установленное с помощью рентгенограммы позвоночника, дает основание говорить о патологическом кифозе. Сильная деформация грудного отдела позвоночника приводит к появлению горба.

Нередко кифоз сопровождается болями в области спины и шеи, мышечными спазмами, снижением чувствительности в верхних и нижних конечностях, тазовыми расстройствами. Причинами развития данного заболевания могут быть врожденные патологии, воспалительные и дегенеративные заболевания, сопровождающиеся изменениями в позвонках и межпозвоночных дисках, травмы позвоночного столба, операционное вмешательство, а также паралич мышц спины вследствие таких заболеваний, как детский церебральный паралич и полиомиелит.

Сколиозом называется боковое отклонение позвоночного столба от вертикальной оси туловища, при котором наблюдаются изменения в костном и связочном аппаратах, а в сложных случаях – и нарушения в работе внутренних органов (сердца, легких). Нередко данное заболевание сопровождается плоскостопием и слабостью связочного аппарата.

Причинами развития бокового искривления являются несоблюдение правильной осанки во время ходьбы и работы за столом, травматические повреждения позвоночника, заболевания нервной системы, рахит, радикулит и др.

Сколиозы бывают двух видов: С-образный, или простой (в данном случае позвоночный столб имеет только один изгиб) и S-образный, или сложный (у позвоночника отмечается 2–3 изгиба в разные стороны).

Кроме того, сколиозы различают по степени тяжести (всего их четыре). Внешними проявлениями сколиоза I степени являются опущенная голова, сутуловатость, сведенные плечи, асимметричная талия, незначительный перекос надплечий (одно немного выше другого); у страдающих данным заболеванием лишь намечается поворот позвонков вокруг вертикальной оси (торсия). Искривление позвоночника явно просматривается при наклоне туловища вперед.

При сколиозе II степени отмечается асимметрия контуров шеи и талии, опущение таза на стороне искривления, торсия, появление на стороне искривления в поясничном отделе мышечного валика, а в грудном – выпячивания. Неправильное положение тела (его кривизна) наблюдается постоянно.

Сколиоз III степени характеризуется, помимо всех внешних проявлений сколиоза II степени, сильно выраженной торсией, реберным горбом, западанием ребер и выпиранием их передних дуг, сближающихся на стороне вогнутости с подвздошной костью, ослаблением мышц живота и ограничением подвижности в суставах, вызываемым мышечными болями.

При сколиозе IV степени наблюдается сильная деформация всего позвоночника. Признаки сколиоза III степени усиливаются, мышцы в области искривления становятся чрезмерно растянутыми, неспособными удерживать позвоночный столб в фиксированном положении, ребра западают в области вогнутости грудного сколиоза, реберный горб становится еще более выраженным.

Как правило, сколиоз начинает развиваться в детском возрасте. Чтобы определить видимые деформации скелета, родители должны научиться тестировать своих детей.

Проводится тест на сколиоз следующим образом: осматриваемого ставят спиной к себе, прикладывают к выпирающему остистому отростку его VII шейного позвонка груз на ниточке (он будет выполнять роль отвеса) и наблюдают. Если отвес проходит вдоль позвоночника и между ягодицами, причин для беспокойства нет; если же отвес минует ягодичные складки и немного отклоняется от вертикальной оси туловища, стоит задуматься. Это первый признак неуравновешенного сколиоза, который, прогрессируя, может развиваться в S-образный сколиоз.

Еще одним способом распознавания бокового искривления позвоночника является наклон осматриваемого вперед с опущенными руками. В этом случае особое внимание следует обратить на то, не выпирает ли одна из лопаток и не формируется ли реберный горб. В положении стоя необходимо проверить, нет ли деформации «окошек» – пространств между боковыми поверхностями туловища и опущенными вниз руками.

Однако ясную картину заболевания и прогноз его развития может дать только врач, и причем лишь после рентгенологического обследования пациента. На основе рентгенограмм осуществляются замеры угла отклонения позвоночника от вертикальной оси (на снимке проводится несколько линий между верхним и нижним позвонком зоны искривления и измеряется угол между ними), а сравнение с более ранними данными рентгенологического обследования позволяет сделать выводы о темпах прогрессирования болезни.

Существует две методики измерения угла бокового искривления позвоночника: по В. Д. Чаклину, чем больше градус отклонения, тем легче степень заболевания (I степень – 180–175°, II степень – 175–155°, III степень – 155–100°, IV степень – меньше 100°); по Дж. Коббу, степень тяжести сколиоза пропорциональна показателю угла искривления (I степень – меньше 15°, II степень – 20–40°, III степень – 40–60°, IV степень – больше 60°).

Наиболее тяжелыми и опасными считаются верхнегрудной и шейно-грудной сколиозы, менее сложными – грудные, грудопоясничные и поясничные боковые искривления позвоночника. Однако не стоит забывать, что сколиотическая болезнь нередко провоцирует развитие такого опасного заболевания, как остеохондроз.

//-- Массаж при С-образном грудном сколиозе --//

Массаж показан при любой степени и виде сколиоза. Его регулярное использование позволяет скорректировать искривление позвоночного столба, укрепить мышечный корсет спины, активизировать крово- и лимфообращение, снизить чувство усталости и уменьшить болевые ощущения в пораженной области.

Массаж спины. Массировать спину следует как справа, так и слева от позвоночного столба, причем в первую очередь прорабатывают сторону искривления.

Приемы выполняют в следующей последовательности: прямолинейное и попеременное поглаживания (3–4 раза), выжимание основанием и ребром ладони (4–5 раз) и разминание.

В первую очередь проводят разминание длинных и широчайших мышц спины, выполняют данный прием несколькими способами – кругообразно подушечкой большого пальца; кругообразно подушечками четырех пальцев; кругообразно фалангами согнутых пальцев; кругообразно возвышением большого пальца; пальцами, сложенными в виде щипцов (щипцеобразное и двойное кольцевое щипцеобразное разминания). Используют также вспомогательный прием разминания – такой, как сжатие. На широчайших мышцах спины проводят ординарное, двойное кольцевое и комбинированное разминания, кроме того, кругообразно массируют пораженные участки фалангами согнутых пальцев, основанием ладони или возвышением большого пальца. Для проработки межреберных промежутков используют следующие виды разминаний: прямолинейное и кругообразное подушечками четырех пальцев; прямолинейное и кругообразное подушечкой большого пальца; прямолинейное и кругообразное подушечкой среднего пальца.

В зоне расположения ромбовидных мышц и мышцы, ответственной за поднятие лопатки, будут эффективны следующие разминания: прямолинейное подушечкой и возвышением большого пальца; кругообразное подушечкой большого пальца и подушечками четырех пальцев; кругообразное фалангами согнутых пальцев; пальцами, собранными в виде щипцов.

Массаж шеи и трапециевидной мышцы. Проработку шеи и трапециевидной мышцы начинают с поглаживания волосистой части головы вниз (5–6 раз), затем делают несколько продольных выжиманий (3–5 раз) и переходят к разминаниям (по 6–8 раз). Обычно выполняют ординарное, двойное кольцевое, кругообразное подушечками четырех пальцев и фалангами согнутых пальцев, а также кругообразное разминание лучевой стороной кисти. Продолжительность и темп проведения разминающих приемов должны быть одинаковы на всей поверхности массируемой области.

Нижнюю часть трапециевидной и ромбовидной мышц (напротив выпуклой стороны сколиоза) прорабатывают очень тщательно, чтобы достигнуть их полного расслабления. Выжимания и разминания чередуют с поглаживаниями и потряхиваниями.

Промассировав заднюю поверхность шеи и верхнюю часть спины, переходят к выполнению приемов в области лопаток. Одну лопатку пациента приводят к позвоночнику, плечо отводят назад, подкладывают под него валик или подушечку, после чего мягко, с особой осторожностью надавливают на выступающие ребра. Пальцами одной кисти пытаются переместить выступающую часть позвоночника на место – это действие сопровождается попеременным постукиванием концевыми фалангами пальцев по остистым отросткам позвонков. Затем, удерживая одной рукой плечо пациента в зафиксированном положении, другой рукой осуществляют массаж межлопаточных и лопаточных мышц.

Следует отметить, что приемы, используемые во время первых массажных сеансов, призваны

расслабить мышцы шеи и спины. Перед последующими сеансами ставится задача укрепить мускулатуру, повысить мышечный тонус в области вогнутости дуги.

Массаж руки на стороне выпирания дуги. Обычно после проработки спины и шеи проводят массаж конечности на стороне выпирания дуги. Выполняют его в следующей последовательности: сгибатели плеча, сгибатели предплечья, разгибатели плеча, разгибатели предплечья, ладонная часть кисти, плечевой сустав.

Сгибатели плеча и предплечья массируют по такой схеме: 3–5 поглаживаний, 5–6 выжиманий, 6–8 разминаний (ординарное и кругообразное фалангами согнутых пальцев и возвышением большого пальца, клювовидное).

Дельтовидную мышцу прорабатывают путем поглаживания, выжимания и ординарного, двойного кольцевого и кругообразного разминаний.

Трехглавую мышцу плеча массируют таким же образом, как и дельтовидную, только используют еще комбинированное и кругообразное клювовидное разминания и затрачивают больше времени и сил на проработку участка.

При массаже ладонной части кисти непродолжительное поглаживание сменяется энергичным растиранием (прямолинейное и кругообразное подушечками четырех пальцев или подушечкой большого пальца).

Плечевой сустав прорабатывают с помощью следующих приемов: концентрическое поглаживание; кругообразное растирание подушечками четырех пальцев, гребнями кулака, ребром большого пальца; кругообразное клювовидное растирание; разминание; пассивные и активные движения.

Массаж груди при грудном С-образном сколиозе проводят с целью расслабления мышц и возвращения плеча в естественное положение (обычно при данном заболевании плечо выступает вперед). Массажист одной рукой захватывает плечо пациента и оттягивает его так, чтобы оно заняло симметричное по отношению к другому плечу положение. В то же время оказывают воздействие на большую грудную мышцу с помощью следующих видов разминания – ординарного, двойного грифа, двойного кольцевого и комбинированного. На межреберных промежутках проводят прямолинейное и кругообразное разминания, выполняемые подушечками четырех пальцев и подушечками большого и среднего пальцев.

На участках, где ребра максимально приближены друг к другу, для расслабления мышц и расширения пространства между ребрами используют приемы, позволяющие проникать подушечками пальцев в межреберные промежутки и немного растягивать их (граблеобразное поглаживание и др.).

Массаж живота. Ослабленные мышцы живота при различных видах сколиоза необходимо укреплять. Для этого проводят массаж области живота с использованием классических приемов: кругового поглаживания (3–4 раза); ординарного, двойного кольцевого и кругообразного фалангами согнутых пальцев одной и обеих рук разминаний на прямых мышцах живота (по 5–6 раз); ординарного, двойного и кольцевого разминаний на косых мышцах живота, а также кругообразных разминаний, выполняемых фалангами согнутых пальцев и пальцами, сложенными в виде клюва (по 5–6 раз).

//-- Массаж при С-образном поясничном сколиозе --//

Массаж при поясничном С-образном сколиозе направлен на укрепление мышечного корсета спины, активизацию крово- и лимфообращения в пораженной зоне, уменьшение болевых ощущений и коррекцию искривления позвоночника. Процедуру проводят в положении больного лежа на животе.

Массаж спины. Массировать спину начинают с приемов поглаживания: выполняют 5–6 прямолинейных и попеременных поглаживаний, после чего переходят к выжиманиям (5–6 раз). Их производят основанием ладони и пальцами, сложенными в виде клюва. Далее массируют

длинные мышцы спины: здесь проводят кругообразные разминания подушечкой большого пальца (можно использовать и пальцы обеих рук) и фалангами согнутых пальцев (по 3–4 раза), а также выполняют щипцевидное разминание. Массирование широчайших мышц спины предусматривает использование таких разминаний, как ординарное, двойной гриф, двойное кольцевое, комбинированное и кругообразное фалангами согнутых пальцев.

Межреберные промежутки прорабатывают с помощью таких приемов, как прямолинейное и кругообразное разминания подушечками четырех пальцев; прямолинейное, зигзагообразное и кругообразное разминания подушечкой большого пальца; кругообразное, прямолинейное и кругообразное подушечкой среднего пальца.

В том случае, когда дуга ребра находится близко к крылу подвздошной кости и точки крепления мышц приближены друг к другу, в первую очередь проводят приемы, призванные расслабить мускулатуру и увеличить промежутки между реберной дугой и крылом подвздошной кости. Сначала с некоторым приложением силы растягивают межреберный промежуток, стараясь увеличить пространство между крылом подвздошной кости и реберной дугой, а затем осуществляют массирование на подготовленном участке.

На поясничной области мышцы разминают прямолинейно подушечкой и бугром большого пальца; кругообразно подушечками четырех пальцев; кругообразно пальцами, сложенными в виде клюва; а также используют такие вспомогательные приемы, как пиление и пересекание.

Если необходимо расслабить мышцы спины, более длительному массажу подвергают зону на стороне выпуклой части искривления, если же массаж призван укреплять мышцы и повышать их тонус, процедуру проводят преимущественно на стороне вогнутости сколиоза.

Массаж тазовой области предусматривает в первую очередь проведение приемов на ягодичных мышцах по следующей схеме: прямолинейное, спиралевидное и зигзагообразное поглаживания (по 3–4 раза); выжимание ребром ладони и пальцами, сложенными в виде клюва (по 5–6 раз); по 7–8 различных видов разминаний (ординарное, двойной гриф, двойное кольцевое, кругообразное сложенными в кулак пальцами и кругообразное клювовидное).

Затем выполняют разминания на крестце – кругообразное подушечкой большого и подушечками четырех пальцев, сжатие и кругообразное возвышением большого пальца (все приемы проводят по 7–8 раз).

Разминание на гребне подвздошной кости проводят несколькими способами: кругообразно подушечками четырех пальцев, кругообразно фалангами согнутых пальцев, кругообразно гребнем кулака и кругообразно ребром ладони.

После массирования спины и тазовой области воздействие оказывают на выпуклую часть позвоночника. Концевыми фалангами пальцев производят надавливания на чрезмерно выступающие позвонки, стараясь вернуть их на место и придать позвоночному столбу естественное положение.

Массаж живота. Для проведения серии приемов на животе пациент должен занять положение лежа на спине. Только после этого массажист приступает к процедуре. Начинается она с круговых поглаживаний, затем проводят разминания на прямых и косых мышцах живота (ординарное, двойное кольцевое, кругообразное фалангами согнутых пальцев и пальцами, соединенными в виде клюва).

Массаж ноги на стороне выпирания дуги. Нижние конечности массируют в такой очередности: сначала задняя поверхность – бедро (двуглавая мышца), коленный сустав, голень (икроножная мышца), голеностопный сустав (ахиллесово сухожилие); затем передняя – бедро (четырехглавая мышца), коленный сустав, голень, голеностопный сустав. При массировании бедра используют приемы поглаживания, выжимания и разминания (ординарное, двойное кольцевое, ординарно-продольное, комбинированное, кругообразное клювовидное), а в зоне седалищного нерва – вибрационные приемы. Голень массируют путем поглаживания,

выжимания и разминания мышц. Подколенную ямку прорабатывают с помощью такого вибрационного приема, как пунктирование (выполняют подушечками концевых фаланг указательного и среднего пальцев).

Массаж голеностопного сустава начинают с концентрического поглаживания, затем осуществляют щипцеобразное разминание, кругообразное разминание подушечками четырех пальцев, пальцами, сложенными в «клюв», а также проводят разминание возвышением и подушечками больших пальцев. Направление движений – от голеностопного сустава к основанию пальцев, при массировании тыльной части стопы – наоборот.

//-- Массаж при S-образном сколиозе --//

Массаж при S-образном сколиозе проводят по методикам, приведенным выше для C-образных сколиозов, однако массажированию подвергают поочередно и грудную, и поясничную области. Регулярное проведение процедуры, ее правильное дозирование и использование наиболее эффективных приемов позволяют не только укрепить мышечный корсет, но и вернуть позвоночник в естественное физиологическое положение (то есть скорректировать искривление позвоночного столба).

Наиболее результативным массаж оказывается в том случае, когда длительность курса составляет не менее 12 сеансов (4–8 дней ежедневных процедур, 8-12 дней – через день).

Дегенеративные заболевания позвоночника (спондилезы и спондилоартрозы)

Деформирующий спондилез – заболевание, сопровождающееся дегенеративными изменениями межпозвоночных дисков, точнее наружных поверхностей фиброзного кольца, на почве преждевременного старения или износа. В отличие от хондроза и остеохондроза, при деформирующем спондилезе может не наблюдаться сужение межпозвоночного пространства, но непременно происходит разрастание больших остеофитов на некотором расстоянии от краев позвонковых тел. Остеофиты могут увеличиваться в размерах и соединяться над межпозвоночными пространствами. Если область их распространения невелика, причиной заболевания может быть травма позвоночника или воспалительный процесс, более обширная локализация остеофитов указывает на дегенеративные изменения в организме.

Деформирующий спондилез, как правило, затрагивает грудной, реже поясничный и шейный отделы позвоночного столба. В первом и втором случаях остеофиты располагаются на передней и боковой поверхностях тел позвонков, в третьем – на участках позвонковых тел, расположенных немного дальше вбок и кзади. Заболевание, локализующееся в шейном отделе, нередко провоцирует развитие симптоматических проявлений, известных под названием «шейная мигрень».

Различают несколько видов спондилеза:

- статический деформирующий спондилез, вызываемый ранним изнашиванием дисков на почве нарушения нормальной осевой нагрузки, например, при сколиозе, кифозе и др. Дегенеративные изменения затрагивают в первую очередь вогнутую сторону изгиба позвоночника: при кифозе – переднюю, при сколиозе – боковую;
- реактивный деформирующий спондилез, вызываемый повреждением позвонков в результате воспалительного процесса;
- спонтанный деформирующий спондилез, развивающийся в результате возрастного или преждевременного изнашивания межпозвоночных дисков.

Клиническая картина при деформирующем спондилезе выражена слабо. При наличии болевых ощущений при проведении обследования отмечается спазм длинных мышц спины и ограничение движений в каком-либо одном направлении, пациент с трудом разгибает спину в

промежутках между болевыми приступами, причем делает это очень медленно. Кроме того, отмечается нарушение правильного ритма сгибания при разрастании больших остеофитов и их срастании в скобки, соединяющие тела соседних позвонков.

Нередко при межпозвоночном хондрозе, остеохондрозе и деформирующем спондилезе, а также при повреждениях позвонковых дужек, переломах суставных отростков и прочих патологических изменениях наблюдается неустойчивость позвонка (реже двух): в процессе сгибания и разгибания туловища он перемещается относительно расположенного ниже кпереди и кзади. При этом может происходить сдавливание кровеносных сосудов или защемление спинного мозга или нервных корешков. «Нестабильность» позвонков отмечается, как правило, в шейном (IV шейный позвонок передвигается над V или V позвонок над VI) и в поясничном (III позвонок над IV или IV позвонок над V) отделах.

Спондилоартроз – заболевание, возникающее в результате дегенеративных изменений мелких суставов позвоночника, обусловленных неправильным, вызванным уменьшением высоты межпозвоночных дисков взаимным расположением тел позвонков и изменением нагрузки на суставные поверхности. Изменения затрагивают в первую очередь концы суставных отростков позвонков, на которых развиваются краевые зубцы; со временем под суставным хрящом образуется склеротическая костная кайма. При локализации заболевания дегенеративные изменения наблюдаются лишь в нескольких парах мелких суставов, при серьезных деформациях позвоночника изменения затрагивают многие мелкие суставы.

Клиническими проявлениями данного заболевания являются боли в области спины и ограниченная подвижность позвоночника, особенно болезненно выполняется разгибание. При обследовании пациента выявляются такие симптомы, как защитный мышечный спазм, болевые ощущения при активных и пассивных движениях позвоночника и значительное уменьшение их амплитуды. Как правило, спондилоартрозы не бывают изолированными, они сочетаются с такими заболеваниями, как остеохондроз позвонков и деформирующий спондилез.

//-- Массаж при дегенеративных заболеваниях позвоночника --//

Массаж при спондилезах и спондилоартрозах предусматривает воздействие на паравертебральные зоны всех спинно-мозговых сегментов и рефлексогенные участки задней поверхности грудной клетки и тазовой области.

Пациент занимает удобное положение лежа на животе, и массажист приступает к процедуре: сначала делает продольно-поперечные поглаживания по всей спине, затем на длинных и широчайших мышцах спины с каждой стороны позвоночного столба выполняет продольные выжимания с отягощением, производимым путем наложения одной руки на другую, и переходит к разминаниям, чередующимся с потряхиваниями и поглаживаниями. Обычно используют следующие виды разминаний: на широчайших мышцах – ординарное, двойное кольцевое, двойной гриф; на длинных мышцах – разминание основанием ладони (прием можно выполнять одной или двумя руками) и фалангами собранных в кулак пальцев, щипцевидное разминание подушечками пальцев (можно использовать отягощение), прямолинейное и кругообразное разминания подушечкой большого пальца.

За разминаниями следуют растирания. Их выполняют основанием ладони или подушечками четырех пальцев в зигзагообразном направлении. Завершают массаж спины прямолинейным поглаживанием. Затем приступают к проработке тазовой области. Начинают процедуру с продольно-поперечного поглаживания ягодич, затем переходят к выжиманиям (используют следующие виды – поперечное, ребром ладони, двумя руками с отягощением) и разминаниям ягодичных мышц. Обычно проводят разминание основанием ладони, фалангами собранных в кулак пальцев, двойное кольцевое разминание и двойной гриф (по 4–5 раз каждый прием). Далее следует потряхивание ягодичных мышц.

Особое внимание уделяют массажированию гребней подвздошных костей. Эту область прорабатывают с помощью такого приема, как растирание, используют прямолнейное и спиралевидное растирания подушечками и фалангами пальцев, а также основанием ладони одной руки и с отягощением.

Растирания проводят и на крестце: подушечками больших пальцев выполняют спиралевидные движения вдоль крестца, так же действуют подушечками четырех пальцев и фалангами собранных в кулак пальцев. Можно делать растирание одной рукой или с отягощением.

Тазобедренные суставы прорабатывают аналогично растиранию крестцовой области, добавляя проведение активных и пассивных движений. Завершают процедуру попеременным поглаживанием всей тазовой области.

Нарушения осанки

Нарушение осанки – это тоже заболевание, которое, однако, не сопровождается сильной деформацией позвоночного столба, но нуждается в коррекции. Наиболее заметной неправильная осанка становится в тот момент, когда человек стоит или сидит в расслабленной позе. Нормальная осанка характеризуется прямым положением головы и позвоночного столба; симметричностью надплечий, лопаток и ягодиц; равными «окошками», образуемыми боковыми поверхностями тела и опущенными руками; горизонтальностью линии ключиц; вертикальностью линии остистых отростков позвоночника; ровными линиями крыльев таза; одинаковой длиной ног и правильным положением стоп (они должны соприкасаться внутренними поверхностями от пяток до кончиков пальцев).

Причинами нарушения осанки являются слабость и вялость организма, не способного выдерживать большие нагрузки прямохождения; длительная фиксация тела в неудобном положении; разная длина нижних конечностей, ведущая к перекосу таза (как правило, это наблюдается у подростков в период полового созревания, для устранения подобного дефекта следует подложить под пятку укороченной ноги прокладку или использовать специальную ортопедическую обувь), и др. Иногда дефект осанки закрепляется в виде определенного стереотипа на нейропсихическом уровне. Одним из нарушений осанки является обычная сутулость (физиологический кифоз), вызываемая слабостью мышечного корсета спины, неправильным положением за столом во время выполнения письменных упражнений, а также психологическим фактором (например, стеснением своего высокого роста). Нередко сутулость сопровождается поясничным гиперлордозом, выполняющим компенсаторную функцию.

При подобном нарушении осанки не происходит каких-либо дегенеративных изменений в позвоночнике, наблюдается лишь повышенный мышечный тонус, и человек может волевым усилием принять правильное физиологическое положение.

Однако со временем дефекты осанки могут спровоцировать развитие сколиотической болезни, раннего остеохондроза или нестабильности (чрезмерной подвижности) позвонков, поэтому необходимо своевременно лечить данное заболевание.

Методика лечения нарушений осанки предусматривает занятия физическими упражнениями, направленными на укрепление мускулатуры спины, посещение сеансов профилактического и лечебного массажа, имеющих целью восстановление и создание симметричного тонуса околопозвоночных мышц. Особое значение при лечении сутулости и прочих дефектов осанки придается психологическому воздействию – внушению больному мысли о возможности исцеления.

//-- Массаж при нарушениях осанки --//

Хороший эффект для исправления осанки может быть получен в результате

дифференцированного использования массажа. Воздействию подвергается в первую очередь спина, включая пояснично-крестцовую область и ягодицы, а также по мере необходимости грудная клетка и живот.

В месте грудного кифоза при круглой спине и сутуловатости необходимо применять все энергичные приемы, в том числе растирание и разминание, чтобы добиться большего тонуса мышц.

При значительно выраженном поясничном лордозе используют массажные приемы поглаживания и вибрации, чтобы способствовать расслаблению мышц.

При асимметричной осанке подбирают разные приемы для каждой половины спины. Ту половину, в сторону которой ребенок имеет привычку наклоняться, массируют с использованием расслабляющих приемов. Другую стимулируют всеми возможными приемами.

В ходе массажа по мере необходимости применяют корректирующие приемы: надавливание, оттягивание и др., при помощи которых массажист стремится придать телу пациента симметрию.

По тому же принципу массируют переднюю часть грудной клетки.

Массаж живота показан в тех случаях, когда наблюдается его выпячивание и мышцы брюшной стенки чересчур слабые.

Хороший эффект для профилактики дефектов осанки дает самомассаж. Овладев в совершенстве его приемами, можно производить и дифференцированное воздействие в целях коррекции.

МАССАЖ ПРИ АРТРИТАХ

Людей можно разделить на две категории. В первую входят те, кто никогда не жалуется на недомогания, связанные с суставами. Ко второй относятся люди, страдающие заболеваниями суставов. Не следует забывать, что хорошее состояние здоровья может продлиться недолго, если отсутствуют регулярная физическая нагрузка и правильное питание, обеспечивающее организм необходимыми элементами. Укрепить суставы, поддерживать их гибкость и подвижность можно при помощи специальных гимнастических упражнений и массажа. Регулярное выполнение данных процедур позволит улучшить функции всех органов и систем организма в целом: повысить тонус мышц, восстановить кровообращение, дыхание, стабилизировать нервную систему.

На сегодняшний день все большее количество людей страдает от недостатка двигательной активности, просиживая целыми днями на работе, а дома – у телевизора. Многие даже не задумываются о том, насколько необходимо организму движение. Новейшие автоматизированные технологии выполняют за человека всю физическую работу. В основном ему не приходится физическим трудом добывать себе пропитание, как это делали наши древние предки, проводя много времени в поисках пищи, активно охотясь и пытаясь выжить в жестких условиях окружающей среды. В современном обществе все устроено во благо человека. Человечество, стремясь к новым изобретениям и познаниям, все больше внимания уделяет мыслительной работе, в результате чего страдает от физической пассивности. Большинство болезней «молодеет», то есть поражает людей в более молодом возрасте, чем ранее. К таким заболеваниям относятся болезни суставов. Даже если они не являются смертельными, то причиняют человеку такую боль, которая делает жизнь невыносимой. В мире на семь человек приходится один страдающий тем или иным проявлением артрита. Слово «артрит» переводится

на русский язык как «воспаление суставов». Нередко люди принимают за артрит недуги суставов, которые не вызваны воспалением. Поэтому необходимо знать строение суставов, принципы их работы и анатомико-клиническую картину артрита.

Строение суставов

Сустав представляет собой подвижное соединение костей (рис. 74). В здоровом состоянии они имеют возможность свободно двигаться. Суставы можно сравнить с шарнирами, в задачу которых входит обеспечение плавного скольжения костей относительно друг друга. При их отсутствии кости будут просто тереться друг о друга, постепенно разрушаясь, что является очень болезненным и опасным процессом.

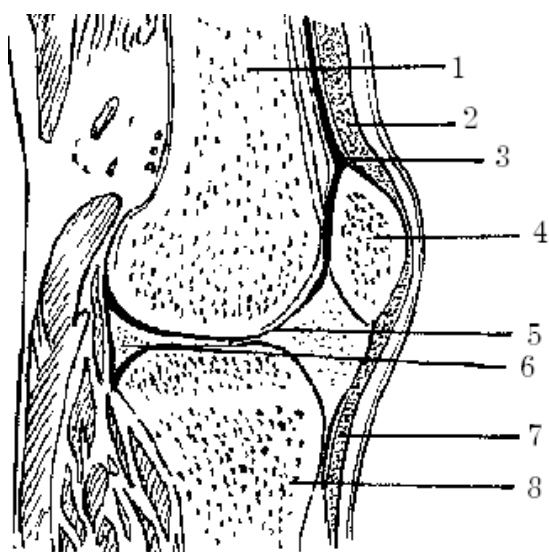


Рис. 74. Строение сустава: 1, 8 – кость; 2 – суставная капсула; 3 – суставная полость; 4 – надколенник; 5 – суставная жидкость; 6 – медиальный диск; 7 – связка

Большинство суставов по своему типу относятся к синовиальным. Для них характерно выставление соприкасающихся костей друг перед другом.

Суставы также разделяют на простые и сложные. В образовании простых участвуют две кости, сложных – более двух костей.

Все виды соединения костей делятся на две группы: непрерывные и прерывные. Прерывное соединение (синовиальное) – подвижное сочленение костей, между которыми расположена щелевидная суставная полость. Непрерывное соединение – это фибринозное соединение, при котором кости как бы сращены между собой соединительной тканью. Соединяются кости посредством плотно-волокнутой соединительной ткани, хряща и костной ткани.

В подвижных соединениях имеются основные образования:

- суставные поверхности;
- суставные хрящи;
- суставная капсула;
- суставная полость.

Суставные хрящи представляют собой ткань, наполненную жидкостью. Поверхность хряща ровная, крепкая и эластичная, способна хорошо впитывать и выделять жидкость.

Суставная капсула имеет вид замкнутого чехла и образована соединительной тканью. Она окружает сочленяющиеся концы костей и на суставных поверхностях переходит в надкостницу. Суставная капсула имеет толстую наружную волокнистую фибринозную мембрану и внутреннюю тонкую синовиальную мембрану. Последняя выделяет в полость сустава особую

клейкую синовиальную жидкость, которая смазывает суставные поверхности.

Сустав окружает волокнистая суставная сумка, при помощи которой кости удерживаются рядом и с легкостью перемещаются. Внутренний слой суставной сумки состоит из синовиальной жидкости, которая смазывает и питает хрящ и края сустава. Она создает давление, помогающее суставам противостоять воздействию сдавливающих сил, возникающих при движении. В период двигательной активности происходит улучшение циркуляции синовиальной жидкости в суставной сумке, движения в результате становятся более легкими и свободными.

Кроме перечисленных основных образований, существуют вспомогательные:

- связки;
- суставные диски;
- хрящевые пластинки, которые вклиниваются между суставными поверхностями костей.

Связки представляют собой плотные пучки соединительной ткани. Они расположены в толще фибринозной мембраны или поверх нее (внесуставные связки), иногда в полости самого сустава (суставные связки). Связки удерживают кости в суставе. Мышцы прикрепляются к костям выше и ниже сустава при помощи связок в виде длинных сужающихся концов самих мышц.

Суставы движутся по трем взаимно перпендикулярным осям: фронтальной (горизонтальной оси) – сгибание и разгибание; сагиттальной оси – приведение и отведение; вертикальной оси – вращательное движение. Для шаровидных суставов также характерно круговое движение.

Суставы, движущиеся по одной оси, называют одноосными, по двум осям – двуосными (эллипсоидные суставы). Существуют также трехосные (суставы с плоскими суставными поверхностями) и многоосные суставы (шаровидные).

Межпозвоночные диски (хрящи) расположены между позвонками в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночного столба. Межпозвоночный диск относится к группе волокнистых хрящей. Он состоит из следующих частей:

- периферическая часть (фибринозное кольцо);
- центральная часть (студенистое ядро).

Центральная часть межпозвоночного диска отличается большой упругостью и является своеобразной пружинящей прослойкой, которая при наклонах позвоночника смещается в сторону разгибания.

Межпозвоночный диск срастается с гиалиновым хрящом, который покрывает поверхности позвонка и соответствует им по форме. Между атлантом и осевым позвонком межпозвоночный диск отсутствует.

Толщина дисков неодинакова и уменьшается в направлении к нижнему отделу позвоночного столба. Диски шейного и поясничного отделов спереди несколько толще, чем сзади. В средней части грудного отдела диски тоньше, чем в отделах, расположенных выше и ниже. Хрящевой отдел составляет четверть длины всего позвоночного столба.

Между верхним суставным отростком нижележащего позвонка и нижним суставным отростком вышележащего позвонка образуется дугоотростчатое соединение.

Суставная капсула крепится по краю суставного хряща, суставная полость – по направлению суставных поверхностей. Симметричные дугоотростчатые соединения представляют собой комбинированные сочленения. Когда один сустав переходит в состояние движения, за ним следует соседний сустав.

К длинным связкам позвоночного столба относятся следующие:

1. Передняя продольная связка, которая проходит вдоль передней поверхности позвонков от атланта до крестца. Передняя продольная связка в нижних отделах позвоночника намного крепче и шире. Глубокие слои этой связки несколько укорочены по сравнению с поверхностными. Они соединяют только прилежащие друг к другу позвонки. Поверхностные

же протягиваются на 4–5 позвонков. Передняя продольная связка защищает позвоночник от чрезмерного разгибания.

2. Задняя продольная связка расположена на задней поверхности позвонков, в позвоночном канале. Задняя продольная связка, в отличие от передней, является более широкой в верхнем отделе позвоночного столба. Она прочно сращена с межпозвоночными дисками. Поверхностные пучки этой связки являются более удлиненными, чем глубокие.

К коротким связкам позвоночного столба относятся следующие:

1. Желтые связки, занимающие пространство между дугами позвонков от осевого позвонка до крестца. Они состоят из вертикально направленных эластичных пучков желтоватого оттенка. Отсюда и их название. Эти связки очень упруги и эластичны. При разгибании туловища они действуют подобно мышцам, удерживая тело в состоянии разгибания и уменьшая напряжение мышц. При сгибании туловища происходит их натяжение, что также уменьшает мышечное напряжение. Желтые связки отсутствуют между дугами атланта и осевого позвонка.

2. Межостистые связки представляют собой пластинки, которые расположены между остистыми отростками двух соседних позвонков. Наиболее мощными являются межостистые связки поясничного отдела позвоночника, наименее развиты они в области шеи. Сзади межостистые связки сливаются с надостистой связкой.

3. Надостистая связка – это непрерывный тяж, который проходит по верхушкам остистых отростков позвонков в поясничном и грудном отделах.

4. Выйная связка – это тонкая пластинка, состоящая из эластичных и соединительно-тканых пучков. Она проходит в направлении от остистого отростка вверх и, расширяясь, прикрепляется к наружному затылочному гребню и наружному затылочному выступу.

5. Межпоперечные связки представляют собой тонкие пучки, слабо выраженные в шейном и слегка – в грудном отделе позвоночного столба. Наиболее развиты они в поясничном отделе.

Крестцово-копчиковое соединение расположено между телами пятого крестцового и первого копчикового позвонков. Оно содержит небольшую полость в межпозвоночном диске и осуществляется следующими связками.

1. Латеральная крестцово-копчиковая связка. Она натягивается между поперечными отростками последнего крестцового и первого копчикового позвонков.

2. Вентральная крестцово-копчиковая связка. Она состоит из двух пучков, расположенных на передней поверхности крестцово-копчикового сочленения. Волокна этих пучков перекрещиваются.

3. Поверхностная дорсальная крестцово-копчиковая связка натягивается между задней поверхностью копчика и боковыми стенками входа в крестцовый канал, покрывая его щель.

4. Глубокая дорсальная крестцово-копчиковая связка.

Суставы и связки между затылочной костью и атлантом и осевым позвонком. Атланто-затылочный сустав является парным. Суставные поверхности затылочной кости по размеру несколько короче суставных поверхностей атланта. Атланто-затылочный сустав относится к группе эллипсоидных суставов. В обоих, правом и левом, суставах имеются суставные капсулы. Суставная капсула прикрепляется по краю суставных хрящей. Движения сустава совершают одновременно, образуя один комбинированный сустав.

Передняя атланто-затылочная мембрана натягивается на протяжении всей щели и срастается. Задняя атланто-затылочная мембрана располагается между задним краем большого затылочного отверстия и верхним краем задней дуги атланта. В переднем отделе она имеет отверстие, через которое проходят сосуды и нервы. При сочленении атланта и осевого позвонка образуются три сустава, два из которых являются парными, а один – непарным.

1. Боковой атланто-осевой сустав – парный комбинированный сустав, образующийся верхними суставными поверхностями осевого позвонка и нижними суставными поверхностями

атланта. Он относится к типу малоподвижных суставов. Его суставные поверхности являются плоскими и ровными. В этом суставе происходит скольжение во всех направлениях суставных поверхностей атланта по отношению к осевому позвонку.

2. Срединный атлanto-осевой сустав образуется между задней поверхностью передней дуги атланта и зубом осевого позвонка. Задняя суставная поверхность зуба осевого позвонка образует сустав с поперечной связкой атланта. Суставы зуба относятся к группе цилиндрических.

К связочному аппарату двух описанных выше суставов относятся:

1. Покровная мембрана. Это широкая, довольно плотная, волокнистая пластинка, натянутая от переднего края большого затылочного отверстия к телу осевого позвонка. Эта мембрана покрывает зуб осевого позвонка со стороны позвоночного канала, а также поперечную связку атланта и другие образования этого сустава. Покровная мембрана является частью задней продольной связки позвоночного столба.

2. Крестообразная связка атланта состоит из двух пучков: продольного и поперечного.

Поперечный пучок – это плотный соединительно-тканый тяж, прилежащий к задней суставной поверхности зуба осевого позвонка и укрепляющий его. Пучок также называют поперечной связкой атланта.

Продольный пучок состоит из двух, верхней и нижней, ножек. Верхняя ножка проходит от средней части поперечной связки атланта до передней поверхности большого затылочного отверстия. Нижняя ножка начинается от средней части поперечной связки, направляется вниз и закрепляется на задней поверхности осевого позвонка.

3. Связка верхушки зуба протягивается между верхушкой зуба осевого позвонка и средней частью переднего края большого затылочного отверстия. Эту связку рассматривают как рудимент спинной струны.

4. Крыловидные связки образуются пучками соединительно-тканых волокон, натянутых между боковыми поверхностями зуба осевого позвонка и внутренними поверхностями затылочных мышечков.

Реберно-позвоночные суставы. Сустав головки ребра образуется суставной поверхностью головки ребра и реберными ямками позвонков. Головки от II до X ребра имеют конусовидную форму. Ямки на позвонках состоят из двух частей: меньшей верхней реберной ямки, расположенной в нижней части тела вышележащего позвонка, и большей нижней реберной ямки, пролегающей у верхнего края нижележащего позвонка.

Суставные поверхности реберных ямок позвонков и головок ребер покрыты волокнистым хрящом. В полости суставов II–X ребра находится внутрисуставная связка головки ребра. Она направляется к межпозвоночному диску и делит полость сустава на две камеры.

Суставная капсула здесь тонкая и крепится лучистой связкой головки ребра, которая, в свою очередь, исходит от передней поверхности головки ребра и крепится к выше– и нижележащим позвонкам и межпозвоночному диску.

Реберно-плечевой сустав образуется сочленением суставной поверхности суставной сумки бугорка ребра с поперечной реберной ямкой поперечных отростков грудных позвонков. Эти суставы присутствуют лишь у 10 верхних ребер. Их суставные поверхности покрыты гиалиновым хрящом. Суставная капсула тонкая и прикрепляется по краю суставных поверхностей. Сустав укрепляется множеством связок:

1. Верхняя реберно-плечевая связка начинается от нижней поверхности поперечного отростка и крепится к гребню шейки нижележащего ребра.

2. Латеральная реберно-поперечная связка натягивается между основаниями поперечного и остистого отростков и задней поверхностью шейки нижележащего ребра.

3. Реберно-поперечная связка располагается между задней поверхностью шейки ребра и

передней поверхностью поперечного отростка соответствующего позвонка. Суставы головки и бугра ребра образуют комбинированный сустав. В процессе дыхания движения происходят одновременно в обоих суставах.

Грудино-реберные суставы. Передние концы ребер заканчиваются реберными хрящами. Первый реберный хрящ ребра срастается с грудиной. Реберные хрящи II–XII ребра сочленяются с реберными вырезками грудины, образуя грудино-реберные суставы. Полость этих суставов представляет собой узкую, вертикально расположенную щель. Суставные капсулы образуются надхрящницей реберных хрящей, укрепляются лучистыми грудино-реберными связками, передние из которых сильнее, чем задние. Эти связки лучеобразно проходят от конца реберного хряща к передней и задней поверхности грудины. Они перекрещиваются и переплетаются с одноименными связками противоположной стороны, а также с выше– и нижележащими связками.

В результате образуется покрывающий грудину крепкий фибринозный слой, называющийся мембраной грудины.

Реберные хрящи V–IX ребра соединяются между собой с помощью плотной волокнистой ткани и межхрящевых суставов. X ребро соединяется волокнистой тканью с хрящом IX ребра, а хрящи XI и XII ребра заканчиваются мышцами живота.

Классификация артритов

Артриты – большая группа заболеваний суставов воспалительного, дистрофического и смешанного характера. По этиологическому, патогенетическому и клинико-анатомическому принципу основные формы артрита выделяются в четыре группы:

1. Инфекционные артриты, которые, в свою очередь, делятся на:
 - с неустановленным возбудителем (ревматические);
 - инфекционные неспецифические (ревматоидные);
 - инфекционные определенной этиологии (туберкулезные, гонорейные, бруцеллезные, дизентерийные, сифилитические, гриппозные, послетифозные, септические и артриты после острых детских инфекций).
2. Дистрофические (неинфекционные) артриты, среди которых различают:
 - доброкачественные профессиональные;
 - деформирующий остеоартрит (артроз, спондилез);
 - обменно-дистрофические (подагрический, урловская болезнь);
 - невродистрофические (табетический, при параличах, поражениях спинного мозга, при повреждении периферических нервов и др.);
 - дистрофические, эндокринопатические (тиреотоксические, овариотоксические, артриты при акромегалии и др.).
3. Травматические артриты, при которых происходят открытые и закрытые поражения суставов.
4. К редким формам артрита относятся анафилактический, псориатический, перемежающаяся водянка сустава, артрит при геморрагических диатезах, опухоли суставов, хондроматоз суставов.

Воспалительный процесс в суставе может протекать в форме хронического или острого воспаления.

//-- Ревматический полиартрит --//

Ревматический полиартрит может протекать в острой и хронической формах. Обе формы имеют пока неустановленную этиологию. Существует предположение, что данное

заболевание вызывается вирусом. Многие специалисты считают, что острый ревматизм развивается из-за повышенной чувствительности организма к той или иной инфекции, очаг которой присутствует или имелся раньше в организме (частые ангины, гаймориты и т. д.). При остром ревматическом полиартрите болезнь начинается с резкого повышения температуры и сильной боли в суставах. Поражается один или сразу несколько суставов. Затем некоторое время длится ремиссия, после чего начинается новая атака ревматизма с повышением температуры и вовлечением в заболевание новых суставов.

В пораженных суставах ощущается сильная боль, что является признаком начала изменений в них. Происходит опухание суставов, кожа над ними становится напряженной, появляется отечность.

Начинается воспаление во внутрисуставной сумке и околосуставных тканях. Каждое движение причиняет сильные боли, движения ограничены. Больной обычно прикован к постели. Болезнь может продолжаться 1–2 месяца и дольше. При правильном лечении сильных изменений в суставах не происходит, однако сердце и другие органы могут быть поражены на протяжении длительного времени, а иногда и всей жизни.

Хронический ревматический полиартрит возникает как следствие перенесенного острого полиартрита. При данной форме заболевания поражаются не только суставы, в которых имелись болезненные изменения ранее, но и здоровые суставы. Основным симптомом заболевания являются ноющие боли в суставах, усиливающиеся в холодную, сырую погоду. Болезнь протекает без повышения температуры тела. Возникает припухлость суставов, которая является следствием не столько разрушения самих суставов, сколько вялотекущего воспалительного процесса в околосуставных тканях. Со временем из-за разрушения головок пястных и плюсневых костей происходит искривление пальцев конечностей.

К хроническим ревматическим полиартритам относится узловатый ревматизм, при котором в подкожной клетчатке появляются болезненные узлы. Они в большинстве случаев возникают симметрично, чаще на голених, в области коленных, голеностопных и локтевых суставов, а также на пальцах рук, иногда на пальцах ног. Изредка узлы поражают мышцу сердца и синовиальную оболочку суставов. Они отличаются от геберденовских узлов тем, что являются подвижными, сохраняются в течение длительного времени и сами исчезают, оставляя едва заметный рубец в случае, если узел был крупным.

//-- Ревматоидный артрит --//

Ревматоидный артрит является системным заболеванием соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего полиартрита. Причины, вызывающие данное заболевание, до сих пор точно не выявлены. Существуют сведения, что этиологическую роль здесь играет вирус. Некоторые специалисты полагают, что болезнь возбуждают определенные виды микоплазм и микроорганизмов, вызывающие орнитоз. Развитию болезни способствуют состояние исходной реактивности, хронические инфекции, переохлаждение, чрезмерная инсоляция.

Большую роль здесь играет иммунная система человека, которая вместо того, чтобы защищать пораженные участки, начинает «атаковать» собственные суставы. При ревматоидном артрите иммунная система организма борется с собственными клетками, принимая их за инородные и враждебные.

Причину возникновения данного заболевания пока не выявили. Но многочисленные исследования показали, что развитие иммунных заболеваний, к которым принято относить и ревматоидный артрит, тесно связано с перенесенными болезнями и стрессами.

Существует мнение, что перевозбуждение симпатической и парасимпатической нервной системы играет главенствующую роль в возникновении ревматоидного артрита.

Ревматоидным артритом страдает около 4 % всего населения, в основном он распространен среди женщин.

В некоторых случаях в начале развития данного заболевания больной может чувствовать острое недомогание. У него повышается температура, возникают резкие боли в суставах, в особенности по утрам. Но чаще в самом начале болезнь протекает незаметно. Значительных изменений в суставах не происходит. Появляются неприятные ощущения в области суставов, покалывание в пальцах, мышечная вялость, снижение работоспособности. У некоторых больных вначале появляется моноартрит (поражается крупный сустав), и лишь через продолжительное время заболевание переходит на другие суставы. Сегодня существует ряд методов, позволяющих выявить заболевание на ранних стадиях моноартрита, когда соседние суставы поражены еще в малой степени.

В большинстве случаев страдают мелкие суставы кости, реже – позвоночник. При этом возникает боль, которая усиливается при двигательных нагрузках и ослабевает ночью в состоянии покоя. Для заболевания характерно резко прогрессирующее снижение двигательной активности, постепенное развитие деформаций, контрактур, подвывихов. Все это приводит к атрофии мышц. В коже образуются ревматоидные узелки.

Также симптомами артрита являются утреннее напряжение и боли в суставах, временная потеря их эластичности, причем эти проявления наступают даже после кратковременного бездействия сустава, а после ночного сна они значительно усиливаются. Это происходит из-за того, что в период бездействия вокруг сустава накапливается жидкость, которая постепенно ликвидируется при выполнении движений. Заболевание может сопровождаться мышечными болями, потерей веса, анемией и лихорадкой.

Специфичным для артрита является поражение аорты и внутренних органов. В связи с этим различают суставную и суставно-висцеральную его формы. Висцеральные и системные проявления могут быть разными. Поражаются легкие, сердце, глаза, почки, кровеносная система, кишечный тракт. Зачастую страдает центральная нервная система. Больной становится раздражительным, быстро утомляется. Во время обострения заболевания сустав отекает и краснеет.

Выделяют три стадии течения заболевания: минимальную, умеренную и максимальную.

На начальной стадии видимые изменения сустава отсутствуют, обнаруживаются лишь признаки остеопороза, то есть легкое ограничение подвижности больного сустава без снижения работоспособности. На второй стадии появляется сужение суставных щелей за счет эрозивного поражения хряща и образуются единичные костные эрозии. Больной уже нетрудоспособен, зачастую не способен к самообслуживанию. На третьей стадии происходит деформация суставов, образуются подвывихи. Она характеризуется полной потерей подвижности суставов или резким ее ограничением. На четвертой (терминальной) стадии наблюдаются фиброзные и костные анкилозы (рис. 75).

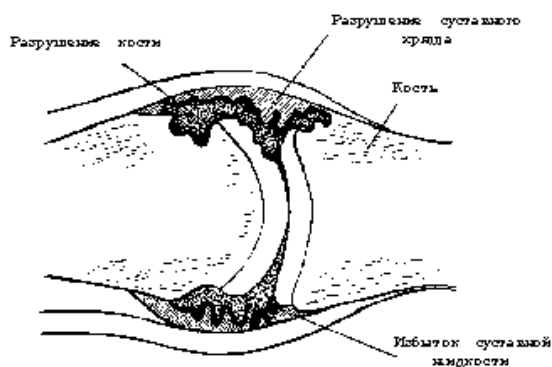


Рис. 75. Поражение сустава при

ревматоидном артрите

Заболевание может протекать в трех различных формах:

- моноциклическая (одноразовая), при которой человек, переболев на протяжении нескольких недель или месяцев, выздоравливает и никогда в дальнейшем не сталкивается с проявлениями болезни;
- полициклическая, при которой у пациента возникают повторные приступы заболевания, причем в периодах между приступами болезнь никак не проявляет себя или проявляет, но незначительно;
- хроническая, при которой человек постоянно страдает от болезни.

//-- Инфекционные артриты определенной этиологии --//

Острый артрит. Принято выделять первичные острые артриты, при которых инфекция проникает в сустав вследствие повреждения его полости (проникающие ранения) или когда воспалительный процесс в суставе развивается в результате тупой травмы сустава с возникновением гемартроза, и вторичные, при которых инфекция попадает в полость сустава гематогенным, лимфогенным путем или проникает в сустав из расположенного в соседних тканях воспалительного очага. Наиболее часто встречаются первичные острые артриты травматического происхождения.

Патологические изменения при острых артритах зависят от способа проникновения в полость сустава микроорганизмов и их вирулентности. В зависимости от характера выпота, образующегося в полости сустава, различают серозные, серозно-фибринозные и гнойные артриты. При отсутствии выпота в полости сустава артрит называют сухим.

При серозном воспалении ощущаются постоянные боли в области сустава, усиливающиеся при движении. В области поражения возникает гиперемия, кожа отекает. Движения в суставе ограничиваются. В полости сустава скапливается экссудат. Симптомы воспалительного процесса при остром серозном артрите выражены слабо. Иногда у больного наблюдается повышение температуры, общее недомогание, озноб.

Своевременно начатое и правильно проведенное лечение позволяет полностью избавиться от заболевания. Однако в некоторых случаях, когда консервативное лечение острого серозного артрита безуспешно и появляются признаки общей интоксикации, воспалительный процесс может перейти в стадию гнойного воспаления. В этом случае больного необходимо в срочном порядке госпитализировать в гнойное хирургическое отделение больницы.

Гнойный артрит возникает при проникновении в сустав возбудителей гнойной инфекции. При этом начинается острое воспаление сустава. Гнойные артриты разделяют на первичные и вторичные. Первичная инфекция проникает при ранах (колотых, пункциях, операционных и т. д.). Вторичная инфекция распространяется на сустав из соседних тканей (остеомиелит, абсцесс, фурункул и др.) или гематогенно-метастатическим путем. Наиболее распространенными возбудителями болезни являются

стафилококки, иногда – грамотрицательные бактерии, анаэробная флора.

При гнойном артрите зачастую поражается синовиальная оболочка, суставная сумка. При прогрессировании воспалительного процесса развиваются околосуставная флегмона, затеки в межфасциальные и межмышечные пространства. Болезнь сопровождается сильными болями в суставе, усиливающимися при движении, ознобом, повышением температуры тела. Пораженный сустав припухает. Часто развивается сепсис. Могут возникать осложнения в виде анкилозов, вывихов, артрозов, укорочения и деформации конечностей, свищей.

Характер воспалительного процесса и его значение зависят от анатомического строения и функции суставов. Поэтому следует каждый сустав рассматривать в отдельности.

Плечевой сустав. Клиническая картина выглядит следующим образом: отмечается резкая болезненность в суставе при движениях, температура тела повышена, характерен высокий лейкоцитоз. В общем состоянии больного удовлетворительное. В случае распространения гнойного процесса на суставную сумку и околосуставные ткани образуется флегмона суставной сумки, а при прорыве сумки возникают затеки. Образуются глубокие околосуставные гнойники. При этом появляется резко выраженная припухлость сустава, температура кожи над суставом повышается, кожа отекает, образуется гиперемия. Подвижность сустава, вследствие сильных болей, отсутствует. Общее состояние больного резко ухудшается, может перейти в септическое.

Локтевой сустав. Серозный и серозно-фибринозный артриты возникают как осложнение после перенесенной общей инфекции. После воспалительного процесса в локтевом суставе происходит ограничение подвижности различной степени. Гнойный артрит здесь выражается в виде флегмоны суставной сумки, реже – в форме гнойного синовита сустава. При флегмоне суставной сумки гной проникает в глубь мягких тканей и зачастую в межмышечные промежутки сгибателей предплечья. При заболевании возникает резкая боль в суставе, ограничение подвижности, сглаженность контуров.

При флегмоне суставной сумки с обширным распространением гнойного процесса предплечье опухает, кожа приобретает синюшно-красный оттенок.

При гнойной форме артрита необходимо обеспечить неподвижность данного сустава, зафиксировав его при помощи шины или лонгета в согнутом под прямым углом положении. При серозно-фибринозных артритах рекомендуются пассивные движения и массаж во избежание тугоподвижности сустава.

Лучезапястный сустав. Лучезапястный сустав отделен от лучелоктевого сустава хрящевой пластинкой, поэтому перехода инфекции с одного сустава на другой обычно не возникает. Легче всего воспаление переходит на суставы запястья. При развитии гнойного синовита образуется флегмона. В этом случае гной распространяется на околосуставные ткани, образуя свищи. Разгибание кисти вызывает резкую боль, отдающую в пальцы.

Тазобедренный сустав. Острое воспаление данного сустава может быть серозным, серозно-фибринозным и гнойным. Зачастую в тазобедренном суставе образуется фибринозный выпот, который приводит к образованию спаек между суставными поверхностями, вследствие чего развивается тугоподвижность.

Причиной острого воспаления тазобедренного сустава является, как правило, осложнение после какой-нибудь общей инфекции (тиф, скарлатина). Под влиянием инфекции возникает серозный или серозно-фибринозный выпот, который при проникновении стафилококковой или стрептококковой инфекции принимает гнойный характер. Исход артрита – анкилоз в порочном положении. Если не приняты соответствующие меры, заболевание может принять тяжелую форму, при которой не исключен летальный исход.

Коленный сустав. Острый гнойный артрит коленного сустава может развиваться по тому же принципу, что и на вышеперечисленных суставах.

Серозный и серозно-фибринозный синовит является осложнением остеомиелита проксимального конца большеберцовой кости без непосредственного проникновения гноя в сустав. Причиной возникновения синовита может быть фурункул или рожа в области коленного сустава, а также перенесенная общая инфекция. Клиническая картина выглядит следующим образом. Коленный сустав увеличивается в объеме из-за верхнего заворота. Окраска кожи не изменяется. При пальпации и движении возникают незначительные болезненные ощущения в суставе. На общем состоянии больного синовит практически не отражается. Выпот обычно рассасывается в течение нескольких дней. Изредка, когда образуется большое количество выпота, при движении в суставе слышится хруст. В этом случае возможно развитие сращения, что, в свою очередь, приводит к ограничению подвижности в суставе.

Гнойный артрит коленного сустава может протекать в виде эмпиемы, флегмоны суставной сумки и панартрита.

Инфекционные заболевания – такие, как скарлатина, дифтерия, корь, тиф и др., – нередко осложняются поражениями в суставах. Этиология этих поражений обычно сходна с основным заболеванием. Но иногда при инфекционных артритах может возникнуть вторичная инфекция – септическая, гноеродная, не имеющая отношения к основному заболеванию.

Этиология некоторых артритов, например тифозных, дифтерийных и др., обусловлена соответствующей бактериальной флорой. В основном поражение суставов начинается на ранней стадии заболевания, в редких случаях – на более поздней. Большинство заболеваний суставов протекает в острой форме и со значительными деструктивными изменениями. Встречаются формы с более легким течением, а также токсические или аллергические.

В зависимости от характера экссудата выделяют серозные, серозно-фибринозные и гнойные формы поражений. Среди гнойных поражений различают нагноение сустава – тяжело протекающее заболевание с переходом на все части сустава (фиброзную капсулу, хрящи и кости) и эмпиему сустава – гнойный синовит (гнойный катар), при котором не происходит поражения синовиальной оболочки, он вызывает лишь незначительные деструкции.

Иногда в особо серьезных случаях, при большом накоплении выпота могут возникать дистензионные вывихи. Чаще всего от этого страдают тазобедренный и плечевой суставы при тифозных, дифтерийных, скарлатинозных поражениях, при вторичных остеомиелитических артритах. При большом выпоте происходит растяжение связок, что приводит, в свою очередь, к вывихам. При накоплении экссудата в суставе повышается отрицательное в норме давление, что ведет к нарушению суставных соотношений. Кости сустава при дистензионных вывихах не затрагиваются и сохраняют свою структуру. Круглая связка обычно удлиняется, истончается и в конце концов разрывается.

Патологические вывихи в тазобедренном суставе в большинстве случаев имеют форму подвздошного смещения. Вывихи могут происходить от малейшего движения ноги, даже самопроизвольно, и с такой же легкостью вправляются обратно, после чего могут легко повториться снова.

Бруцеллезный артрит. При поражении суставов прежде всего необходимо выявить причину заболевания. Бруцеллезные артриты обычно протекают в форме синовитов, часто бывают серозными или серозно-кровянистыми. При этом появляется выпот, который постепенно рассасывается. Суставная сумка часто перерождается, сморщивается. Из-за

этого в суставе возникает тугоподвижность.

Данное заболевание прежде всего поражает крупные суставы: тазобедренный, коленный, голеностопный, плечевой, реже – локтевой, лучезапястный и мелкие суставы кистей и стоп. Очень часто бруцеллезный артрит поражает крестцово-подвздошное сочленение. При более легком течении заболевания отмечается «ревматоидная» ломота, иногда образуется небольшой выпот и припухание суставов с покраснением кожи над ними. Боли то усиливаются, то ослабевают в зависимости от колебания температуры тела.

При лечении данного заболевания физиотерапия рекомендуется лишь по окончании острого периода болезни.

Тифозный артрит встречается при всех видах тифа, в основном во время выздоровления. При брюшном тифе, паратифе артриты могут возникать в гораздо более поздние сроки.

Тифозные артриты разделяют на артралгии, артриты с негнойным выпотом и гнойные артриты. Наиболее часто встречаются синовиальные и синовиально-хрящевые поражения. При последних отмечается нарушение функции хрящей сустава.

В большинстве случаев при тифозном артрите страдает тазобедренный сустав. Нередко поражаются грудино-ключичный, ключично-акромиальный суставы, подвздошно-крестцовые сочленения.

Тифозные поражения не провоцируют сильные разрушения в костях суставов, а вызывают небольшие деструктивные изменения. Вторичные поражения суставов, возникшие вследствие тифозного остеомиелита, проявляются более значительными деструктивными изменениями.

Для тифозного артрита характерно значительное накопление экссудата, при котором суставная сумка сильно растягивается, в результате чего могут возникать вывихи. Они наблюдаются преимущественно в тазобедренном суставе.

Патологические изменения при тифозных артритах могут быть разными в зависимости от формы поражения. При синовиальных формах воспалительные изменения происходят в синовиальной оболочке, а также образуется серозный и гнойный выпот. При синовиально-хрящевых формах поражаются хрящевые покровы, развиваются поверхностные деструкции.

При возвратном тифе наблюдаются легкие, скоропроходящие, не отражающиеся на функции сустава артриты.

Для тифозного артрита характерна локализация процесса в позвоночнике, а именно – в его поясничном отделе. Происходит резкое сужение межпозвоночной щели. Со временем пораженные позвонки постепенно соединяются плотными толстыми спайками, которые идут с боковых тел позвонков навстречу друг другу (рис. 76).

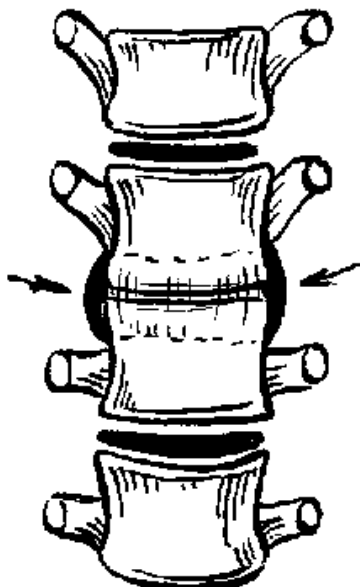


Рис. 76. Костные спайки, соединяющие два позвонка

Сыпной тиф дает гнойные метастатические формы заболевания суставов, а также негнойные хронические формы, в основном легко протекающие.

В большинстве случаев серозные и гнойные артриты, возникшие как осложнение после тифа, протекают доброкачественно и часто заканчиваются полным восстановлением функций суставов.

На ранней стадии поражения суставов характерны явления синовита, при которых происходит быстрое разрушение хрящей. Суставная щель становится нечеткой и сужается. Процесс распространяется и на кость. Но здесь особых деструктивных нарушений не наблюдается.

Гриппозный артрит развивается как осложнение во время гриппа или непосредственно после него, редко – через один-два месяца после перенесенного заболевания. Болезнь поражает обычно крупные суставы (плечевой, коленный). В суставах наблюдается незначительный серозно-фибринозный выпот. Зачастую образуются внутрисуставные спайки. Околосуставные ткани воспалены.

Больные жалуются на сильные боли и ломоту в области пораженного сустава, при движении боль становится сильнее. Из-за выпота суставы умеренно припухают. Часто поражается 4-й плюснефаланговый сустав нижних конечностей. После перенесенного заболевания в период осложнения у больного при ходьбе отмечаются боли в области подошвенной поверхности стопы. При ощупывании болезненные ощущения появляются в области 4-го плюснефалангового сустава.

При остро протекающих формах гриппозного артрита очень полезно проводить тепловые процедуры. При хронических формах хорошие результаты дает тепло- и грязелечение. Как правило, функции суставов при правильном лечении не нарушаются, движения в конечности полностью восстанавливаются.

Скарлатинозный артрит наблюдается у детей в возрасте от 5 до 10 лет, встречается у 3 % болеющих скарлатиной. В более позднем возрасте, после 25 лет, – у 25 %. Артрит развивается в течение первых двух недель заболевания. При осложнениях в суставах, вызванных скарлатиной, заболевание протекает в легкой форме, когда затрагиваются лишь несколько суставов. Но иногда развиваются и более тяжелые поражения с припухлостью сустава и выпотом. Костные компоненты поражаются лишь частично, а хрящевые – полностью. Суставная щель сужается, становится нечеткой. Функция сустава резко нарушается. Поражение обычно развивается в костный анкилоз. Чаше остальных страдают тазобедренные суставы.

В других случаях происходят сильные изменения в костных компонентах сустава с септическими нагноениями сустава. Такие поражения наблюдаются чаще всего в тазобедренном суставе в виде остеомиелита.

Скарлатинозные синовиты проходят в более легкой форме при нормальной и субфебрильной температуре. Многие специалисты считают, что они являются токсическими. При тяжелых пиемических формах в гнойном выпоте сустава обнаруживаются стрептококки.

Оспенный артрит. При оспе заболевания суставов наблюдаются в большинстве случаев в первичной костной форме, в виде остеоартритов. Сустав вовлекается в процесс вторично при распространении деструктивного процесса из эпифизов и метафизов. Изменения в суставах характеризуются припухлостью, пастозностью, переходящими за пределы сустава, болезненностью при движении. В локтевых суставах при сильных деструктивных изменениях наблюдается разболтанность, из-за которой они способны двигаться во всех направлениях. Примечательным является то, что все эти значительные изменения не сопровождаются тяжелой клинической картиной: температура держится между 37–38 °С, при движениях болевые ощущения незначительны.

Через 1,5–2 месяца происходят репаративные изменения. Очаги деструкции и периостальных наслоений исчезают, разрушенные суставные края кости сглаживаются. Значительные деформации суставных концов костей остаются навсегда как следствие деструктивных изменений.

В большинстве случаев происходит поражение локтевых суставов, реже – коленных. В отдельных случаях поражаются лучезапястный и сустав нижней челюсти. Свищи наблюдаются крайне редко. Процесс заканчивается в основном без образования анкилозов.

Гонорейные артриты развиваются как осложнение в острый период заболевания гонореей и встречаются лишь у 2–3% страдающих этим заболеванием. Болезнь развивается в течение первого месяца после обнаружения специфического уретрита. Обычно поражается один сустав, в основном коленный (у мужчин), лучезапястный и голеностопный (у женщин).

Процесс заболевания может носить различный характер: 1) серозный, 2) серозно-фибринозный, 3) гнойный, 4) флегмонозный.

При серозной форме развивается водянка сустава. Происходят небольшие нарушения функции сустава, боли при этом незначительны. Заболевание длится около месяца и бесследно проходит.

Серозно-фибринозная форма часто сопровождается сильными болями в суставе при субфебрильной температуре. Суставная сумка утолщается.

При гнойной форме возникает фибринозно-гнойный экссудат. При этом сустав припухает, возникают резкие боли, температура тела повышается.

В суставе образуется выпот, суставная капсула утолщается. В синовиальной оболочке возникает острый воспалительный процесс, который затем распространяется и на суставные хрящи. Отмечается резко выраженный остеопороз, сужение суставной щели, деструкция суставных краев костей. Процесс обычно заканчивается фибринозным анкилозом, переходящим в костный.

Флегмонозная форма синовита проходит в виде сильного воспалительного процесса. Температура резко повышается. Малейшее движение или прикосновение к суставу вызывает резкую боль. При поражении голеностопного сустава характерны боли в области ахиллова сухожилия, связанные с воспалением суставных сумок. Происходит быстрое разрушение внутрисуставного хряща. В процесс вовлекаются околосуставные ткани и связки, а также околосуставная часть сухожильных влагалищ. Кожа отекает. Связочный аппарат сустава расслабляется, в результате чего сустав становится разболтанным и теряет свои нормальные

контуры. Одновременно развивается атрофия мышц конечности. Процесс растягивается на месяцы. Отличительной чертой гонорейного артрита является вовлечение в процесс околосуставных тканей и главным образом сухожильных влагалищ. Вследствие образования прочных спаек зачастую процесс заканчивается вначале фиброзным, а затем и костным анкилозом.

Сифилитический артрит. Артриты третичного (гуммозного) периода – приобретенные, врожденные и поздние – имеют сходную клиническую картину. Наследственный (поздний) сифилитический артрит выявляется в возрасте от 20 до 30 лет.

В гуммозном периоде могут быть поражены все ткани сустава: синовиальная сумка, хрящи и кости.

При сифилитическом синовите в суставной сумке образуются гуммозные узлы разной формы и величины. На синовиальной оболочке разрастаются ворсины, заполняющие весь сустав. Выпот бывает серозным или серозно-фибринозным. Процесс протекает медленно. Сумка утолщается и сморщивается. Это приводит к деформации сустава со смещением костей. В разных участках сумки происходит ее неравномерное утолщение и растяжение. При сифилитическом синовите сустав выглядит бугристым.

Пораженные хрящи разволакиваются. В некоторых участках на них образуются дефекты с очень ровными контурами, проникающие до кости. Зачастую дефекты хряща распространяются на большие участки и обнажают кость.

В костном веществе вокруг эпифизов образуются костные разрастания – остеофиты.

Для коленного сустава характерно увеличение коленной чашечки.

Клиническая картина выглядит так: в ночное время возникают боли в области пораженного сустава, частично нарушаются его функции. Боли начинаются, когда больной ложится в постель, ослабевают к середине ночи и исчезают утром. Если имеется выпот, сустав утолщается. Особенно сильно выпячивается синовиальная сумка.

Следует помнить, что массаж пораженных суставов при сифилитическом артрите категорически противопоказан.

//-- Деформирующий остеоартрит --//

Деформирующим артритом, правильнее – артрозом, называют первично возникающее хроническое заболевание сустава, в основе которого лежит сочетание атрофических, дегенеративных и пролиферативных, гипертрофических процессов в хрящах и костях.

Эти процессы приводят к обезображиванию суставов. Данное заболевание имеет несколько наименований. Некоторые специалисты называют его деформирующим артрозом, остеоартритом, дегенеративной болезнью суставов, больные – просто артрозом или отложением солей.

Характерным признаком остеоартроза является боль в суставах, усиливающаяся при движении, в холодную и сырую погоду и ослабевающая в тепле и покое. Количество больных остеоартрозом увеличивается с возрастом. Причина этого заключается в том, что хрящ, покрывающий внутреннюю поверхность суставов, со временем стареет и труднее восстанавливается после травм и физических перегрузок. Хрящ становится дряблым.

Под влиянием движения и при нагрузке на сустав хрящ утончается, в некоторых местах совсем стирается. Все это приводит в конце концов к его разрушению. Сустав обнажается, в результате чего кости непосредственно соприкасаются друг с другом, на их поверхности образуются неровности. При этом во время движения в суставе возникает специфический хруст. Со временем он исчезает, так как при трении костные поверхности сглаживаются. В суставе развивается воспаление.

В костной ткани прогрессирует асептический некроз, затем в ней образуются фибринозная ткань или мелкие костные кисты.

Для артроза характерно сильное разрастание костной ткани по краям суставных поверхностей костей. Происходит утолщение и обезображивание эпифизов. Внутрисуставные сумки могут перерождаться и рассасываться, суставная сумка сморщивается.

Болезнь развивается в большинстве случаев у женщин после 40–50 лет.

Развитию болезни способствуют постоянные перегрузки, связанные со спортом, а также некоторые профессии. Например, у продавцов и преподавателей, которым на протяжении длительного времени приходится стоять, поражаются суставы ног; у грузчиков и шоферов – межпозвоночные диски; у строителей – плечи и локти. Значительную роль в возникновении данного заболевания отводят наследственности.

На начальной стадии болезнь может мало беспокоить, в первое время боли возникают только при большой нагрузке. По мере прогрессирования поражения сустава боли становятся более частыми и сильными, ограничивая подвижность больного. У него появляется хромота, больной с трудом двигается.

Заболевание может поражать любые суставы – коленный (гонартроз), плечевой (омартроз). Довольно часто страдают тазобедренный сустав и межфаланговые суставы стопы и кисти. Нередко у больных поражается сразу несколько суставов. В этом случае речь идет о полиартрите.

Остеоартроз протекает в три стадии. На первой стадии происходит умеренное снижение подвижности суставов. В состоянии покоя и при небольших нагрузках боль отсутствует. Зачастую она появляется при более продолжительных нагрузках или в начале движения после длительного покоя. Происходит небольшое сужение суставной щели, незначительные костные разрастания суставной впадины.

На второй стадии заболевания увеличивается ограничение подвижности в суставе. При движении появляется сильный хруст. Боль становится более резкой и ослабевает лишь после продолжительного отдыха. Образуется контрактура сустава, которая приводит к укорочению конечности. Больной начинает хромать, происходит функциональный перекос таза, образуется сколиоз поясничного отдела позвоночника. Щель между суставами уменьшается в два-три раза, возникают грубые костные разрастания вокруг суставной впадины. Суставная часть бедренной кости деформируется.

На третьей стадии сустав совсем теряет подвижность. Суставная щель полностью отсутствует. Сочленяющиеся поверхности костей сильно деформированы и расширены за счет краевых разрастаний.

//-- Анкилозный спондилоартрит (спондилез) --//

Данное заболевание имеет другое название – «болезнь Бехтерева». При его возникновении происходит воспаление участков тела в тех местах, где связки прикрепляются к костям. Анкилозный спондилез практически всегда поражает позвоночник. Преимущественно им страдают мужчины в возрасте от 20 до 40 лет. В процессе заболевания воспаленные участки врастают в края кости. Боль при этом ослабевает, но движения ограничиваются. Поэтому больные анкилозным спондилезом страдают больше от ограничения подвижности, чем от боли.

В результате заболевания происходит разрушение тел позвонков с последующей деформацией позвоночника, связки окостеневают. Межпозвоночные хрящи истончаются, тела позвонков сближаются, но не соприкасаются друг с другом. Под действием нагрузки позвонки как бы сжимаются, главным образом в центральном отделе. По краям суставных поверхностей образуются костные шипы с острыми концами, идущие от одного позвонка к другому. Иногда эти шипы спаиваются друг с другом, образуя межпозвоночные мостики, которые перекидываются с одного позвонка на другой (рис. 77). В местах спаек подвижность позвонков полностью утрачивается. В редких случаях заболевание приводит к неподвижности позвоночника. Подобное проявление спондилартрита встречается у одного из ста больных.

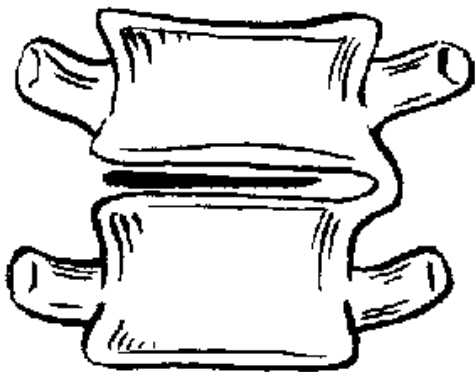


Рис. 77. Деформирующий спондилез

Заболевание развивается медленно. Подвижность суставов нарушается. При движении и нагрузке возникают боли, которые ослабевают в покое и тепле. Постепенно происходит деформирование суставов. При движении в суставах слышится пощелкивание.

Полностью прекратить развитие деформирующего процесса нельзя. Поэтому целью лечения является профилактика образования контрактур. Пораженный сустав должен находиться в покое. Для этого широко используют специально изготовленные для каждого сустава шины (рис. 78).

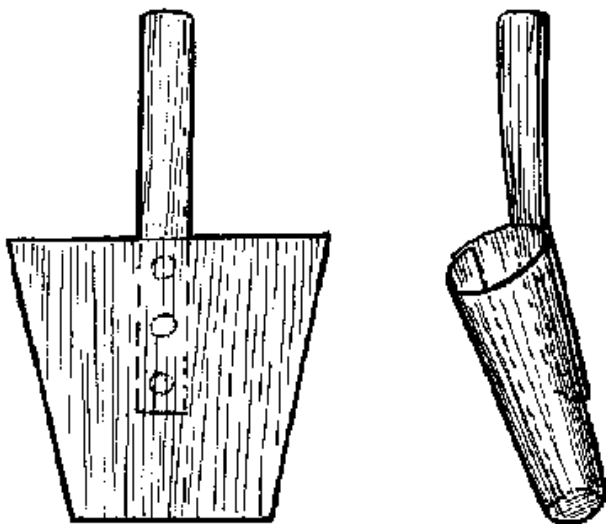


Рис. 78. Шина для фиксации пальца при

деформации и переломе

Больные анкилозным спондилезом подвержены легочным заболеваниям, например пневмонии. Причиной этого является то, что грудная клетка становится слишком жесткой и не позволяет легким свободно расширяться в процессе дыхания.

//-- Геберденовские узлы --//

При данном заболевании поражается один или несколько пальцев руки. Возникает оно в основном у женщин после 40 лет. Признаком заболевания служит появление узелков на обеих тыльных сторонах концевых фаланг пальцев руки. Сначала узелки бывают мягкими и болезненными. Кожа вокруг них иногда краснеет. В суставе, прилежащем к большой фаланге пальца, происходят изменения, похожие на изменения при обезображивающем артрозе: большая фаланга пальца у основания становится плотной, она тесно прилегает к соседней фаланге, становится более короткой и деформируется. Болезненные ощущения при протекании заболевания отсутствуют.

//-- Подагрический артрит --//

Подагрический артрит развивается, как правило, в первом плюснефаланговом сочленении у

людей преклонного возраста (рис. 79). Заболевание возникает вследствие нарушения общего обмена веществ в связи с неправильной функцией желез внутренней секреции. При этом во всех тканях сустава происходит отложение мочекислых солей (ураты), которые находятся там в виде мелких крупинок или отдельных сливающихся друг с другом конгломератов в связках, хрящах, костях, суставной сумке, в тканях, окружающих сустав.



Рис. 79. Отложение солей в первом пальце стопы

Заболевание может протекать как в острой форме, так и в хронической, с вялым, постепенно прогрессирующим подагрическим процессом.

При остром приступе подагрического артрита появляется внезапная боль в области плюснефалангового сустава первого пальца стопы, обычно в ночное время суток. К утру боль ослабевает. В области сустава происходит резкое опухание тканей, кожа над ними приобретает багрово-синий цвет, становится напряженной. В некоторых случаях отекает тыльная сторона стопы. При прикосновении к суставу и движении появляется сильная боль. За сутки приступы подагры могут повторяться до 15 раз. Затем процесс затихает, и больной снова чувствует себя здоровым. Подобные приступы болей могут повторяться 2–3 раза в год.

Чаще встречается хроническая форма заболевания. Болезнь развивается медленно и незаметно, с отсутствием боли и выраженных внешних признаков поражения суставов. Но суставы постепенно начинают утолщаться, деформироваться, палец несколько искривляется. Ограничиваются движения в области плюснефалангового сустава. В расположенных вокруг сустава тканях образуются узелки (скопление уратов). Хроническую форму подагрического артрита можно спутать с ревматическим артритом и деформирующим артрозом. Распознать его можно лишь по наличию специфических узелков и при рентгене.

//-- Гемофилический артрит --//

Данному заболеванию подвержены исключительно мужчины. Женщины передают гемофилию своим детям мужского пола, но сами ею не болеют. Заболевание встречается чаще в молодом возрасте. У больных гемофилией из-за незначительной травмы или неловкого поворота конечности происходит кровоизлияние под кожу, в том числе и в полость травмированного сустава. В основном поражаются крупные суставы (коленный, локтевой, голеностопный, тазобедренный). Мелкие суставы страдают значительно реже.

Поражение сустава при гемофилическом артрите сходно с травматическим внутрисуставным кровоизлиянием. Сустав теряет нормальные контуры, возникает небольшая боль. Температура немного повышается, но состояние больного бывает удовлетворительным. Кровоизлияние в сустав может повторяться несколько раз через определенные промежутки времени. При первом кровоизлиянии гематома рассасывается, припухлость исчезает, температура снижается до нормальной. При повторных кровоизлияниях сгустки крови организуются, суставная сумка утолщается. Хрящи истончаются, что приводит к сужению суставной щели. Иногда в результате

многочисленных кровоизлияний в самом губчатом веществе эпифизов развиваются очаги некроза.

Нередко происходит разрушение костной ткани в межмыщелковой ямке бедра: костный дефект образуется в форме глубокой ямки с гладкими стенками и нависающими краями (рис. 80).



Рис. 80. Костный дефект в межмыщелковой ямке бедренной кости при гемофилическом артрите

При легком течении заболевания исход благоприятный. В более тяжелых случаях, когда происходит разрыв связок и сморщивание суставной сумки, могут развиваться контрактуры сустава. Иногда при сильном разрушении хрящей эпифизов возникают анкилозы суставов. В зрелом возрасте кровоизлияний в полость суставов не бывает.

//-- Табетический артрит --//

Заболевание возникает у людей пожилого возраста. Поражаются в основном нижние конечности, а именно коленный сустав. Обычно страдает один сустав, но бывают случаи, когда в процесс вовлекаются несколько суставов.

В начале заболевания развивается синовит. Со временем на синовиальной оболочке возникают ворсинки, отторгнувшиеся частицы которых превращаются в свободные суставные тела. Суставная сумка утолщается. Нередко в ней происходит отложение солей.

Сумка спаивается с мягкими околосуставными тканями, превращаясь в плотный чехол. Постепенно происходит нарушение трофики сустава. Хрящи, крестовидные связки начинают разрушаться. На хрящах возникают узур. С одной стороны, костная ткань разрушается, с другой стороны, происходит восстановление эпифизов. По краям эпифизов разрастаются крупные остеофиты, от которых отсоединяются части костной ткани. В то же время части эпифизов со стороны суставной щели полностью рассасываются. Сустав сильно обезображивается (рис. 81).



Рис. 81. Табетический артрит коленного сустава

Патологический процесс в суставе развивается стремительно. Сустав сильно увеличивается в результате образования выпота. Накопление жидкости происходит быстро.

Связочный суставной аппарат расслабляется, в связи с этим сустав становится разболтанным, происходят подвывихи.

При движении в суставах слышится хруст. При пальпации свободные тела легко прощупываются. Функция сустава нарушена. В самом начале заболевание протекает безболезненно.

//-- Сирингомиелический артрит --//

Заболевание развивается у людей в среднем возрасте, чаще у мужчин, чем у женщин, причем верхние конечности страдают в несколько раз чаще, чем нижние. Это связано с тем, что шейный отдел спинного мозга поражается сирингомиелией чаще, чем остальные.

При сирингомиелическом артрите кости не просто разрастаются, а происходит как бы их расплавление. Заболевание начинается внезапно развитием выпота в суставе. Суставы разбалтываются и обезображиваются. Из-за этого происходят вывихи, возможны патологические переломы.

Несмотря на значительные патологические изменения, процесс протекает относительно безболезненно. В некоторых случаях развивается специфическая дистрофия пальцев кисти. Окончания ногтевых фаланг частично рассасываются, возникает некроз. Фаланга пальца укорачивается, обезображивается. Дистальные концы головок основных и средних пальцев рассасываются. Происходит деформирование суставных площадок головок фаланг, их плоскость делается косой, в результате соприкасающиеся фаланги становятся друг к другу под углом (рис. 82).

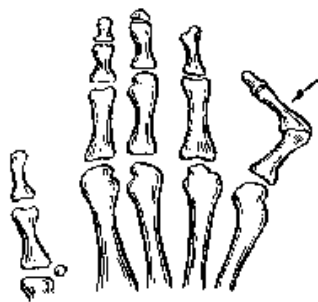


Рис. 82. Деформированные суставные площадки фаланг пальцев кисти при сирингомиелическом артрите

У больных сирингомиелическим артритом при малейшей травме возникают переломы костей.

//-- Травматические артриты --//

При неоднократно повторяющейся травме сустава может развиваться травматический артрит. Иногда даже при микротравмах происходит внутрисуставное или околосуставное кровоизлияние, которое порождает асептический синовит. При этом синовиальная оболочка и хрящ пропитываются кровью. При медленном рассасывании выпота в хрящах образуются очаги разрушения. Хрящ становится тоньше. Суставная щель суживается. Края кости начинают разрастаться. Эти патологические изменения могут вызвать нарушение функции сустава.

После первой острой травмы в течение суток развивается отечность. При любом, даже незначительном движении в суставе возникают острые боли. Сустав теряет свои нормальные контуры сначала от кровоизлияния, затем от синовита. Подвижность в суставе ограничена. При микротравмах значительного кровоизлияния в сустав не происходит, боли и нарушение функции развиваются постепенно.

При правильном лечении исход заболевания бывает в основном благоприятный. Лишь изредка в травмированном суставе остается ограниченная подвижность в результате разрастания

костной ткани и разрушения хряща.

В основную задачу лечения при травматическом артрите входит ускорение рассасывания кровоизлияния и предупреждение развития тугоподвижности сустава. Поэтому через неделю после получения травмы рекомендуются физиотерапевтические процедуры, в том числе и легкий массаж.

В случае если имеется внутрисуставной перелом, суставу необходимо обеспечить покой. При заболевании сустава вследствие микротравм покой рекомендован только в моменты сильной боли. В дальнейшем необходимо избегать подобных микротравм.

Приемы массажа, применяемые при различных проявлениях артрита

1. В медицине существует мнение, что поврежденный при артрите хрящ уже не восстанавливается. Однако некоторые специалисты уверены в обратном. Они полагают, что воспаление сустава развивается лишь в том случае, когда что-то препятствует самовосстановлению хряща. Проведенные исследования показали, что причиной заболевания является неправильное использование нашего организма. Многие врачи считают, что некоторые упражнения, а также массаж очень благоприятно воздействуют на пораженные суставы. Это можно объяснить следующим образом.

Синовиальная жидкость, находящаяся в суставной сумке, заменяет суставу кровь. Она обеспечивает его питательными веществами и кислородом и поглощает продукты обмена веществ. Для того чтобы жидкость активно выполняла свои функции, она должна находиться в постоянном движении. Это происходит за счет давления костей друг на друга. При этом возникает давление в синовиальной сумке, в которой находится синовиальная жидкость, из чего следует, что для нормального функционирования синовиальной жидкости суставам необходимо движение. Оно должно быть максимально сбалансированным, то есть необходимо задействовать все участки тела и не допускать чрезмерного напряжения одного участка и бездействия другого. Если же все-таки перегрузки возникли, в этом случае очень эффективен массаж.

//-- Массаж при узелковом артрозе кистей --//

При данном заболевании образуются узелковые утолщения межфаланговых суставов кистей. В периоды обострения возникают сильные боли, нарушается подвижность пальцев, образуются сгибательные контрактуры. Болезнь протекает медленно, с периодами обострения.

Массаж считается особенно эффективным средством при борьбе с артрозом, так как благотворно воздействует на нервно-мышечный аппарат, улучшает кровообращение больного участка тела. Целями массажа являются:

- обезболивающее действие и преодоление скованности суставов;
- улучшение крово- и лимфообращения в пораженных местах;
- замедление возникновения тугоподвижности;
- предотвращение развития атрофии мышц и обеспечение лучшей трофики тканей.

Пациент находится в положении сидя или лежа. Массаж производят одной или двумя руками. Если при массажируют используют одну руку, то второй рукой фиксируют массируемую конечность и помогают захватывать мышцы, на которые воздействуют. Массажные приемы следует проводить по ходу лимфатических сосудов, по направлению к лимфатическим узлам (участок локтевого сгиба, подмышечной впадины).

Массаж начинают с тыльной поверхности кисти. Здесь следует массировать межпальцевые участки в направлении от костяшек пальцев до лучезапястного сустава. При массаже

используют приемы прямолинейного, плоскостного, щипцеобразного поглаживания. Затем проводят растирание ладонной и боковой поверхностей каждого пальца и кисти: прямолинейное подушечками четырех пальцев, зигзагообразное подушечками четырех пальцев, кругообразное подушечками четырех пальцев, прямолинейное подушечкой большого пальца, кругообразное подушечкой большого пальца, кругообразное подушечкой третьего пальца, спиралевидное основанием ладони. После этого переходят к разминанию, используя такие его виды, как продольное, поперечное, валиние, надавливание, сдвигание, растяжение. Затем приступают к вибрации, поочередно применяя поколачивание, похлопывание, рубление, встряхивание, а также приемы точечного массажа.

После этого переходят к массажу пальцев руки. Приемы следует выполнять от кончиков пальцев к костяшкам. Сначала проводят растирание, причем каждый палец нужно растереть отдельно. При этом используют такие приемы растирания, как щипцеобразное прямолинейное, щипцевидное зигзагообразное, прямолинейное подушечкой большого пальца, кругообразное подушечкой большого пальца, кругообразное подушечками четырех пальцев, кругообразное подушечкой указательного пальца, спиралевидное основанием ладони. Затем проводят встряхивание кисти.

//-- Массаж при деформирующем артрозе тазобедренного сустава --//

При деформирующем артрозе тазобедренного сустава массаж является одним из основных средств лечения. В его задачи входят снятие боли, воспаления, ускорение рассасывания воспалительного выпота, восстановление функций сустава. Массаж выполняют в положении лежа на животе или, в случае необходимости, на боку или на спине. Перед массированием мышцы вокруг сустава необходимо расслабить. Если при этом пораженный участок болит, то массаж нужно начинать с выше- или нижележащих областей, применяя легкие, неглубокие приемы.

Массаж мышц вдоль позвоночного столба. При массировании позвоночного столба применяют поглаживание всей спины, затем проводят приемы выжимания и растирания по всей длине позвоночного столба, от крестцовой области до пересечения нижних углов лопаток. Можно использовать прямолинейное растирание подушечками пальцев, а также кругообразное растирание промежутков между остистыми отростками подушечками больших пальцев. Последний прием выполняют следующим образом: подушечки пальцев располагают на расстоянии 1–2 см от позвоночного столба, после чего производят ими вращательные движения.

Массаж нижней части спины. При проведении массажа нижней части спины используют поглаживания, выжимания, различные разновидности разминания – такие, как кругообразное разминание подушечкой большого пальца, кругообразное разминание подушечками больших пальцев обеих рук и щипцевидное разминание.

Массаж поясничной области. При данном массаже применяют такие виды растирания, как прямолинейное подушечкой и бугром большого пальца, кругообразное подушечками четырех пальцев, кругообразное фалангами согнутых пальцев, кругообразное лучевой стороной кисти.

Массаж ягодично-крестцовой области. Сеанс начинают с ягодичной области, где расположены большая и средняя ягодичные мышцы. Здесь эффективны следующие приемы: поглаживание (8–10 раз), выжимание ребром ладони или основанием ладони (5–6 раз).

Массаж бедра. При массаже выполняют приемы поглаживания, выжимания, разминания. Из разновидностей разминания можно использовать ординарное, двойной гриф, двойное кольцевое, ординарно-продольное, кругообразное разминание фалангами согнутых пальцев, клювовидное разминание.

Массаж тазобедренного сустава. Только после проведения вышеперечисленных приемов

следует переходить к массажированию тазобедренного сустава, если болевые ощущения не слишком ярко выражены. В этом случае проводят кругообразное растирание основанием ладони, пунктирное растирание подушечками четырех пальцев (2–3 раза в каждом направлении), кругообразное растирание фалангами согнутых пальцев (3–4 раза), кругообразное растирание гребнем большого пальца, который сгибается и упирается в указательный (5–8 раз).

Данный участок отличается особой болезненностью. Поэтому массировать его следует с большой осторожностью, прилагая минимум силы, плавно. С каждым последующим сеансом, в зависимости от состояния больного и его ответной реакции на массаж, усилия при массировании можно постепенно увеличивать.

Весь комплекс следует повторить 2–3 раза и закончить его потряхиванием и поглаживанием. Продолжительность сеанса составляет 8–10 минут. Проводить его нужно 2–3 раза в день в зависимости от состояния больного.

При деформирующем артрозе полезен вибрационный массаж с использованием электрического или механического ручного массажера. Но аппаратному массажу должен непременно предшествовать ручной. Особенно важное значение это имеет в начале лечения, а также при наличии у больного болезненных ощущений. Сеанс аппаратного массажа должен продолжаться не более 7–8 минут.

//-- Массаж при деформирующем артрозе коленного сустава --//

Массаж начинают с мышц бедра. Используют массажные приемы в такой последовательности: комбинированное поглаживание (3–4 раза), выжимание ребром ладони (2–3 раза), выжимание гребнями кулаков (3–4 раза), потряхивание и поглаживание (по 2–3 раза каждый прием), ординарное разминание (2–3 раза), двойное кольцевое (3–4 раза) и двойное ординарное (4–6 раз) разминание, потряхивание (3–4 раза), разминание двойным грифом (3–5 раз), продольное разминание (3–5 раз), поглаживание (3–4 раза).

В области самого сустава используют приемы концентрического и кругового поглаживания по боковым участкам: прямолинейное растирание основанием ладоней обеих рук (6–8 раз), щипцы (3–5 раз), прямолинейное и кругообразное растирание (по 3–4 раза каждый прием).

Затем снова переходят к массажированию бедра, но число повторений при выполнении каждого приема уменьшают в два раза. После этого вновь проводят массаж сустава: его боковые участки массируют кругообразным растиранием фалангами пальцев, сжатых в кулак (4–6 раз), кругообразным растиранием основанием ладоней (3–6 раз), концентрическим поглаживанием (3–6 раз). Далее снова массируют мышцы бедра выжиманием (3–5 раз), потряхиванием (2–3 раза), поглаживанием (2–3 раза).

После этого осторожно переходят к активным движениям – таким, как сгибание и разгибание (по 5–7 раз), вращение голенью внутрь и наружу (по 5–7 раз в каждую сторону). Затем снова приступают к массажу коленного сустава. После концентрического поглаживания в болезненных местах проводят растирание основанием ладони, подушечками пальцев и фалангами пальцев, сжатых в кулак (по 3–5 раз). Заканчивают процедуру потряхиванием и поглаживанием (по 3–5 раз).

Прилагаемые усилия массажист должен соизмерять с чувствительностью массируемых тканей. Хорошего эффекта можно достичь массажем в теплой воде (37–39 °С) или после бани.

//-- Массаж при артрозе голеностопного сустава --//

Процедура массажа при данном заболевании отличается достаточной сложностью, не столько техникой выполнения, сколько разнообразием и многоступенчатостью приемов. На протяжении сеанса положение пациента должно меняться несколько раз.

Массаж следует начинать с голени. Для этого икроножную мышцу массируют сначала несколькими разновидностями поглаживания (2–3 приема), затем проводят глубокое выжимание (по 3–4 раза одной и другой рукой), после чего последовательно используют такие

приемы, как потряхивание (2–3 раза), ординарное разминание (3–4 раза, можно поочередно, то одной, то другой рукой), разминание подушечками пальцев (3–4 раза), потряхивание (1–2 раза), двойной гриф (3–4 раза). Процедуру заканчивают потряхиванием и поглаживанием. При массировании икроножной мышцы особое внимание нужно уделять тому месту, где к ней присоединяется ахиллово сухожилие. При массаже ахиллова сухожилия голень должна быть приподнята под углом 45–90°. Массаж проводят по всей длине сухожилия, начиная от пятки и до места его сочленения с икроножной мышцей.

После поглаживания подушечками пальцев (3–4 раза) выполняют растирание. При этом используют следующие приемы: щипцы прямолинейные и зигзагообразные (подушечками четырех пальцев растирают внутреннюю сторону, а большим пальцем – внешнюю); прямолинейное и кругообразное растирание (можно с отягощением, в этом случае под ногу необходимо подложить валик); прямолинейное растирание подушечками и буграми больших пальцев. Каждый из перечисленных приемов проводится 3–4 раза, а между ними выполняется выжимание и потряхивание на икроножной мышце (1–2 раза).

В этом же положении (лежа на животе) делают растирание передней и боковых поверхностей голеностопного сустава. Массажист стоит сбоку от массируемого. Кисти рук он кладет на сустав таким образом, чтобы большие пальцы располагались на ахилловом сухожилии, а остальные – снизу. Прямолинейное и кругообразное растирание проводят 4–6 раз.

На берцовых мышцах (внешняя сторона голени) используют следующие приемы: поглаживание, выжимание ребром ладони, разминание подушечками четырех пальцев (3–5 раз), затем снова 2–3 раза поглаживание, выжимание и разминание ребром ладони. Сеанс заканчивают поглаживанием.

Затем приступают к массажу голеностопного сустава и стопы. Пациент должен принять положение лежа на спине или сидя, а ногу вытянуть вдоль стола. Под ахиллово сухожилие необходимо подложить валик так, чтобы пятка не касалась стола, а сустав был расслаблен и легкодоступен массажисту со всех сторон. На передней поверхности голеностопного сустава проводят массаж следующим образом. Начинают с концентрического поглаживания (4–6 раз). Затем выполняют такие виды растирания, как щипцы прямолинейные (3–4 раза по направлению к ахиллову сухожилию, то есть вдоль голеностопного сустава), прямолинейное и кругообразное растирание подушечками пальцев обеих рук (по 4–6 раз каждый прием), прямолинейное и кругообразное растирание одной рукой и с отягощением (по 3–4 раза), прямолинейное основанием ладони и буграми больших пальцев (4–6 раз). Заканчивают массаж концентрическими поглаживаниями.

В том же положении делают и массаж задней поверхности голеностопного сустава – от нижнего края наружной лодыжки вдоль ахиллова сухожилия к икроножной мышце. Массажист встает сбоку от массируемого. Одной рукой он растирает наружную сторону сустава, а другой – внутреннюю. При этом используют такие разновидности растирания, как прямолинейное растирание подушечками всех пальцев (по направлению к икроножной мышце, 4–5 раз), кругообразное растирание подушечками всех пальцев (4–5 раз). Затем проводят движения голеностопного сустава в различных направлениях и снова массируют икроножную мышцу, ахиллово сухожилие, внешнюю область голени и сам сустав.

После массирования сустава проводят массаж стопы приемом растирания.

//-- Массаж при артрозе локтевого сустава --//

При массаже локтевого сустава сам сустав необходимо массировать не более 1–2 минут. Массаж должен быть легким.

Положение массируемого – лежа на животе. Процедуру начинают с предплечья. Используют такие приемы, как поглаживание, поперечное выжимание, ординарное разминание, двойное кольцевое разминание. Каждый прием выполняют 4–6 раз. Затем проводят массаж плеча. Здесь

применяют следующие приемы: комбинированное поглаживание (3–4 раза), выжимание (4–6 раз); массируют все мышцы плеча: двуглавую, трехглавую, дельтовидную; ординарное разминание (4–7 раз). Затем проводят поглаживание (2–3 раза), выжимание (4–6 раз), потряхивание (3–4 раза), ординарное и двойное кольцевое разминание (по 3–4 раза каждый прием), вновь поглаживание (2–3 раза) и потряхивание (2–3 раза).

Для массирования самого сустава используют следующие приемы: поглаживание (5–8 раз), растирание щипцы (4–6 раз), прямолинейное растирание то подушечками четырех пальцев, то большим пальцем вдоль сустава (5–8 раз). Затем можно повторить массаж на плече, после чего выполнять кругообразное разминание подушечками четырех пальцев выше и ниже локтевого сустава на протяжении 20–30 секунд и поглаживание.

Массаж предплечья начинают со сгибателей кисти и выполняют в следующей очередности: зигзагообразное поглаживание (4–6 раз), выжимание ребром ладони (4–6 раз), потряхивание (2–3 раза), ординарное разминание (3–4 раза), разминание фалангами пальцев, сжатых в кулак, ребром ладони (по 3–4 раза), выжимание (3–4 раза). Заканчивают приемами потряхивания и поглаживания (по 3–4 раза).

После этого повторяют массаж плеча (по 3–4 раза каждый прием) и приступают к массированию внешней стороны предплечья. Для этого выполняют зигзагообразное растирание (2–3 раза), выжимание (4–6 раз), разминание ребром ладони и фалангами пальцев, сжатых в кулак (по 3–4 раза), выжимание (3–4 раза), разминание подушечками четырех пальцев (3–4 раза) и снова поглаживание (3–4 раза). В конце процедуры можно провести дополнительно массаж плеча и локтевого сустава.

Массаж при артрозе локтевого сустава проводят в положении и сидя, и лежа на спине. Все приемы выполняют одной рукой. Последовательность массирования частей руки остается прежней: сначала надплечье, затем плечо, локтевой сустав и предплечье.

//-- Массаж при подагре --//

Подагра возникает из-за нарушения обмена веществ, при котором в крови повышается содержание мочевой кислоты и начинается отложение солей в суставах, тканях и органах. Подагра относится к хроническому заболеванию, проявляющему себя в виде острых приступов, когда воспаляется внутренняя синовиальная оболочка сустава. Как следствие этого развивается синовит, при котором зачастую в суставной полости скапливается воспалительный выпот – экссудат. Воспаление постепенно переходит на другие части сустава, а именно на хрящ, эпифизы костей, формирующих сустав, сухожилия, суставную сумку. При этом появляется резкая боль, припухлость пораженного участка, повышается температура надсуставных тканей, движения становятся ограниченными.

С целью предотвращения периодов обострения заболевания применяют лечебную гимнастику и массаж.

Необходимо знать, что в период острого течения заболевания массаж пораженных суставов проводить нельзя. В подострый период можно применять легкий расслабляющий и успокаивающий массаж. Когда боль совсем стихнет, приступают к массированию участков вокруг и выше пораженного места. Затем постепенно переходят к массажу самого больного сустава. Поэтому перед назначением курса следует определить характер протекания заболевания и наличие функциональной недостаточности сустава.

В острый период в пораженном месте образуется сильная припухлость, движения в области сустава становятся ограниченными. Также затрудняются движения суставов, расположенных выше и ниже больного участка. Период обострения характеризуется напряжением в мышцах, удерживающих сустав.

Целями массажа являются:

– оказание обезболивающего действия, снижение скованности в суставе, ускорение

рассасывания воспалительного выпота;

- расслабление мышц, повышение их тонуса и силы;
- улучшение кровообращения в пораженном участке;
- укрепление организма в целом.

Методика проведения массажа следующая: сначала нужно провести предварительный массаж, который уменьшит боль, снимет напряжение мышц. Затем массируют участки вокруг пораженного сустава и лишь потом – сам сустав. Вначале, естественно, проводят приемы, предназначенные для уменьшения боли, скованности, для расслабления мышц. Массаж следует проводить осторожно, постепенно переходя от здорового места к больному. Курс включает примерно 12–16 сеансов, которые проводят ежедневно или через день в зависимости от ответной реакции больного.

При подагре применяют всевозможные растирания. В случае если поражен плюснево-фаланговый сустав большого пальца стопы, сначала массируют тыльную сторону стопы (подъем), затем вокруг сустава большого пальца. Длительность процедуры массажа в первые дни не должна превышать 7 минут. Продолжительность последующих сеансов постепенно увеличивают. Массаж следует проводить 2–3 раза в день. Особенно он полезен, если пораженный сустав предварительно хорошо разогрет, например после бани. В этом случае его выполняют с применением мыла. Методика проведения массажа в бане та же, что и при сухом массаже.

//-- Массаж при контрактурах и тугоподвижности суставов --//

Вследствие воспалительных процессов при артритах или после травм нередко возникает ограниченность движений суставов. С целью обеспечения лучшего крово- и лимфооттока из травмированной области, а значит, и восстановления функций суставов широко применяют массаж.

Для постепенного устранения контрактур используют специальные аппараты. После того как контрактуры ликвидированы или после их значительного уменьшения необходимо проводить массаж. С его помощью, а также при использовании тепловых процедур и лечебной гимнастики можно добиться нормальной подвижности суставов.

Массаж при тугоподвижности суставов верхних конечностей выполняют в положении лежа или сидя. На верхней части спины применяют приемы поглаживания и выжимания. Потом делают разминание на широчайших мышцах спины и растирание трапецевидной мышцы. При ограничении подвижности плечевого сустава массаж начинают с надплечья и выполняют поглаживание (до 3 раз), выжимание (до 5 раз), разминание ребром ладони (4 раза) и подушечками пальцев (5 раз). После каждого приема разминания выполняют потряхивание (3–4 раза), затем вновь проводят выжимание и поглаживание. Приемы рекомендуется выполнять в направлении от локтевого сустава к плечевому и по всем мышцам. На мышцах-разгибателях плеча – дельтовидной и трехглавой – применяют также приемы поглаживания, выжимания, разминания.

При проведении приемов на плече надо стремиться выполнять их в направлении от локтевого сустава к плечевому и по всем мышцам, следует также провести поглаживание, выжимание, разминание на верхней части спины в области лопатки со стороны плечевого сустава. При массаже груди массируемый находится на спине, под головой – небольшое возвышение. Приемами поглаживания, выжимания и разминания выполняют несколько кругообразных движений в области прикрепления ключицы.

Поглаживание применяют до 7 раз, выжимание – до 5 раз, разминание – по 4 раза, потряхивание – до 4 раз. Такой комплекс массажа повторяют трижды, после чего приступают к массажу широчайших мышц спины. Комплекс массажа на широчайших мышцах повторяют дважды: поглаживание (до 6 раз), выжимание (до 5 раз), потряхивание (до 4 раз),

разминание (до 5 раз) и опять выжимание (до 4 раз); заканчивают потряхиванием и поглаживанием (до 5 раз). Затем проводят массаж плечевого сустава. Его массируют в различных положениях, важно так расположить руку, чтобы сустав был расслаблен и доступен для массирования. На плечевом суставе первоначально делают концентрическое прямолинейное поглаживание.

Далее выполняют кругообразное растирание подушечками четырех пальцев, фалангами согнутых пальцев и более сильное – ребром большого пальца или гребнем кулака. Затем вновь повторяют растирание, прямолинейное и кругообразное. При каждом растирании надо пытаться отвести плечо так, чтобы не была причинена боль. Для увеличения подвижности сустава после глубокой проработки мышц и связок выполняют пассивные движения в разных направлениях. Массаж делается в щадящем режиме, не вызывающем усиления боли. В процессе рекомендуются осторожные активные и пассивные движения, исключаются при довольно большой отечности.

Массаж при тугоподвижности в локтевом суставе начинают с мышц плеча и проводят его в такой последовательности: поглаживание (2–3 раза), выжимание (4–5 раз), поглаживание и потряхивание (по 2–3 раза), ординарное разминание (3–4 раза), разминание подушечками четырех пальцев (3–4 раза), потряхивание (2–3 раза), выжимание (3–4 раза), снова ординарное разминание (4–5 раз), выжимание (3–4 раза), затем разминание фалангами пальцев (3–4 раза), ординарное разминание (3–4 раза), потряхивание и поглаживание (по 2–3 раза).

На внутренней стороне предплечья массируют сгибатели кисти. При этом используют следующие приемы: поглаживание (2–3 раза), выжимание (4–5 раз), ординарное разминание (3–4 раза), выжимание (3–4 раза), потряхивание (2–3 раза), разминание ребром ладони (3–4 раза), выжимание (2–3 раза) и потряхивание. После этого вновь проводят приемы разминания: ординарное (3–4 раза); фалангами пальцев, согнутых в кулак (4–5 раз); затем выжимание гребнями фаланг пальцев, сжатых в кулак (3–4 раза); потряхивание; выжимание с поглаживанием (все приемы по 2–3 раза).

На внешней стороне предплечья проводят прямолинейное или зигзагообразное поглаживание (4–5 раз), выжимание ребром ладони (2–3 раза), поперечное выжимание (2–3 раза). После этого следуют разминания: ординарное разминание (4–5 раз), разминание ребром ладони (3–4 раза). Затем выполняют потряхивание (3–4 раза) и зигзагообразное поглаживание (3–4 раза); разминание фалангами пальцев, согнутых в кулак (4–5 раз); разминание ребром ладони и подушечками четырех пальцев (по 3–4 раза); выжимание (3–4 раза); поглаживание (3–4 раза).

На мышцах выше локтевого сустава проводят массаж приемом выжимания до середины плеча (3–4 раза), затем выполняют ординарное разминание (3–4 раза) и подушечками четырех пальцев (3–4 раза). После этого следует выполнить 3–4 активных движения и приступить к растиранию самого сустава. При этом подушечки пальцев при каждом новом движении должны проходить ниже и выше места предыдущего растирания. Сначала делают щипцы: четырьмя пальцами растирают сустав с наружной стороны, а большим – с внутренней (4–6 раз). Затем проводят кругообразное растирание подушечками пальцев (4–6 раз) и фалангами сжатых в кулак пальцев (3–4 раза) с внешней стороны сустава. Далее следует прямолинейное растирание ребром ладони (10–12 раз). Его надо проводить поперек сустава. Данный комплекс повторяют не менее трех раз. После каждого комплекса растирания выполняют поглаживание и выжимание (по 2–3 раза), разминание (5–6 раз) и потряхивание на плече и предплечье. Особое внимание уделяют области, где прикрепляются сухожилия. Данный участок массируют тщательно, при наличии рубцовых стяжек и соединений кожи с подкожной клетчаткой – более жестко. Нижележащие ткани, вплоть до мышц, при таком массаже восстанавливают утраченные функции и приобретают подвижность. Продолжительность процедуры зависит от состояния сустава и расположенных вокруг него мышц и тканей, а также учитывают размеры сустава. Например, массаж

лучезапястного сустава проводят всего 7 минут, а на массаж коленного сустава требуется 10–15 минут.

Очень полезно данный массаж проводить после прохождения тепловых процедур, а также в воде. Наилучших результатов в восстановлении функций сустава можно достичь при совмещении массажа с лечебной физкультурой.

Сегментарный массаж при артритах

1. Показаниями к применению данного массажа являются повреждения сумочно-связочного аппарата суставов, вывихи, ушибы, артрозы, артриты, травматические бурситы, плоскостопие и др.

Массаж противопоказан при повреждениях костей и суставов, когда наблюдаются воспалительная отечность, обширное кровоизлияние, повышенная температура тела; в острой стадии инфекционных неспецифических артритов; при туберкулезе костей и суставов в активной стадии; при гнойных процессах в мягких тканях, новообразованиях костей и суставов.

После проведения массажа температура кожи больного повышается в месте массирования. Поглаживание при сегментарном массаже редко вызывает покраснение кожи. А разминание, растирание, поколачивание всегда сопровождаются гиперемией. Дыхание после массажа становится более спокойным, равномерным и свободным. Увеличивается подвижность в пораженных суставах конечностей, уменьшаются боли, возрастает мышечная сила. Сегментарный массаж оказывает общее оздоровительное воздействие на весь организм. По сравнению с другими видами массажа сегментарный массаж требует меньшей затраты энергии и сил массажиста.

//-- Использование приемов сегментарного массажа при артритах --//

Массаж проводят в положении сидя или лежа. При этом используются приемы поглаживания, растирания, разминания, вибрации. Массировать начинают паравертебральные зоны: при повреждении суставов верхних конечностей – на уровне мозговых сегментов D2-C4; при поражении суставов нижних конечностей – на уровне S4-1-D11. Затем воздействуют на проксимальные отделы конечностей. Далее массируют зоны, расположенные ниже больного сустава. Воздействуют на участки здоровой кожи, расположенные симметрично по отношению друг к другу. При массаже пораженного сустава особое внимание следует обращать на сухожилия, периартрикулярные ткани, сухожильные влагалища, суставные сумки. Массаж заканчивают пассивными и активными движениями. Длительность массажа составляет 10–15 минут для верхних конечностей и 25 минут – для нижних. Курс включает 10–12 сеансов. Массаж проводят раз в 2 дня. В комплексе с массажем рекомендуется проводить тепловые процедуры.

Поражение плечевого сустава. При повреждении плечевого сустава проводят односторонний массаж пораженного сустава. Массировать начинают с приема плоскостного поглаживания вдоль позвоночника снизу вверх от D6 до C3. Сегментарные поясные поглаживания от нижележащих сегментов до шейного отдела повторяют 3–4 раза. При этом следует обратить особое внимание на область широчайшей мышцы спины. Здесь выполняют поглаживание, растирание, разминание, вибрацию. После этого переходят к приемам сверления, приему воздействия на ткани между остистыми отростками позвонков, приему пиления и перемещения. Далее выполняют прием воздействия на околлопаточные области с акцентом на больной участок. Сегментарный массаж верхней конечности начинают с вышележащих областей (надплечья, дельтовидной мышцы, плеча, предплечья). Используют приемы поглаживания,

растирания, разминания, вибрации.

В конце массажа проводят пассивные и активные движения.

Во время массажа необходимо следить за смещением рефлексов, особенно интенсивным в области подмышечной впадины. Поэтому массаж рекомендуется заканчивать воздействием на левый нижний край грудной клетки для предупреждения неприятных ощущений в области сердца.

Поражение локтевого сустава, предплечья и кисти. Приемы сегментарного массажа проводят сначала паравертебрально от D7 до С3, затем вертебрально в области поражения. Далее массируют лопатку в месте поражения. Массаж верхних конечностей проводят, начиная с надплечья, затем обрабатывают плечо, предплечье и кисть. При этом применяют все основные приемы (поглаживание, растирание, разминание, вибрация). Массаж заканчивают пассивными и активными движениями. При массаже кисти следует тщательно промассировать все пальцы руки.

При данном массаже происходит смещение рефлексов таким же образом, как при массаже плечевого сустава и плеча.

Поражение тазобедренного сустава и бедра. Пациент находится в положении лежа. Сначала массируют паравертебральную область от L3 до D10 всеми приемами сегментарного массажа. Используют плоскостные поглаживания, поясные поглаживания снизу вверх; после этого – сверление, массирование межостистых промежутков позвоночника; проводят приемы пиление, перемещение. Затем выполняют массаж реберных дуг и области подвздошных гребней. При массировании ягодичной области необходимо особое внимание уделить подъягодичным складкам. Нижние конечности начинают массировать с бедра, затем проводят массаж голени, стопы, где выделяют болезненные участки. На нижних конечностях выполняют основные приемы классического массажа (поглаживание, растирание, разминание, вибрация). Массаж завершают приемом сотрясения в положении сидя, воздействуя на подвздошные гребни. Сеанс продолжается 15–20 минут, курс включает в себя 10 процедур.

Особое внимание здесь следует обратить на смещение рефлексов. Чаще всего возникают жалобы на боли и давление в области мочевого пузыря. Для ликвидации этих неприятных ощущений на участке, расположенном внизу живота, проводят массаж лобка приемами поглаживания, растирания. В случае если в ноге чувствуются тянущие боли или онемение, а также зуд, покалывание в области лодыжек и подошвы, появляется гусиная кожа, массируют область между большим вертелом соответствующей конечности и седалищным бугром. Боли и неприятные ощущения после этого должны прекратиться.

Поражение коленного сустава и голени. Массируемый находится в положении лежа на животе. Массаж начинают с паравертебрального воздействия от S3 до L3, используя все приемы паравертебральных воздействий (сверление между остистыми отростками позвонков, пиление, толчок, перемещение). Далее массируют поясничную и ягодичную области, нижнюю конечность, начиная с бедра и выделяя максимальные точки и важнейшие нервные стволы. Массаж заканчивают активными и пассивными движениями и встряхиваниями.

Длительность сеанса составляет 12–20 минут. Курс массажа включает в себя 10–12 сеансов.
/-- Использование сегментарного массажа при артрозах --//

В задачу массажа при артрозах входит оказание обезболивающего, рассасывающего действия; предупреждение прогрессирования процесса дегенерации; восстановление утраченной функции сустава, нормальной амплитуды движений в нем; укрепление и оздоровление организма в целом.

При деформирующем артрозе коленного сустава сначала массируют бедро больной ноги. При этом используют поглаживание, растирание, разминание, лабильную прерывистую и непрерывную вибрацию, причем направлять движения нужно вверх и вниз. Данный прием

позволяет улучшить обмен веществ в тканях, создать гиперемию, предотвратить атрофию мышц. Затем массируют голень, после чего проводят массаж непосредственно коленного сустава. Здесь применяют круговые, плоскостные, щипцеобразные поглаживания, разновидности растирания.

В болезненных и припухлых местах выполняют легкий и поверхностный массаж.

При артрозе локтевого сустава нельзя массировать больной сустав. Массаж начинают с шейного и грудного отделов позвоночника, области надплечий, плеча, предплечий.

Применяют поглаживание, растирание, разминание, вибрацию. Заканчивают массирование пассивными и активными движениями. Массаж верхних конечностей длится 10–15 минут, нижних – 15–20 минут. Сеанс выполняют раз в 2 дня, курс составляет 10–12 процедур.

//-- Использование сегментарного массажа при контрактурах сустава --//

Контрактуры делят на врожденные и приобретенные. Причиной врожденных контрактур является недоразвитие мышц (кривошея, суставная косолапость) или патологические изменения кожи (плавательные перепонки). Но чаще встречаются приобретенные контрактуры, которые делятся на травматические, воспалительные, паралитические, дистрофические и фиксационные.

Задачами данного массажа являются улучшение крово- и лимфообращения, обмена веществ в тканях, восстановление утраченной подвижности сустава.

При контрактурах в суставах верхней конечности массаж начинают с воздействия на паравертебральные области D11-6 и C6-3, используя при этом все приемы сегментарного массажа. Далее обрабатывают группы мышц (трапециевидную, грудино-ключично-сосцевидную), используя щипцеобразное поглаживание, растирание, разминание, лабильную вибрацию. При массировании плечевого сустава больной кладет руку обратной стороной кисти на поясницу, что вызывает больший эффект при воздействии на переднюю поверхность плечевого сустава. При массаже задней части сустава больной помещает кисть массируемой руки на противоположном плече, благодаря чему можно свободно обрабатывать сумку сустава сзади. При массировании сустава с нижней стороны больной отводит руку в сторону. Массируя локтевой сустав, следует особое внимание уделять его наружной поверхности, а при массаже лучезапястного сустава наилучшим образом воздействовать на суставную сумку можно, если массировать тыльную область сустава.

В завершение полезно провести пассивные движения, насколько это возможно.

При контрактурах суставов нижней конечности массаж начинают с паравертебрального воздействия на S5-1, L5-1, D12-10. При этом используют приемы сегментарного массажа. Затем массируют поясничную область, таз, нижние края реберных дуг и подвздошных гребней, заканчивая массаж сотрясанием таза. При массаже нижней конечности массировать следует по отсасывающему принципу, воздействуя на каждый сустав и стремясь к наибольшему проникновению в сустав. В завершение проводят пассивные и активные движения и встряхивания с сотрясанием отдельных групп мышц.

Длительность сеанса – 15–20 минут, курс включает 15–20 сеансов, которые проводят раз в 2 дня в зависимости от состояния больного и его ответной реакции на массаж. Данный массаж следует повторять через 1–1,5 месяца.

При анкилозе суставов (их полной неподвижности) или при сильных контрактурах применение массажа дает малый эффект.

Самомассаж при артритах

1. Самомассаж, наряду с другими видами массажа, является эффективным средством в борьбе с артритом и его последствиями, особенно в случаях, когда специалист по массажу

недоступен. Самомассаж можно проводить в любой позе: сидя за столом, дома в кресле или лежа. Очень полезен массаж в бане. Главное – правильно дозировать массажирование и не переусердствовать. Самомассаж можно выполнять в удобное время в комплексе с другими физиотерапевтическими процедурами. Недостатком самомассажа является то, что зачастую недоступны некоторые участки тела, например при массаже плеча. К тому же не всегда удается в этом случае полностью расслабить мышцы.

//-- Самомассаж при поражении суставов нижних конечностей --//

Самомассаж нижних конечностей начинают с бедра. Для этого нужно сесть на стул, ноги согнуть или полусогнуть в коленном суставе таким образом, чтобы они опирались о пол стопами. В таком положении можно проводить массаж передней и задней поверхности бедра одновременно. Спина должна иметь опору, в качестве которой может служить спинка стула, стена, дерево.

Самомассаж включает в себя несколько приемов, а именно поглаживание, выжимание, растирание, разминание, потряхивание, рубление, похлопывание и ударные приемы. Каждый сеанс заканчивают поглаживанием.

Поглаживание осуществляют в направлении от коленного сустава к паху. Для этого необходимо соединить четыре пальца руки вместе, а большой палец отвести в сторону. Таким образом можно охватить при массировании довольно большой участок тела. Затем ладонь плотно прижимают к массируемому участку, слегка обхватив его пальцами, и производят медленные скользящие движения по коже. В процессе участвуют поочередно обе руки. После такого прямолинейного поглаживания переходят к комбинированному. При этом одной рукой продолжают выполнять прямолинейные движения от коленного сустава к паху, а второй производят зигзагообразные поглаживания в том же направлении (рис. 83).



Рис. 83. Прием поглаживания при самомассаже бедра

При поглаживании происходит отшелушивание верхнего омертвевшего слоя эпидермиса, что способствует улучшению деятельности сальных и потовых желез, вызывает гиперемию кожи, усиливает кровоток и обмен веществ.

Вслед за поглаживанием выполняют прием выжимания. Его можно проводить с отягощением в зависимости от состояния мышц и суставов. Прием производят основанием ладони и бугром большого пальца, пальцы при этом должны быть сомкнуты.

Существует два способа выполнения данного приема. В первом случае при массаже внутренней поверхности бедра правой ноги используют правую руку, а при массировании наружной поверхности ноги – левую. Кисть располагается поперек бедра (рис. 84).



Рис. 84. Прием выжимания при самомассаже бедра

Во втором случае массируют наружную сторону правого бедра правой рукой, а внутреннюю – левой. Кисть руки располагается вдоль бедра, при выжимании давление производят основанием ладони.

Прием растирания выполняют на наружной стороне бедра гребнями пальцев, сжатых в кулак. Последовательно используют прямолинейное, спиралевидное, кругообразное растирания, а также прямолинейное и кругообразное с отягощением (с использованием обеих рук). Растирание способствует расширению сосудов и лучшему кровообращению, согревает ткани, ускоряет рассасывание.

Разминание является важным приемом при самомассаже, так как при помощи него можно воздействовать не только на поверхностные, но и на глубоко расположенные ткани.

Оно в значительной мере способствует улучшению крово- и лимфообращения в поверхностных и глубоких сосудах. Сначала выполняют ординарное разминание на внутренней, внешней и верхней стороне бедра. Для этого мышцу плотно обхватывают прямыми пальцами, сжимают и производят вращательные движения с одновременным продвижением вперед и захватом новых участков мышцы (рис. 85). Прием выполняют скользящим движением, плавно, без рывков и сильного напряжения.



Рис. 85. Прием ординарного разминания при самомассаже бедра

Далее выполняют двойной гриф. Данный прием проводят таким же образом, что и ординарное разминание, но с отягощением. Для этого четыре соединенных вместе пальцев одной руки накладывают на четыре пальца другой, а большие пальцы – друг на друга (рис. 86).



Рис. 86. Двойной гриф при самомассаже бедра

Двойное кольцевое разминание выполняют следующим образом. Мышцу обхватывают поперек двумя руками. Расстояние между руками – 5 см. Затем мышцу слегка приподнимают и оттягивают руками в противоположные стороны. После этого, не

отпуская мышцы, плавно поворачивают ее в другую сторону и т. д. (рис. 87).



Рис. 87. Двойное кольцевое разминание при самомассаже бедра

Продольное разминание выполняют по внутренней, срединной и внешней линиям бедра. Для этого руки располагают на массируемом участке симметрично относительно друг друга. Расстояние между ними равно 1–2 см. Сначала мышцу захватывают правой рукой, затем левой, смещая ее в соответствующую сторону.

Двойное ординарное разминание проводят одновременно на передней и задней поверхности бедра. Для этого мышцу передней и задней стороны бедра обхватывают пальцами и производят спиралевидные движения (рис. 88).



Рис. 88. Двойное ординарное разминание при самомассаже бедра

Потряхивание является пятым приемом при самомассаже бедра. При его выполнении мышцу захватывают большим пальцем и мизинцем, остальные пальцы приподняты, а кисть быстро колеблется между этими пальцами. Рука массажиста должна быть расслаблена, необходимо также предельно расслабить потряхиваемую мышцу.

К ударным приемам относятся поколачивание, похлопывание, рубление. Все эти приемы вызывают гиперемия в массируемом участке и обеспечивают лучший обмен веществ. Также они раздражают мышечные волокна, увеличивая их способность к сокращению. При выполнении данных приемов мышцы должны быть максимально расслаблены.

При поколачивании пальцы рук сложены в кулак, мизинец слегка согнут. Производят ритмичные удары ребром ладони. Чем сильнее напряжены мышцы массируемой кисти, тем с большей силой производится удар.

Похлопывание выполняют расслабленной кистью, двумя руками поочередно, пальцы прижаты к повернутой вниз ладони.

Рубление производят ребром ладони и мизинцем. Остальные пальцы сомкнуты.

Самомассаж задней поверхности бедра выполняют в положении сидя на стуле. Массируемую ногу следует отодвинуть в сторону и приподнять пятку.

В таком положении мышцы расслаблены, что значительно облегчает процедуру.

//-- Самомассаж коленного сустава --//

Коленный сустав относится к наиболее крупным суставам человеческого скелета. Регулярный самомассаж данной области тела помогает предотвратить отложение солей, а

также другие заболевания суставов, в том числе и артриты.

Самомассаж коленного сустава выполняют в положении сидя или стоя. При массаже стоя центр тяжести во время процедуры переносят на немассируемую конечность.

Сначала производят прямолинейное и кругообразное поглаживание, задействуя при этом обе руки. При массировании правого колена правой рукой поглаживают его внешнюю поверхность, а левой – внутреннюю (рис. 89). Затем переходят к растиранию, которое начинают с щипцеобразного прямолинейного растирания.



Рис. 89. Прямолинейное поглаживание при самомассаже коленного сустава

После этого выполняют прямолинейное кругообразное растирание подушечками четырех пальцев, опираясь на большой, и подушечкой большого пальца, опираясь на остальные четыре (рис 90).



Рис. 90. Растирание при самомассаже коленного сустава

Эти приемы можно проводить с отягощением.

Далее следуют активные движения. Для этого нужно согнуть ногу в коленном и тазобедренном суставах, стараясь максимально приблизить бедро к груди. Данное упражнение следует выполнить 6–7 раз. Далее проделывают то же движение, но при этом голень обхватывают руками и как можно ближе притягивают бедро к груди. Данное упражнение повторяют 4 раза. В заключение выполняют прием поглаживания коленного сустава обеими руками.

//-- Самомассаж голени --//

Самомассаж этой части тела начинают с икроножной мышцы. Его проводят в положении сидя. Для этого одну ногу кладут на другую таким образом, чтобы нижняя внешняя сторона массируемой голени лежала на бедре второй ноги у колена (рис. 91).

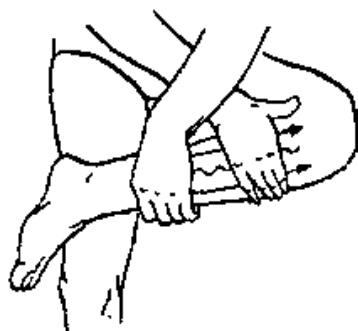


Рис. 91. Положение массируемого на стуле при самомассаже

голении

Самомассаж голени можно проводить и в другом положении – сидя на полу или на кровати, при этом следует согнуть ногу в коленном суставе, а пяткой опереться о поверхность пола (рис. 92). Массируют в направлении от ахиллова сухожилия к подколенной ямке. Сначала выполняют поочередно прямолинейное, зигзагообразное и комбинированное поглаживания. При комбинированном поглаживании правой рукой производят скользящие зигзагообразные движения, а левой – прямые. Левая рука продвигается вперед следом за правой. При поглаживании икроножную мышцу нужно обхватить таким образом, чтобы четыре пальца располагались сверху, а большой – снизу. На втором этапе выполняют выжимание, при котором движения должны быть ритмичными и энергичными. Затем проводят разминание, сначала ординарное, а после – двойное кольцевое, которое выполняют двумя руками. Кисти располагают поперек икроножной мышцы и поочередно, то правой, то левой рукой смещают мышцу в сторону мизинца. Заканчивают этот этап двойным грифом. В заключение производят потряхивание.



Рис. 92. Положение массируемого на полу при самомассаже

голении

//-- Самомассаж ахиллова сухожилия, стопы и подошвы --//

При данном массаже используют приемы поглаживания и растирания (щипцеобразное, прямолинейное, кругообразное).

При массировании подошвы желательно использовать специальный резиновый массажный коврик. На него помещают подошву и перекатывают ее сначала с пятки на носок, затем в обратном направлении. Можно переступать с ноги на ногу. Массаж на таком тренажере выполняют 2–3 минуты.

Начинают массаж в положении сидя. Эта поза удобна тем, что подошвы легче привыкают к давлению. Через 30 секунд встают со стула. Продолжительность массажа зависит от чувствительности подошвы, а также от веса тела. Чем больше вес, тем сильнее давление на ноги и тем короче должна быть процедура. При возникновении болевых ощущений массаж следует прекратить.

Массаж этих частей тела можно проводить не только рукой, но и ногой. Для этого массируемую ногу ставят на пол. Пяткой второй ноги растирают пальцы, подъем стопы, голеностопный сустав и ахиллово сухожилие. Выполняют прямолинейные, поперечные, кругообразные движения.

//-- Самомассаж верхних конечностей --//

При самомассаже рук принимают положение сидя или стоя. Начинают с массажа плеча, в частности с его двуглавой мышцы, называемой бицепсом. Пальцы при этом мягко скользят по внутренней борозде. Направление движения – от локтевого сустава к подмышечной впадине. Сначала производят поглаживание. Для выполнения этого приема массирующую ладонь располагают поперек мышцы массируемой руки таким образом, чтобы четыре пальца находились снаружи, а большой палец – на внутренней части плеча. Затем применяют выжимание, при котором большой палец прижимают к указательному, и

производят энергичные движения, как при поглаживании. Далее выполняют ординарное разминание. Для этого мышцу слегка оттягивают и разминают сначала подушечками пальцев, затем фалангами пальцев, сжатых в кулак, и ребром ладони. В завершение проводят потряхивание и легкое поглаживание. При массаже трехглавой мышцы массируемая рука должна быть опущена вдоль туловища. Используют приемы поглаживания, выжимания, разминания, потряхивания. В заключение выполняют поглаживание. Направление движений при самомассаже – от локтевого сустава вверх к шее.

Массаж дельтовидной мышцы выполняют в положении сидя. Локтевой частью предплечья можно опереться на колено согнутой ноги. Массируемую руку лучше положить на стол или на спинку стула. Сначала выполняют прямолинейное и спиралевидное поглаживание в направлении от локтевого сустава вверх к шее. После этого производят выжимание ребром ладони и большим пальцем, затем переходят к разминанию. Самомассаж плечевого сустава состоит из последовательного выполнения приемов растирания, которое проводят вокруг дельтовидной мышцы, разминания, потряхиваний, активных и пассивных движений. Массаж выполняют в любом из вышеперечисленных положений. Самомассаж локтевого сустава начинают с массажа наружной части сустава, при этом массируемая рука повернута ладонью вверх. На первом этапе делают щипцеобразное растирание и другие его разновидности. Щипцеобразное растирание производят подушечками пальцев. Локтевой сустав обхватывают таким образом, чтобы четыре пальца располагались с наружной стороны локтевой части, а большой палец – с внутренней.

Прямолинейное растирание выполняют сначала четырьмя пальцами, опираясь на большой, затем большим пальцем, опираясь на остальные.

Зигзагообразное растирание производят фалангами пальцев, сжатых в кулак, и ребром ладони. После этого переходят к пассивным и активным движениям – сгибанию и разгибанию, поворачивая кисть таким образом, чтобы ладонь была обращена сначала вверх, а затем вниз.

Самомассаж предплечья начинают с массажа сгибателей (внутренней стороны предплечья), далее массируют разгибатели (внешнюю сторону предплечья). При массаже внутреннего участка массирующая кисть расположена ладонью вверх. Применяют приемы поглаживания, выжимания, разминания и потряхивания.

//-- Самомассаж кистей рук при узелковом артрите --//

Массаж проводят в положении сидя, массируемый опирается спиной о стену или на спинку стула. Сначала можно постучать пальцами одной руки по твердой поверхности пола или по краю стула. При этом запястье руки необходимо как можно сильнее расслабить, так чтобы рука легко отскакивала от поверхности. Пальцы также должны находиться в расслабленном состоянии. Это движение выполняют множество раз. Сначала пальцы ощущают приятную стимуляцию, затем они начинают немного болеть, а после следует онемение, которое снова переходит в легкую боль, а затем в приятное ощущение стимуляции. При возникновении сильной боли следует ослабить удары. Этот прием считается наиболее простым и не требует специальных знаний техники массажа. В конце концов пальцы начинают гореть, так как в них поступает большое количество крови и улучшается реакция нервов на удары. Все это приводит к тому, что пальцы становятся более чувствительными. Затем проводят ту же процедуру другой рукой.

Перед тем как приступить к основному массажу, руки необходимо растереть. Данный прием улучшает в них кровообращение, разогревает и усиливает чувствительность. Добиться этого можно разными способами: потереть одной рукой о другую, одну руку

держат неподвижно и растирать ее ладонью другой руки, развести пальцы как можно шире и растирать их одной рукой о пальцы другой, растирать кончики пальцев большим пальцем руки, двигаясь от основания ладони вдоль каждого пальца. При выполнении массажа нужно стараться вовлекать в работу только кисти, не используя мышцы плеч и других частей тела.

Потом переходят к движениям. Для этого руку кладут на стол таким образом, чтобы все суставы кисти руки опирались на его поверхность. Затем левой рукой следует взяться за кончики пальцев правой и проделать правой рукой пассивные вращательные движения, не забывая, что мышцы руки должны оставаться расслабленными. Вращение рукой выполняют в обоих направлениях до тех пор, пока рука не перестанет оказывать сопротивление движению и пытаться помогать ему, то есть пока мышцы не будут полностью расслаблены.

Затем левой рукой следует взяться за правую и выполнять медленные вращательные движения кистью правой руки, стараясь описывать круг как можно большего радиуса. Необходимо постоянно следить за тем, чтобы массируемая рука не напрягалась. Кисти руки и пальцы должны находиться в расслабленном состоянии. Активное участие в движении принимает только запястье. Данный прием повторяют 10–20 раз, после чего переходят к пассивным движениям.

Далее следуют вращательные движения каждым пальцем правой руки. Сначала проводят пассивные движения, при которых левая рука удерживает палец и направляет его движения, затем активные и снова пассивные. Эти движения выполняют для каждого сустава на всех пальцах.

Все проделанные приемы повторяют для левой руки. Нужно постоянно следить, чтобы в работе были задействованы только кисти. В противном случае руки и все тело будут быстро устать, что негативно скажется на качестве массажа. Следует концентрировать внимание на движении мышц и суставов в кистях рук. Дыхание при массаже должно оставаться медленным и равномерным.

МАССАЖ ПРИ НЕРВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Существует множество заболеваний нервной системы. Для их лечения применяют самые разные средства, и не последним среди них является лечебный массаж. Он способствует уменьшению боли, помогает улучшить кровообращение, повышает тонус мышц и снимает напряжение и скованность на больных участках. Так как массаж оказывает воздействие прежде всего на нервную систему, то при данных заболеваниях он помогает улучшить общее состояние практически всех систем организма.

Следует помнить, что нервные заболевания достаточно сложны и трудно поддаются лечению. Применение массажа также не может ограничиться несколькими сеансами. К нему нужно прибегать постоянно, варьируя лечебный, профилактический, общеоздоровительный массаж. Это важно не только для излечения заболеваний, но и для улучшения общего состояния организма.

При нервных заболеваниях применяют различные методики массажа. Они достаточно легко осваиваются, ими может пользоваться любой человек, который хочет помочь больному. Для каждого вида заболевания описаны отдельные методики массажа.

При каких нервных заболеваниях назначают массаж? Это мононевропатии, полиневропатии,

рассеянный склероз, паркинсонизм, синингомиелия и невропатия лицевого нерва. Массаж помогает больным во время болезни, стабилизирует состояние в период ремиссий.

Мононевропатии

1. К мононевропатиям относятся разнообразные невриты и невралгии, то есть изолированные поражения отдельных нервных стволов. В основе заболеваний лежит прямая травма, компрессия нервного ствола. Предрасполагающими факторами для возникновения заболеваний служат поверхностное расположение нерва на кости или его прохождение в каналах, образуемых костносвязочными и мышечными элементами. В этом случае данные участки нервных стволов особенно чувствительны к травмам (профессиональным и спортивным), а также к сдавливанию конечности во время глубокого сна (туннельные или капканные синдромы).

При наличии атеросклероза, сахарного диабета или узелкового периартериита мононевропатии обуславливаются ишемией (ишемические невропатии). Но непосредственное инфицирование отдельных нервов встречается крайне редко и характерно только для проказы.

Поражение основного ствола нерва приводит к выпадению всех его функций. Но дистальные очаги вызывают лишь частичные нарушения. Течение болезни зависит от степени повреждения нервных волокон. При полном перерыве основных нервов конечностей в их проксимальных отделах возникают следующие виды невропатий:

- неврит локтевого нерва;
- неврит лучевого нерва;
- неврит срединного нерва;
- неврит бедренного нерва;
- неврит седалищного нерва;
- неврит большеберцового нерва;
- неврит малоберцового нерва.

Невритами называют воспаление нервов. Неврит локтевого нерва характеризуется невозможностью сгибания 4-го и 5-го пальцев кисти (безымянного и мизинца) и ее деформацией по типу «когтистой лапы». В этом случае последние два пальца находятся постоянно в отведенном состоянии. Также наблюдается анестезия ульнарной поверхности кисти, безымянного пальца и мизинца. При данном заболевании чаще всего нерв сдавливается в кубитальном канале у внутреннего мыщелка плечевой кости.

Неврит лучевого нерва характеризуется невозможностью разгибания в локтевом и лучезапястном суставах («висящая кисть»). В данном случае наблюдается выпадение рефлекса с *m.triceps* и анестезия задней поверхности плеча, предплечья и 1-го пальца (большого). Чаще всего нерв повреждается на плече, где он спирально огибает плечевую кость.

Неврит срединного нерва характеризуется нарушением пронации кисти и сгибания первых трех пальцев. При этом наблюдается анестезия латеральной поверхности ладони, большого, указательного и среднего пальцев и латеральной поверхности безымянного пальца. Чаще всего при заболевании нерв повреждается в запястном канале (наиболее часто встречающийся туннельный синдром).

Неврит бедренного нерва характеризуется невозможностью разгибания в коленном суставе. Наблюдается выпадение коленного рефлекса, анестезия передней поверхности бедра и медиальной поверхности голени.

Неврит седалищного нерва характеризуется нарушением сгибания в коленном суставе, параличом стопы. Наблюдается выпадение ахиллова рефлекса, анестезия стопы и голени, за исключением ее медиальной поверхности.

Неврит большеберцового нерва характеризуется невозможностью подошвенного сгибания стопы и пальцев. Наблюдается выпадение ахиллова рефлекса (больной не может ходить на пальцах) и анестезия подошвенной поверхности стопы. Дистальный отдел нерва может сдавливаться в тарзальном канале у внутренней лодыжки.

Неврит малоберцового нерва характеризуется нарушением тыльного сгибания стопы (стопа при этом отвисает вниз и внутрь). Наблюдается анестезия наружной поверхности голени и тыла стопы.

Для лечения мононевропатий применяют сосудорасширяющие и противоотечные средства, витамины группы В. Назначают массаж, лечебную физкультуру, физиотерапию. Если лечение оказывается малоэффективным или не дает результата, применяют оперативное вмешательство для декомпрессии и невролиза.

//-- Локальный массаж при мононевропатиях --//

При каждом виде неврита поражается определенный участок тела. Массаж при данных заболеваниях проводят преимущественно на больных участках тела, иногда на симметричных. В общем массаже необходимости нет, его применяют тогда, когда острая форма болезни миновала. Локальный массаж удобен тем, что воздействие происходит непосредственно на больной участок и на прилегающие к нему области. При неврите локтевого нерва производят массаж предплечья, плеча и локтевой области. При неврите лучевого нерва массируют предплечье, запястье, кисть. При неврите срединного нерва массаж проводят на запястье, кисти и пальцах. При неврите бедренного нерва массируют бедро и область ягодиц. При неврите седалищного нерва массируют зоны колена, голени и стопы. При неврите большеберцового нерва массаж проводят на лодыжке, стопе и пальцах. При неврите малоберцового нерва массируют голень, стопу и пальцы.

Для массирования данных областей применяют следующие приемы: поглаживание, растирание, разминание, движения и потряхивания. Каждый из этих приемов имеет множество разновидностей, которые используют для лучшего воздействия на больной участок. Но каждый прием имеет свои особенности, которые обусловлены характером заболевания.

//-- Поглаживание --//

С поглаживания начинается серия массажных приемов. Оно способно хорошо расслабить мышцы и снять напряжение.

При неврите локтевого нерва массируют плечо, предплечье, а также локтевую зону. Движения идут снизу вверх. В данном случае применяют все виды поглаживаний. На больном участке особое внимание уделяют концентрическому и щипцеобразному поглаживаниям. Движения следует выполнять плавно, руки должны скользить по коже вверх и вниз (рис. 93).



Рис. 93. Массаж необходимо выполнять

плавно, скользящими движениями

При неврите лучевого нерва массируют предплечье, запястье и кисть. Прямолинейное, зигзагообразное и спиралевидное поглаживания можно заменить одним комбинированным приемом, но большее внимание следует уделить кругообразному поглаживанию, концентрическому и глажению. Это связано с тем, что зона массирования достаточно мала.

При неврите срединного нерва массируют запястье, кисть и пальцы. В данном случае используют прямолинейное поглаживание и глажение. Другим приемам можно уделить меньше времени. Спиралевидное и зигзагообразное поглаживания можно объединить в один комбинированный прием, кругообразное поглаживание применяют на запястье и частично на кисти. То же относится к концентрическому и граблеобразному поглаживаниям. Гребнеобразное поглаживание в данном случае не применяют.

При неврите бедренного нерва особенное внимание следует уделить массированию колена и окологенной области. А при невритах седалищного, большеберцового и малоберцового нервов внимание сконцентрировано на массировании стопы и пальцев. В этом случае следует больше внимания уделить концентрическому, кругообразному, граблеобразному и гребнеобразному поглаживаниям. Данные приемы хорошо подготавливают участки для проведения более активных приемов массирования.

//-- Растирание --//

При растирании данных областей следует помнить, что здесь мало крупных мышц, поэтому большее внимание следует уделять сухожилиям, связкам, суставам. Некоторые участки имеют настолько маленькую мышечную массу, что ухватить или приподнять мышцу практически невозможно.

При разных видах невритов применяют круговое, спиралевидное, прямолинейное растирания, а также штрихование, пиление, пересечение. Растирание проводят разными способами: фалангами пальцев, опорной частью ладони, опорной частью кисти.

Круговое растирание выполняют фалангами пальцев. При этом ладонь и пальцы тесно обхватывают массируемый участок. Движение идет снизу вверх. Растирание происходит за счет движения ладони и пальцев по массируемой поверхности. Движения одинаковы в том случае, когда массируют руку (невриты локтевого, лучевого и срединного нервов) и ногу (невриты седалищного, малоберцового, большеберцового и бедренного нервов). В первом случае пальцы обхватывают массируемый участок полностью. Прием можно выполнять как одной, так и двумя руками. Если растирание осуществляют двумя руками, то одна рука движется вслед за другой. При этом получается двойное воздействие на массируемый участок.

Во втором случае, то есть при массировании ноги, обхват получается неполный. Но при этом нужно сильнее поворачивать кисть, чтобы промассировать больший участок. Движение также идет снизу вверх, а затем кисти рук возвращаются в исходное положение. Но это касается только движения по голени, бедру или лодыжке. При массировании стопы направление движения идет от лодыжки по стопе к кончикам пальцев (рис. 94). В данном случае круговое растирание лучше всего выполнять подушечками больших пальцев.

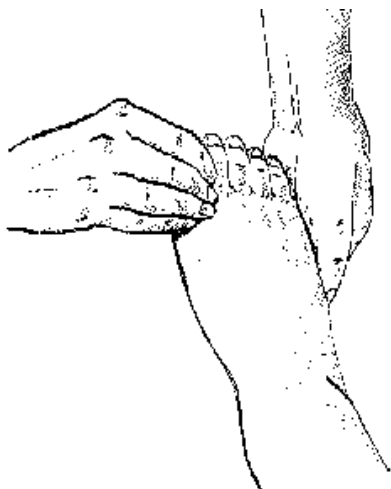


Рис. 94. Массирование кончиков пальцев

Спиралевидное растирание выполняют локтевым краем кисти, которая сжата в кулак, или основанием ладони. Кисть руки перемещают снизу вверх по массируемому участку, совершая спиралевидные движения. Их можно совершать одной или двумя руками без отягощения. Данный прием имеет большое значение при массаже нижних конечностей.

Прямолинейное растирание выполняют концевыми фалангами пальцев. Движения совершают сверху вниз и снизу вверх по нужному участку руки или ноги. В массаже участвуют все пальцы. Прием можно проводить одной или двумя руками. Особое внимание следует уделить массажу стопы и пальцев. В этом случае движения производят в слегка замедленном темпе, с некоторым надавливанием (рис. 95).

Растирание выполняют концевыми фалангами четырех пальцев, большой палец находится снизу массируемого участка и выполняет роль опоры.



Рис. 95. Надавливание на стопу

Штрихование выполняют подушечками указательного, среднего и большого пальцев, если они разведены в стороны, и указательным и средним пальцами, если они сложены вместе. Безымянный палец и мизинец согнуты и прижаты к ладони. Штрихование – это быстрый прием, который выполняют короткими прикосновениями к коже подушечек пальцев. Темп выполнения – 60–70 прикосновений в минуту. Движение происходит по массируемому участку в продольном или поперечном направлении. При штриховании важно поддерживать конечность другой рукой, чтобы она находилась на весу. Это относится к верхним конечностям. Массаж ног выполняют тогда, когда нога чуть приподнята и согнута в колене.

Пиление выполняют ребром ладони. Ткани при этом смещают вперед-назад. Темп при

выполнении приема должен быть быстрым, а движения – короткими и даже резковатыми. Данный прием можно выполнять одной или двумя руками. В последнем случае ладони рук должны быть обращены друг к другу и находиться на расстоянии 4–5 см. Смещение происходит поочередно. Если правая рука движется назад, то левая – вперед. Затем положение рук меняют. Пиление выполняют правильно, если в процессе массирования между ладонями образуется валик. При массаже верхних конечностей зазор между ладонями может быть меньше и не превышать 3 см. Но это касается только массирования плеча и предплечья. Для массажа запястья, кисти и пальцев данный прием не годится. В большей степени он подходит при лечении невритов седалищного, бедренного, малоберцового и большеберцового нервов. При массировании стопы данным способом следует соблюдать осторожность.

Пересечение используют для массирования нижних конечностей (для массажа рук данный прием не рекомендуется). Прием выполняют лучевым краем кисти. Пальцы обхватывают мышцу, причем большой палец далеко отстоит от остальных. При выполнении пересечения происходит надавливание лучевого края кисти на участок. Ритмичные движения совершают в направлении указательного пальца, то есть от себя, и в направлении большого пальца, то есть к себе. При выполнении пересечения двумя руками расстояние между правой и левой кистью небольшое, 2–3 см. Ткани смещают в продольном и поперечном направлениях, то есть от себя и к себе. При правильном выполнении приема между кистями рук в процессе массирования образуется валик.

Данный прием завершает растирание, затем можно переходить к следующим приемам массирования.

//-- Разминание --//

При различных видах невритов большое внимание уделяют разминанию. Этот эффективный прием является наиболее действенным для защемленных нервов, которые не могут нормально функционировать и искажают естественное положение пальцев рук или стопы. Разминанию отводят больше всего времени при массировании конечностей. При мононевропатиях используют почти все разновидности данного приема. При лечении невритов применяют разминания: продольное и поперечное, ординарное, двойное кольцевое, двойное ординарное, двойной гриф, ординарно-продольное, кругообразное, щипцеобразное, а также сдвигание, растяжение, надавливание, сжатие. Разминание конечностей проводят в основном фалангами пальцев, реже основанием ладони и кулаком.

Продольное разминание выполняют по ходу мышечных волокон. Кисть руки плотно обхватывает массируемый участок. Большой палец при этом отведен в сторону и находится с другой стороны массируемого участка. При выполнении приема мышцу приподнимают и оттягивают. Затем производят само разминание большими пальцами по направлению к центру. Мышца при этом получает двойное сдавливание. Когда ее приподнимают, происходит давление в сторону большого пальца и далее, когда большой палец движется навстречу четырем другим. При массировании стопы совершают поочередные движения большими пальцами.

Данное разминание можно проводить одной или двумя руками. Выполняют его в быстром темпе, примерно 40–50 разминаний в минуту. Но темп можно снизить на больных участках и при разминании запястья, кисти пальцев рук или стопы и пальцев ног.

При поперечном разминании кисти рук располагают поперек хода волокон. Пальцы плотно обхватывают массируемый участок. При этом большие пальцы отведены в сторону и находятся по одну сторону участка, а другие четыре пальца – по другую (рис. 96).



Рис. 96. Поперечное разминание рук

Ординарное разминание выполняют пальцами рук, которые плотно обхватывают мышцу. При этом между ними и участком кожи не должно быть никаких зазоров. Мышцу приподнимают, большой и четыре других пальца смещают друг к другу, выполняя при этом вращательное движение. При массаже рук разминание может быть не очень сильным, а при разминании области бедра рекомендуется применять нажим.

Кисти рук совершают движение снизу вверх, постепенно разминая весь участок. При массаже лодыжек давление на участок также не очень сильное, а при массаже стопы можно применять небольшой нажим.

Двойное ординарное разминание применяют наряду с ординарным. При этом массаж происходит двумя руками, которые воздействуют на участок попеременно. Сначала разминание выполняют правой рукой, а затем этот же участок подвергается массажу левой рукой.

Двойное кольцевое разминание осуществляют пальцами рук. При этом конечность попадает в зажим кисти, подобный кольцу. Кисти правой и левой руки находятся на расстоянии 5–7 см друг от друга. При массаже правая рука смещает мышцу к себе, а левая – от себя. Затем направления смещения правой и левой руки меняют. Массаж выполняют плавно, резкие движения исключаются. Разминание проходит по всему участку так, чтобы пальцы не отрывались от поверхности до завершения массажа.

Двойной гриф проводят с отягощением. Для разминания передней и задней поверхности бедра отягощение осуществляют путем наложения основания ладони на большой палец. При массаже верхних конечностей применяют другой способ отягощения: пальцы правой руки обхватывают конечность, а пальцы левой руки накладывают на них. Большой палец левой руки оказывает давление на большой палец правой руки, а четыре пальца левой руки совмещаются с четырьмя пальцами правой.

Ординарно-продольное разминание применяют для массажа задней поверхности бедра. Но с наружной стороны используют продольное разминание, а на внутренней – ординарное. Движение идет снизу вверх. Прием выполняют в среднем темпе. Для достижения лучшего эффекта при массаже применяют нажим.

При массаже конечностей применяют различные виды кругообразных разминов. Кругообразное разминание концевыми фалангами пальцев выполняют четырьмя пальцами при отставленном большом. Он движется по коже скользящим движением вдоль мышечных волокон. Четыре остальных пальца расположены по отношению к нему по диагонали. По мере продвижения большого пальца они выполняют разминание.

Кругообразное разминание концевыми фалангами больших пальцев по технике выполнения похоже на предыдущее разминание. Но в этом случае большой палец выполняет разминание, а четыре пальца движутся по массируемому участку. Они

находятся на разных сторонах массируемого участка, если происходит массаж стопы (рис. 97). Большой палец совершает кругообразное движение в сторону указательного пальца. При перемещении к указательному пальцу давление самое сильное, но движение в обратном направлении значительно слабее. Массирование происходит непрерывно: по окончании выполнения приема на одном участке пальцы без отрыва перемещают на другой и прием повторяют. При массировании двумя руками работают ими попеременно.

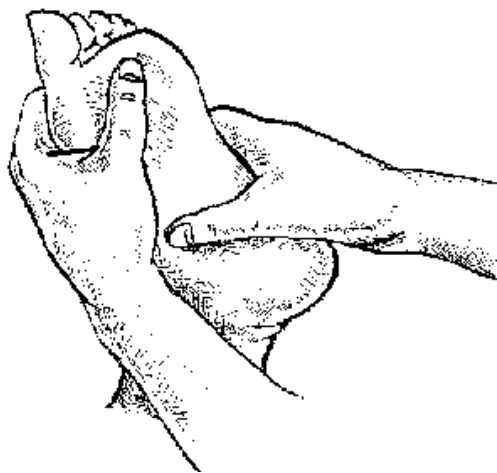


Рис. 97. Массаж стопы, выполняемый большими пальцами

Кругообразное разминание основанием ладони выполняют наложением ладони на массируемый участок (рис. 98). Затем основание ладони поворачивают в сторону мизинца, сменяя и разминая при этом мышцу. Движения проводят снизу вверх от пятки к пальцам. Темп для данного приема подходит умеренный. Разминание основанием ладони можно выполнять как одной, так и двумя руками. Чаще всего массирование верхних конечностей происходит одной рукой, а нижних – двумя руками или одной, но с отягощением. Для отягощения ладонь левой руки плотно накладывают на запястье правой.

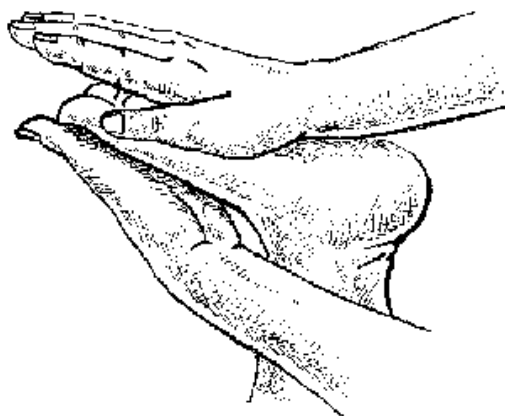


Рис. 98. Массаж стопы, выполняемый ладонями

Кругообразное разминание пальцами, сжатыми в кулак, чаще всего применяют для массирования нижних конечностей. Нога массируемого при этом должна быть слегка приподнята, под нее подкладывают специальный валик. Пальцы, сжатые в кулак, помещают на массируемый участок, а большой палец выполняет роль опоры. Пальцы придавливают мышцу, а затем сменяют ее в сторону мизинца. При этом большой палец перемещают по участку немного вверх и прием повторяют. Этот вид разминания может выполняться как одной, так и двумя руками или одной рукой с отягощением. При отягощении ладонь левой руки плотно прижимает тыльную сторону ладони правой руки.

Кругообразное клювовидное разминание выполняют пальцами, сложенными в виде

клюва. Данный прием может выполняться как одной, так и двумя руками, а также одной рукой с отягощением. Помимо основных приемов, для массажа конечностей применяют и вспомогательные приемы разминания.

Сдвигание выполняют большими пальцами, которые захватывают мышцу, приподнимают ее и сдвигают в сторону. На коже образуется складка, которая, в зависимости от захвата, может быть большой или маленькой. Движение происходит в продольном или поперечном направлении, а также по диагонали; прием выполняют одной или двумя руками. В последнем случае руки могут производить массаж попеременно. Но немного иначе данный прием выполняют при массаже стопы. В этом случае кисти рук обхватывают стопу таким образом, чтобы большие пальцы находились на подошвенной части, а остальные четыре пальца выполняли роль опоры и размещались на тыльной стороне стопы (рис. 99). Основания больших пальцев расходятся в стороны, разминая при этом участок стопы. Движения могут идти как в продольном, так и в поперечном направлении.

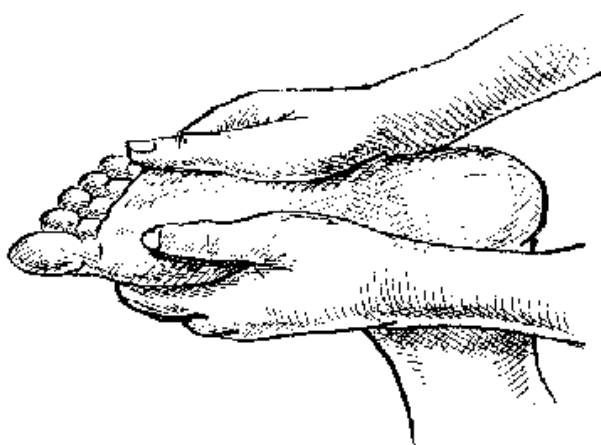


Рис. 99. Правильное обхватывание стопы

кистями рук

Растяжение по технике своего выполнения напоминает сдвигание. Но в этом случае большой палец играет роль опоры, а само разминание осуществляют фалангами согнутых пальцев. Сначала пальцы расходятся в стороны, а кожа натягивается, затем пальцы устремляются навстречу друг другу и образуется складка. Движение повторяют несколько раз. Для этого приема наиболее подходит медленный темп. Выполнять растяжение нужно спокойно, без рывков.

В случае массажа пальцев рук или ног растяжение осуществляют несколько иначе. При этом происходит плотное обхватывание пальцев ладонью, после чего движения выполняют путем разведения пальцев в стороны. Это очень важно при невритах локтевого, лучевого и срединного нервов, так как пальцы рук при данных заболеваниях часто обездвижены или малоподвижны. Данный прием помогает вернуть пальцам, хотя бы частично, возможность функционировать.

При массаже пальцев ног техника выполнения приема та же. Пальцы обхватывают участок стопы у основания пальцев и разводят их в стороны (рис. 100). Большие пальцы при поддержке остальных совершают массаж. При этом основания больших пальцев прижимают к стопе, а ладони и основания пальцев играют роль поддерживающей опоры.



Рис. 100. Массирование пальцев ног

Для массирования конечностей применяют все виды надавливаний. Но чаще всего верхние конечности разминают концевыми фалангами пальцев, а нижние – концевыми фалангами пальцев и основанием кисти. Последнее применимо в основном для массирования голени, колена, лодыжки, а надавливание кончиками пальцев больше подходит для стопы и пальцев ног.

Сжатие также достаточно простой прием. При этом мышцу захватывают пальцами, происходит сжатие ее поверхности. Для выполнения приема подходит средний темп; реже прибегают к медленному. Совершать массирование в любом случае нужно плавно и аккуратно. Это особенно касается массажа кистей и пальцев рук, а также стоп и пальцев ног.

//-- Движения --//

Данный прием проводят сразу после разминания, когда мышцы уже размяты и обрели большую подвижность. Движения улучшают секрецию жидкости в суставах, а также крово- и лимфообращение в области суставов и близко расположенных мышц.

Сгибание производят в области локтя, запястья, колена, стопы. В последнем случае правая рука зажимает ахиллово сухожилие с обеих сторон, а левую руку помещают ладонной поверхностью на подошве, пальцы руки при этом захватывают и зажимают пальцы ноги. Ладонная поверхность давит на подошву и наклоняет всю стопу вниз, затем за пальцы подтягивает стопу вверх и повторяет движение (рис. 101).

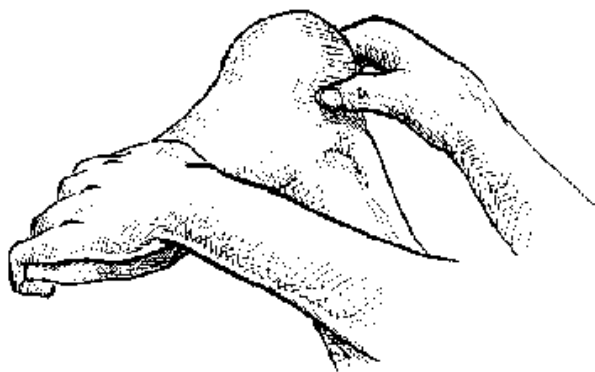


Рис. 101. Сгибание в области стопы

При невритах активные движения выполнять довольно трудно, поэтому предпочтение отдают пассивным движениям. При проведении данного приема одна рука плотно обхватывает конечность, а другая выполняет движение. Эта техника характерна прежде всего для массажа рук, но для нижних конечностей также подходит, если массируют лодыжку, стопу и пальцы ног. Наиболее часто среди движений используют вращение. При невритах локтевого, лучевого и срединного нервов захватывают запястье и производят вращательное движение кисти в сторону

мизинца. При невритах малоберцового, большеберцового и седалищного нервов захватывают лодыжку или стопу и проводят вращательные движения. Одна рука может крепко обхватывать лодыжку, а другая, зажав пальцы, совершать вращательные движения (рис. 102).

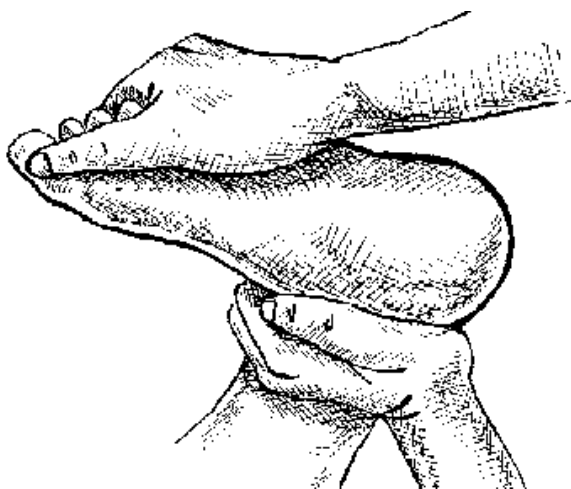


Рис. 102. Вращательные движения стопы

Иногда движения легко выполняют в сторону мизинца, но с трудом – в сторону большого пальца. Если возникают болевые ощущения, прием следует прекратить. Вращения выполняют и иным способом. При этом одна из рук будет играть роль опоры: в ладонь упирают тыльную сторону стопы и производят вращение по часовой или против часовой стрелки (рис. 103). Пальцы руки могут совершать небольшие надавливания и сжатия стопы.

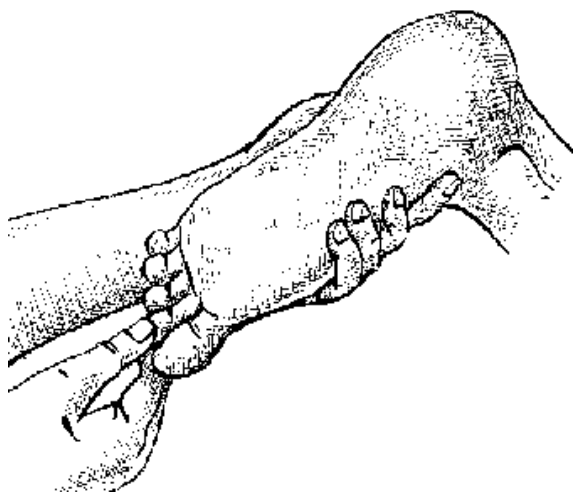


Рис. 103. Вращательные движения пальца

Помимо вращений, при неврите малоберцового нерва очень важно использовать такой прием, как вытягивание. Для этого тыльную сторону стопы помещают на ладонь правой руки, левая рука поддерживает стопу, выполняя опорную роль. Пальцы правой руки захватывают пальцы ноги и начинают их вытягивать. Прием выполняют 7–8 раз. После вытягиваний можно произвести несколько потряхиваний стопы. Данный прием будет служить переходным для обращения к следующим приемам массажа.

//-- Потряхивание, встряхивание --//

Потряхивание выполняют мизинцем и большим пальцем, остальные пальцы слегка приподняты и не касаются массируемого участка. Темп выполнения потряхиваний быстрый – 12–15 за 2 секунды. Особенно хорош прием для массажа кистей и пальцев рук, а также стоп и пальцев ног.

Сотрясение выполняют двумя руками. Это быстрые ритмичные колебания, которые осуществляют отдельными пальцами или всей кистью. Движения напоминают просеивание муки через сито. Направление движений произвольное. Руки могут смещаться по массируемому

участку вверх или вниз, а также сближаться. Но расстояние между ними лучше не делать слишком большим. Данный прием особенно рекомендуется при неврите бедренного нерва, ему следует уделить при данном заболевании больше времени.

Стегание представляет собой быстрые ритмичные и легкие удары, которые наносят по касательной. Прием выполняют одним или несколькими пальцами. Если используют обе руки, то стегание следует осуществлять попеременно. Стегание применимо в большей степени к массажу плеча и предплечья, а также бедра и голени. Для массажа запястий, кистей, пальцев, лодыжек, стоп, пальцев ног данный прием используют крайне редко.

Вибрацию выполняют разными способами. Их производят одной или двумя руками в быстром темпе. Продолжительность воздействия на массируемый участок – 10–15 секунд. После этого следует осуществлять поглаживание в течение 3–5 секунд. При невритах данный прием используют в зависимости от состояния больного. Движения при непрерывистой вибрации проводят в разных направлениях: продольном, поперечном, прямолинейном, зигзагообразном и спиралевидном.

При подталкивании левую руку располагают на определенном участке, а правая рука занимает соседний. Левая рука находится в фиксированном положении, правая выполняет короткие быстрые толчки на соседнем участке. При этом происходит подталкивание мышцы с одного участка на другой, в зону фиксации. Данный прием выполняют по всему массируемому участку в произвольном направлении, что применимо для массажа плеча, предплечья, бедра и голени. На других участках подталкивание не используют.

Подергивание осуществляют двумя пальцами – большим и указательным. Они захватывают большой участок мышцы, резко приподнимают его вверх и так же резко отпускают. Подергивание проводят одной или двумя руками. Движение по участку может осуществляться в любом направлении. Данный прием используют и при некоторых видах невритов. Для запястий, кистей, пальцев рук он мало подходит, но для массажа нижних конечностей его применяют.

Пощипывание также осуществляют большим и указательным пальцами, но при этом захватывают небольшой участок мышцы. Прием выполняют в быстром темпе. Движение по участку произвольное. Пощипывание применимо при всех видах невритов. Если массируемый участок достаточно мал, то захватывают небольшую зону, а если участок больше, то и зона захвата, соответственно, обширнее. Исключение составляют только пальцы рук и ног.

Встряхивание по своему воздействию на массируемый участок аналогично потряхиванию. Данный прием проводят после серии всех приемов и применяют для снятия напряжения. Также встряхивание способствует активизации кровообращения в конечностях и тонизирует мышцы. При этом массируемый сгибает конечность под углом 40–50°, а массажист производит встряхивающие движения в вертикальном направлении. Встряхивание используют при невритах, но применяют достаточно осторожно. Данный прием завершает потряхивания, после чего можно переходить к последнему массажному приему.

//-- Ударные приемы --//

Ударные приемы весьма важны при массаже конечностей. Это относится и к лечению невритов. Ударные приемы следует выполнять осторожно, чтобы не причинить боли. Массаж может производиться концевыми фалангами пальцев, основанием кисти, пальцами, сжатыми в кулак, ладонной поверхностью.

Поколачивание выполняют концевыми фалангами пальцев. Его осуществляют большим пальцем или четырьмя остальными. При массаже конечностей применяют поколачивание всеми пятью пальцами. Для этого их соединяют так, чтобы получилось подобие раскрывающегося бутона. Выбрав участок, начинают быстрое ритмичное поколачивание. Движение идет снизу вверх прямолинейно или хаотично. Прием производят одной или двумя руками. Две руки могут

действовать одновременно или попеременно. При массаже запястий, кистей, пальцев рук, стоп и пальцев ног поколачивание не такое резкое, как на других участках, и проводят его в более медленном темпе.

Поколачивание основанием ладони показано для массажа плеча, предплечья, голени и бедра. На других участках используют для массажа только фаланги пальцев.

Похлопывание осуществляют ладонной поверхностью. Данный прием проводят ordinarily. Применяют его на всех массируемых участках, но там, где мышечная масса больше, – в быстром темпе и резко, на других же участках более мягко и осторожно.

Рубление проводят в любом направлении по всему массируемому участку. Прием осуществляют как ordinarily, так и с отягощением. В первом случае пальцы левой руки накладывают на большой палец правой руки. Во втором случае четыре пальца левой руки помещают в углубление между большим и указательным пальцем правой руки. Большой палец левой руки плотно обхватывает выступ большого пальца правой руки. Отягощение применяют только в зоне бедра, в остальных случаях рубление ordinarily. Его проводят на плече, предплечье, голени, бедре; на других участках не используют.

Пунктирование проводят концевыми фалангами пальцев. При выполнении данного приема используют любое количество пальцев от одного до пяти. При массаже пальцев рук следует обеспечить им опору. Данный прием завершает массажный сеанс, который проводят при мононевропатиях.

Невропатия лицевого нерва

Данное заболевание может возникнуть в результате отита, перелома височной кости или опухоли мостомозжечкового угла. Идиопатическую форму невропатии лицевого нерва, так называемый паралич Белла, связывают с переохлаждением.

Параличу Белла обычно предшествует резкая боль в области сосцевидного отростка. Вслед за приступом боли остро развивается односторонний паралич мимической мускулатуры. Больной не может поднять бровь, зажмурить глаз, а при оскаливании зубов ротовая щель перетягивается на здоровую сторону.

В зависимости от степени поражения нерва при параличе лицевых мышц может отсутствовать слезоотделение и наблюдаться потеря вкуса на передней поверхности языка с парализованной стороны.

Для лечения паралича Белла применяют ацетилсалициловую кислоту, фуросемид, тионикол, никотиновую кислоту и в ряде случаев преднизолон. Весьма важным лечебным средством является массаж лица и лечебная физкультура.

//-- Массаж лица при невропатии лицевого нерва --//

При данном заболевании производят массаж лица и волосистой части головы. Начинать нужно именно с нее, причем с той стороны, где возник паралич мышц. Движения следует выполнять осторожно, бережно, особенно на зонах, примыкающих к лицу. Само лицо нужно начинать массировать с больного участка, затем переходить на здоровую половину. При этом важно помнить о возможности возникновения болевых ощущений в разных зонах. При резких болях массаж необходимо прекратить.

При невропатии лицевого нерва используют такие приемы, как поглаживание, растирание, разминание, ударные приемы, но все они имеют свои особенности. Вообще массаж головы по технике своего выполнения во многом отличается от массажа других областей тела. Малое количество мышц, множество сухожилий, хрящей усложняет проведение процедуры; кроме этого, на некоторых зонах следует применять щадящий или «деликатный», массаж.

//-- Поглаживание --//

При массировании волосистой части головы используют такие разновидности поглаживания, как продольное и поперечное, спиралевидное, зигзагообразное, кругообразное, граблеобразное и гребнеобразное. Все их проводят подушечками пальцев.

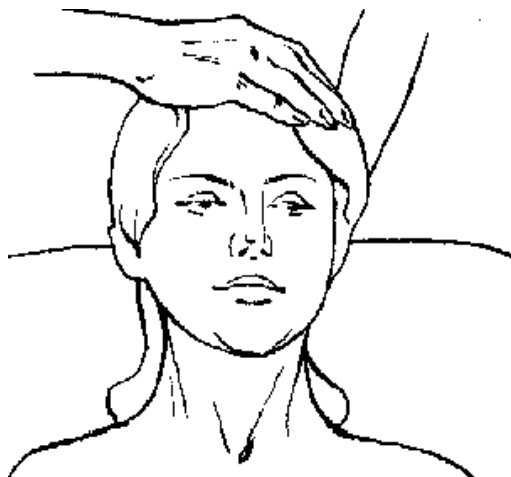


Рис. 104. Поглаживание по направлению ото лба к

затылку

Начать массаж волосистой части головы можно с продольного поглаживания. Его выполняют одной рукой. Руку помещают на лоб, движение идет ото лба к затылку (рис. 104). При этом другая рука может находиться на затылке и выполнять роль опоры. Массирование выполняют как одной, так и двумя руками попеременно. При поперечном поглаживании обе руки помещают на темени рядом друг с другом, так чтобы большие пальцы соприкасались. Поглаживание производят от макушки вниз, к ушным раковинам (рис. 105). Руки могут осуществлять движение как одновременно, так и попеременно.



Рис. 105. Поглаживание по направлению от макушки

вниз к ушным раковинам

Спиралевидное поглаживание проводят легкими прикосновениями подушечек четырех пальцев. Движения идут ото лба к затылку. Руки действуют или одновременно, или попеременно. Можно проводить массирование и одной рукой. Зигзагообразное поглаживание проводят аналогично предыдущему приему, но не в виде спирали, а в виде зигзагов. Направление то же самое ото лба к затылку. Спиральное и зигзагообразное поглаживания можно чередовать.

Кругообразное поглаживание можно выполнять одной и двумя руками. При этом большой палец иногда не участвует в массировании, но также может играть роль опоры. Кругообразные движения могут иметь маленький или большой диаметр. Совершать данные поглаживания следует ото лба к затылочной области.

Граблеобразное поглаживание проводят чуть разведенными в стороны пальцами. Лучше всего выполнять его в продольном направлении. Движения могут идти от макушки вниз к ушным раковинам, но также данное поглаживание можно выполнять и снизу вверх. Массирование проводят двумя руками одновременно или попеременно. Гребнеобразное поглаживание по технике своего выполнения аналогично граблеобразному. Но массаж проводят фалангами согнутых пальцев. Граблеобразное и гребнеобразное поглаживание можно чередовать.

В завершение массирования рекомендуется провести ладонью руки ото лба к затылочной части 2–3 раза и затем переходить к следующему приему.

//-- Растирание --//

Данный прием также выполняют подушечками пальцев, но при этом воздействие на участок гораздо более интенсивное. Используют такие разновидности приема, как продольное и поперечное, кругообразное, спиралевидное, граблеобразное, гребнеобразное растирания.

Продольное растирание начинают с того, что концевые фаланги четырех пальцев помещают на лоб возле начала волосистой части. Проведя 3–4 растирания на одном месте, кисти рук начинают двигаться к макушке, а затем вниз, к затылочной части. Когда руки достигнут нужной области, их следует переместить на другой участок над висками и совершать точно такие же растирающие движения в направлении вверх, а затем, огибая по дуге ушные раковины вниз.

Поперечное растирание выполняют аналогичным образом, но движения начинаются от макушки и идут вниз к ушным раковинам. Затем массирование проводят от макушки вниз к затылочной части. Поперечное и продольное растирания можно чередовать. Выполняют данные приемы преимущественно двумя руками.

Спиралевидное растирание проводят в продольном направлении, то есть ото лба к затылочной части. Но движения не прямые, а в виде спирали. Это бывает не очень просто осуществить, если волосы густые или пышные. Но при выполнении данного приема в этих случаях можно использовать небольшой нажим.

Кругообразное растирание лучше всего выполнять, начиная с затылочной области и двигаясь вверх к макушке. Диаметр массируемой территории может быть маленьким – 2–3 см или чуть больше – 5–6 см. Большой палец при этом должен играть роль опоры, но также может быть отставлен в сторону и не участвовать в массировании.

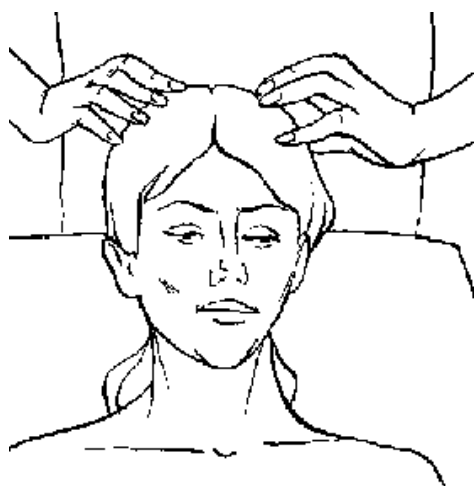


Рис. 106. Граблеобразное растирание волосистой части

головы

Граблеобразное растирание выполняют чуть разведенными в стороны пальцами. Лучше всего его осуществлять в поперечном направлении (рис. 106) от макушки к ушным раковинам. Аналогично производят и гребнеобразное растирание. Данные приемы могут чередоваться. После их завершения можно переходить к следующему приему.

//-- Разминание --//

Для массирования волосистой части головы используют следующие виды разминаний: продольное, поперечное, кругообразное, граблеобразное, гребнеобразное.

В отличие от растирания для разминания выбирают небольшие участки волосистой поверхности, но воздействие оказывают более глубокое и сильное. Направление движений при продольном и поперечном разминании аналогично направлению при растирании. Но при разминании всегда присутствует небольшой нажим. Прием можно проводить как двумя руками, так и одной, но в последнем случае свободная рука будет играть роль опоры.

Кругообразное разминание – очень эффективный прием при массировании волосистой части головы. Как правило, его выполняют четырьмя пальцами с опорой на большой палец. Кругообразные движения лучше совершать в поперечном направлении, двигаясь от макушки к ушным раковинам. Прием можно выполнять не только чуть согнутыми пальцами, но и пальцами, собранными в виде розетки (так называемое клювовидное разминание). При этом большой палец будет служить основанием розетки, мизинец и указательный – находиться на нем, а безымянный и средний – поверх них. Клювовидное разминание выполняют в сторону мизинца. Данный прием можно проводить одной или двумя руками, двигаясь в продольном или поперечном направлении.

Граблеобразное и гребнеобразное разминания выполняют подобно растиранию, но массирование при этом является более интенсивным. Движения лучше выполнять в сторону макушки, двигаясь снизу вверх. Много времени на данные приемы тратить не следует. Во время массирования граблеобразное и гребнеобразное разминания можно чередовать.

Это основные приемы массажа, применяемые при массировании волосистой части головы. Проводят также и ударные приемы, но на них отводят немного времени, и они ограничиваются сдвиганием и поколачиванием. Сдвигание осуществляют наложением одной руки на лоб, а другой – на затылочную область (рис. 107). Руки стремятся навстречу друг другу, сдвигая кожу лба и затылочной части. Движения происходят от лобной и затылочной областей к макушке. Завершает серию приемов легкое поколачивание, которое проводят подушечками четырех пальцев. Несильные удары наносят фалангами пальцев по волосистой части головы. Движения могут идти продольно или поперечно, а также производиться хаотично.



Рис. 107. Сдвигание при массаже головы

Данный прием является завершающим в массировании волосистой части головы, после которого можно переходить к массажу лица.

Лицо вообще нужно массировать осторожно, так как кожа на нем очень тонкая. Но при невралгии лицевого нерва одна сторона парализована, поэтому массаж лица имеет некоторую

специфичность.

Начинать массирование нужно с больного участка, затем переходить на здоровую сторону. Продолжительность массирования больной области занимает 1 отведенного времени, здоровой – 0.5.

Начинают массаж с поглаживания. В этом случае проводят не симметричные движения, а сначала массирование одной стороны, затем другой. Массаж можно выполнять как одной, так и двумя руками. Но завершать серию приемов можно на обеих сторонах лица.

Поглаживание проводят снизу вверх и от середины лица к ушным раковинам. Сначала нужно помассировать одну половину лба. Большой палец устанавливают посередине лба, а остальные четыре пальца играют роль опоры. Мягким скользящим движением большой палец смещают от середины лба к вискам. Затем движения проводят на здоровой половине, а после этого на обеих (рис. 108).



Рис. 108. Поглаживание лба

Массирование бровей и надбровной области проводят аналогичным образом. Большие пальцы помещают на переносице, а затем разводят в стороны. Движения нужно стараться проводить строго по горизонтальной линии бровей (рис. 109).



Рис. 109. Массирование бровей и надбровной области

Область глаз нужно массировать особенно осторожно: сначала провести подушечкой большого пальца по веку с больной стороны. Движение идет от внутренней стороны глаза к внешней. Прием повторяют 4–5 раз. Затем проводят массирование подглазной и надглазной областей (рис. 110). Прием также повторяют 4–5 раз. После этого можно перейти к массажу

здоровой половины. Движения должны быть мягкими и не вызывать болевых ощущений.



Рис. 110. Массирование подглазной и надглазной областей

Кроме поглаживания, для массирования лица применяют растирание. Этот прием больше подходит для височных областей, подбородка, щек, челюстей, жевательных мышц.

При растирании височных областей большие пальцы выполняют роль опоры и устанавливаются на лбу возле границы волос. Массирование производят концевыми фалангами четырех пальцев (рис. 111). При растирании области щек большие пальцы помещают под внутренними углами глаз.



Рис. 111. Растирание височных областей

Движение ведут через скулы до корней волос над ушами. Растирание проводят подушечкой большого пальца. При массировании болезненного участка можно применять некоторый нажим, чтобы сильнее воздействовать на пораженные рецепторы и помочь им начать функционировать.

Подобным образом выполняют и разминание, но четыре пальца играют роль опоры, а большой палец, двигаясь к ним, совершает разминающие движения (рис. 112).



Рис. 112. Разминание височных областей

Растирание подбородка, челюстей и жевательных мышц выполняют более энергично, чем на предыдущих областях. Применяют круговое растирание концевыми фалангами четырех пальцев, а большие пальцы играют роль опоры.

Подобным образом проводят и разминание. Но при этом следует соизмерять силу давления, чтобы не осталось синяков. Завершить массирование можно серией движений по всему лицу (рис. 113).



Рис. 113. Направление массирования в лицевой области

При невропатии лицевого нерва массаж следует проводить ежедневно по два сеанса продолжительностью 5-15 минут.

Паркинсонизм

1. Данное заболевание является хроническим, обусловлено нарушением метаболизма катехоламинов в подкорковых ганглиях и проявляется в виде акинезии, тремора и ригидности мышц. Заболевание развивается вследствие многих причин воздействия на подкорковые ганглии. Это может быть первичная недостаточность энзимных структур каудатонигрального комплекса, лекарственная интоксикация (прием нейролептиков, резерпина, допегита), энцефалиты, черепно-мозговая травма, опухоли головного мозга.

Наиболее часто встречается идиопатическая форма заболевания – болезнь Паркинсона и

лекарственный паркинсонизм. При этом отмечается уменьшение содержания катехоламинов в хвостатом ядре и черной субстанции среднего мозга, что приводит к дисфункции экстрапирамидной системы.

При заболевании постоянно наблюдается триада симптомов: акинезия, ригидность и тремор мышц. У больного происходит нарушение походки, появляются вегетативные расстройства и боль. Идиопатическая форма заболевания чаще всего возникает после 50 лет и начинается с дрожания рук, парциальной или общей скованности. Но постепенно тремор и акинезия генерализуются, появляется ригидность мускулатуры с постепенным повышением тонуса в конечностях при повторных пассивных движениях и толчкообразной гипертонией, наблюдается феномен зубчатого колеса. При заболевании изменяются поза и походка. Больные сутулятся, ходят мелкими шагами. При этом исчезает содружественность движений рук при ходьбе (ахейрокинез). Оскудевает и мимика, лицо становится маскообразным, а мигание – редким.

2. Наблюдаются парадоксальные кинезии: больной, не способный передвигаться без посторонней помощи, может легко взбежать по лестнице, кататься на лыжах и танцевать. В некоторых случаях наблюдается пропульсия: медленное передвижение внезапно сменяется быстрым бегом, который больной не в силах преодолеть. Он бежит до тех пор, пока не встретит препятствие или не упадет. Отмечается также сальность кожи (гиперсаливация) и нарушение мочеиспускания. Но при этом сила мышц остается нормальной, рефлекторная и сенсорная сфера не страдают. В тяжелых случаях или при поздней стадии заболевания больной почти полностью обездвижен и не может встать с кровати даже с посторонней помощью.

При лекарственном паркинсонизме снижают дозу применяемых лекарств или вводят нейтрализаторы. В иных случаях применяют медопар-125 и наком. Наряду с ними, врач также назначает центральные холинолитики: мидантан, парлодел и амитриптилин. Но, помимо лекарственной терапии, не менее важны массаж и лечебная физкультура. Больной должен помнить, что «постель – главный враг паркинсоника», и в связи с этим постоянно быть посильно активным. В движении заложено весьма эффективное лечение и даже избавление от заболевания.

//-- Общий массаж при болезни Паркинсона --//

При данном заболевании массирование является очень важным, так как больной утрачивает возможность нормально передвигаться. Массаж помогает вернуть мышцам былую подвижность, но особенно важно, что он влияет на центральную нервную систему. При болезни Паркинсона массирование нужно проводить по возможности ежедневно или хотя бы через день. В совокупности с другими лечебными процедурами это дает хороший результат.

Для массирования при паркинсонизме применяют поглаживание, растирание, разминание, движения, ударные приемы, вибрацию.

//-- Поглаживание --//

При заболевании паркинсонизмом массирование нужно начинать с поглаживания. Этот прием поможет хорошо расслабиться и подготовиться к другим, более интенсивным приемам. Для лечения используют разные виды поглаживания. Наиболее эффективными являются прямое, зигзагообразное, комбинированное, попеременное, кругообразное, граблеобразное, гребнеобразное и глажение. Каждый из этих приемов имеет несколько разновидностей выполнения. Так, прямое поглаживание может быть произведено подушечками пальцев и фалангами пальцев, внутренней стороной ладони, тыльной стороной, ребром ладони, сжатыми в кулак пальцами.

Прямое поглаживание выполняют в продольном или поперечном направлении. При

продольном поглаживании рука движется прямо, проглаживая мышцы спины и определяя участки боли. Эти участки необходимо запомнить, так как на них следует применять менее интенсивные движения, чтобы избежать болевых ощущений.

Поглаживания можно проводить сверху вниз или снизу вверх. При поглаживании подушечками четырех пальцев они должны быть не сомкнуты вместе, а чуть разведены в стороны. Большой палец в поглаживании не участвует, а отставлен в сторону или прижат к указательному пальцу. Поглаживание большим пальцем проводят на каком-либо небольшом участке, затем происходит смещение на другой участок. При этом четыре пальца противостоят большому и играют роль опоры.

Наряду с фалангами пальцев, при массаже применяют ладонь и пальцы. Поглаживание нужно начинать от зоны шеи и заканчивать верхней частью ягодиц. Массажные приемы, применяемые на таком большом участке, улучшают состояние всего организма при данном заболевании. Затем следует переходить к массажированию грудной области и живота, а также конечностей.

Если проводить прямое поглаживание ладонями, то пальцы должны быть соединены вместе и чуть приподняты. При поглаживании основанием кисти производят не поверхностное, а более глубокое массажирование участка. При прямом продольном поглаживании руки или рука могут двигаться в трех направлениях. Движения выполняют сверху вниз от шейного отдела до области копчика и в обратном направлении до исходной точки. Второй вариант: поглаживание проводят по диагонали от копчика до подмышечных впадин. Третий вариант: прием выполняют кистями рук, проводящими поглаживание параллельно от середины лопаток до середины ягодиц. Основная область массажирования – средний участок спины.

Поперечное поглаживание также широко применяют при массажировании. Чаще всего проводят комбинированное поглаживание, в котором участвуют ладонь и пальцы. Но также это может быть поперечное поглаживание подушечками или фалангами четырех пальцев, только ладонями рук или основанием кисти. Поперечное поглаживание подушечками пальцев используют достаточно редко. Рука или руки движутся по всему участку справа налево и слева направо, как в одном направлении, например, к правому боку, так и в разных. Правая рука совершает поглаживание справа налево, левая рука – слева направо. Руки движутся одновременно навстречу друг другу и, достигнув нужной точки, возвращаются в обратном направлении в исходное положение.

Зигзагообразное поглаживание выполняют также разными способами, но наиболее часто – подушечками четырех пальцев. Данный прием можно проводить как одной, так и двумя руками. Выполняют его в быстром темпе, кисть поворачивается и меняет направление. В медленном темпе зигзагообразное поглаживание проводят сверху вниз, кисть выписывает зигзаги.

Для комбинированного поглаживания также подходит быстрый темп. Данный прием включает в себя элементы прямого, зигзагообразного и спиралевидного поглаживания. Руки массажиста перемещаются по участку в разных направлениях, создается впечатление, что они движутся хаотично. Но данный прием массажа предполагает непрерывное прикосновение к коже. Как только рука массажиста достигает границы участка, она тут же быстро переносится в исходное положение, и движение продолжается.

Данный прием можно выполнять по следующим схемам:

- 1) З-П-С-С-П-З-С-П-П-З-С-П-З-С;
- 2) П-С-З-С-З-П-З-П-П-С-С-З-З-П;
- 3) С-З-П-П-С-П-З-П-П-З-С-С-З-П.

(З – зигзагообразное поглаживание, С – спиралевидное, а П – прямолинейное.)

При выполнении кругообразного поглаживания пальцы рук должны быть чуть расставлены. Поглаживание осуществляют подушечками четырех пальцев, а большой палец играет роль опоры. Массажист, выполняя данный прием, как бы собирает, захватывает кожу в складку. Проводят данный прием в быстром и среднем темпе. Если делать кругообразное поглаживание ладонью, темп массирования может быть средним. Если поглаживать участок выступом большого пальца, то темп можно применять медленный. В этом случае проводят не поверхностное, а глубокое поглаживание.

Кроме основных, для массажа используют и вспомогательные приемы. Это граблеобразное и гребнеобразное поглаживание и глажение.

Граблеобразное поглаживание выполняют подушечками четырех пальцев, которые сильно разведены в стороны (рис. 114). Кисть руки приподнята над массируемым участком. Прием выполняют чаще всего обеими руками, реже одной. Руки идут навстречу друг другу, собирая кожу в складку. Руки могут двигаться как в прямом направлении (сверху вниз и снизу вверх), так и по диагонали. Кроме этого, граблеобразное поглаживание на большом участке можно выполнять зигзагообразно или кругообразно. На небольших участках такое поглаживание проводят одной рукой.

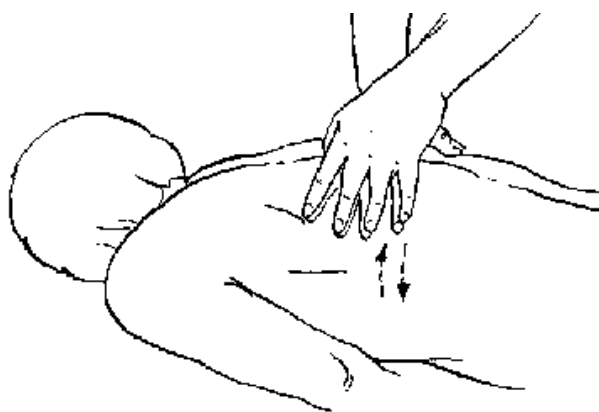


Рис. 114. Граблеобразное поглаживание

Гребнеобразное поглаживание выполняют фалангами согнутых пальцев. Они могут быть плотно прижаты друг к другу или чуть разведены в стороны. Кисть руки немного приподнята. Если костные выступы касаются кожи без нажима, то поглаживание будет поверхностным, если же давление будет чуть сильнее, то поглаживание должно быть более глубоким. Гребнеобразное поглаживание можно проводить в прямом, кругообразном и зигзагообразном направлениях. Кроме этого, данный вид массажа можно выполнять с отягощением.

Завершающим приемом поглаживания является глажение. Его проводят как одной, так и двумя руками. Глажение выполняют тыльными сторонами пальцев, согнутых под прямым углом (рис. 115). Нередко используют комбинированное глажение. Сначала прием проводят двумя руками, затем одной рукой с отягощением и снова двумя руками. В процессе массирования смена положения рук может происходить 6–7 раз.



Рис. 115. Глажение

В завершение следует широкими мягкими движениями провести ладонями по всему массируемому участку и переходить к следующему приему.

//-- Растирание --//

Растирание применяют после поглаживания, так как данный прием сильнее воздействует на кожу, увеличивает эластичность и подвижность массируемых тканей, усиливает кровоток, лимфоток и движение межтканевой жидкости. Напряженность мышц становится меньше, нервная возбудимость понижается.

При паркинсонизме применяют следующие виды растирания: прямолинейное, продольное и поперечное, кругообразное и все его виды, а также штрихование, пиление, пересечение, граблеобразное и гребнеобразное растирания.

Прямолинейное растирание выполняют подушечками четырех пальцев и подушечками большого пальца (рис. 116). Прямолинейное растирание проводят сверху вниз и снизу вверх по всему массируемому участку, а также по диагонали.



Рис. 116. Прямолинейное растирание

Если массаж проводят подушечками больших пальцев, то четыре пальца могут быть согнуты и двигаться по коже чуть впереди больших пальцев. При этом получается как бы двойное растирание: основное – подушечками больших пальцев и вспомогательное – фалангами согнутых пальцев. Но пальцы могут быть и выпрямлены. В этом случае они будут чуть касаться кожи при движении больших пальцев вперед.

Если растирание выполняют подушечками четырех пальцев, то кисть руки может быть опущена до поверхности массируемого участка. В этом случае большие пальцы будут выполнять дополнительное растирание. Но когда кисть руки приподнята, а пальцы занимают положение под углом друг к другу и движутся по массируемому участку, большие пальцы не будут принимать участия в растирании.

При продольном растирании пальцы рук перемещают параллельно друг другу в сходящемся или расходящемся движении, то есть под углом. Пальцы рук в сходящемся

движении встречаются в определенной точке массируемого участка, а в расходящемся движении выходят из одной точки.

При поперечном растирании пальцы рук могут двигаться навстречу друг другу по участку и соприкоснуться в определенной точке. Но также кисти рук могут располагаться не напрямую друг против друга, а параллельно. В этом случае правая рука производит растирание справа налево, а левая рука действует аналогично, но слева направо. Пальцы рук не соприкасаются, но, достигая нужной точки, возвращаются в обратном направлении.

Кругообразное растирание имеет несколько вариантов выполнения. Растирание подушечками больших пальцев выполняют на небольших участках. Кисть чуть приподнята, четыре пальца играют при этом роль опоры. Большой палец устанавливается в определенной точке и начинает производить растирание по окружности диаметром 3,5–4 см. Затем круги постепенно увеличиваются, достигая диаметра 8–9 см. Кругообразное растирание проводят как одной, так и двумя руками.

Тот же прием можно выполнять и подушечками четырех пальцев. Они могут быть соединены вместе или чуть разведены в стороны. Данное растирание выполняют двумя способами: с опорой на большой палец или без опоры. Часто применяют растирание подушечками среднего и указательного пальцев, но без участия опоры. Подобный прием хорош для использования на небольшом участке.

Кругообразное растирание фалангами согнутых пальцев применяют на больших участках. Его лучше выполнять двумя руками. В этом случае растирание становится более глубоким. Нередко данный прием выполняют с отягощением.

Клювообразное растирание во многом похоже на предыдущий массажный прием, но в этом случае пальцы складывают в виде клюва или розетки. Участок для массажа выбирают небольшой, диаметром не более 4–5 см. Клювообразное растирание хорошо подходит и для точечного растирания небольшой зоны. Движения выполняют в сторону мизинца, нередко с отягощением.

Для массажа при болезни Паркинсона используют и вспомогательные приемы растирания. Одним из таких является штрихование. Наиболее часто его выполняют сложенными вместе указательным и средним пальцами, которые тесно прижаты друг к другу и максимально выпрямлены. Остальные пальцы не участвуют в массаже. Для выполнения штрихования выбирают небольшой участок, затем подушечками пальцев производят короткие быстрые движения – штрихи. Выполнять прием можно в одном направлении, к примеру, двигаясь снизу вверх или сверху вниз; допускается штрихование в любом направлении, то есть хаотично. При выполнении приема двумя руками массируемый постоянно чувствует прикосновение к коже.

Когда мышцы подготовлены штрихованием, можно переходить к следующему приему, который называют пиление. Выполняют его на больших участках ребром ладони. Прием достаточно эффективный и сильный, хорошо подходит для массажа мышц спинной, поясничной и ягодичной областей. Также его применяют для массажа грудной области и конечностей. Исключение составляет лишь область живота, где данный прием не используют. Пиление проводят в быстром темпе, короткими энергичными движениями. Его можно выполнять одной или двумя руками. Движения также могут осуществляться в одном направлении или быть хаотичными.

При выполнении такого приема, как пересечение, задействуют кисть руки. Сам прием выполняют лучевым краем кисти, а большой палец при этом максимально отведен в сторону. В данном положении кисть обхватывает нужный участок и производит растирание. Движения при пересечении можно проводить как от себя, то есть в

направлении указательного пальца, так и к себе, то есть в направлении большого пальца. Пересечение выполняют как одной, так и двумя руками. В последнем случае кисти рук можно расположить на расстоянии 2-3 см друг от друга таким образом, чтобы их тыльные поверхности были обращены друг к другу. Использование двух рук при пересечении дает более глубокое смещение тканей, которые сдвигаются попеременно в поперечном направлении от себя или к себе. Как при пилении между массируемыми участками возникает своеобразный валик, так и при пересечении образуется небольшой валик из смещенных тканей, который перемещается вместе с руками. Пересечение можно выполнять в среднем или медленном темпе, быстрый темп для данного приема не подходит.

Граблеобразное и гребнеобразное растирания хорошо зарекомендовали себя при лечении заболевания. Граблеобразное растирание проводят подушечками четырех пальцев при приподнятых кистях рук. Данный прием используют на больших участках. Нередко применяют попеременное граблеобразное растирание. Оно заключается в следующем: сначала происходит воздействие одной рукой на данный участок, затем – массаж двумя руками, а затем снова одной. Но прием может выполняться и в ином порядке. Чередование одной и двух рук дает хороший эффект. Высокий результат достигается за счет смены движения при граблеобразном растирании. Оно может быть не только прямолинейным, но также зигзагообразным и кругообразным. При этом двигаться можно как вдоль продольных, так и вдоль поперечных мышц или по диагонали.

Гребнеобразное разминание по технике выполнения мало отличается от граблеобразного, только прием выполняют не подушечками разведенных в стороны пальцев, а фалангами согнутых пальцев. Но и в этом случае допустимо чередование одной и двух рук, а также перемена движения, использование зигзагообразного и кругообразного движений. Нередко при массаже применяют и комбинированное растирание. При этом разнообразие достигается не только в движениях, но и в приемах. Так, граблеобразное растирание чередуют с гребнеобразным и ординарным. Если условно обозначить граблеобразное растирание – А, гребнеобразное – В и ординарное – С (1, 2 – одна или две руки), то можно проводить массаж по таким схемам:

- 1) А-В-А-В-С-В-А-С-В;
- 2) С-В-А-В-С-В-А-С-А;
- 3) А2-В1-С2-А1-С2-В2-А2-С1-В2;
- 4) С1-В2-А1-В2-С2-А2-В1-С2-А2.

Подобные схемы весьма полезны, если массаж выполнять ежедневно в течение определенного времени. В этом случае можно использовать график, в котором чередование массажных приемов расписано на каждый день.

Данными приемами, используя их поочередно или комбинированно, можно завершить растирание и перейти к следующему массажному приему.

//-- Разминание --//

Разминание – один из самых важных приемов, используемых при болезни Паркинсона. Множество видов и подвидов данного приема применяют при лечении этого заболевания. Среди них ординарное, двойное кольцевое, двойное кольцевое комбинированное, двойной гриф, а также многие виды кругового разминания: клювовидное, концевыми фалангами четырех пальцев, концевыми фалангами большого пальца, основанием ладони и пальцами, сжатыми в кулак. Из вспомогательных приемов применяют сдвигание, накатывание, растяжение, надавливание, а также все виды проминаний.

Ординарное разминание выполняют в два этапа. Сначала мышцу плотно обхватывают поперек пальцами рук и приподнимают. Большой палец и остальные четыре

устремляются навстречу друг другу. Они выполняют вращательное движение, двигаясь по коже вперед. На втором этапе пальцы возвращают в исходное положение, но мышцу не отпускают. Повторив несколько раз движения, мышцу можно отпустить и перейти на следующий участок. Но ладонь все время должна быть плотно прижата к коже. Массируемый хорошо чувствует воздействие от разминания, так как оно более глубокое, чем в предыдущих приемах. Обхватывание мышцы происходит настолько плотно, что между пальцами и кожей не остается ни малейшего зазора.

При проведении двойного ординарного разминания используют ту же самую технику, что и при ординарном разминании. Двойное ординарное разминание представляет собой два ординарных разминания, которые выполняют поочередно то правой, то левой рукой. Направление движения – снизу вверх, гораздо реже – сверху вниз. Следует отметить, что массажисты часто применяют поочередно ординарное и двойное ординарное разминание. Смена этих разминаний происходит 5–6 раз, после чего переходят к следующему приему.

Двойное кольцевое разминание выполняют двумя руками. Кисти располагают поперек массируемого участка, а расстояние между ними должно быть не менее 6 см. Большие пальцы противопоставлены остальным и находятся по разные стороны массируемого участка. Выпрямленными пальцами мышцу плотно захватывают и приподнимают. Движения при этом идут в разных направлениях: одна рука смещает участок от себя, а другая – к себе. Через некоторое время движения рук меняют. Прием нужно стараться выполнять плавно, без резких движений.

После двойного кольцевого разминания следует двойное кольцевое комбинированное разминание. Техника его выполнения точно такая же, как и в предыдущем приеме. Но одна рука выполняет ординарное разминание пальцами, а другая производит массирование ладонью. Для лучшего захвата мышцы указательный палец левой руки помещают на средний палец правой руки. Кисти при этом совершают движения в разных направлениях. При захвате и движении нужно стараться избегать рывков.

Двойной гриф – весьма энергичный и глубоко действующий прием, проводящийся на крупных и сильно развитых мышцах. Этот прием имеет два вида выполнения. В первом случае большой и четыре пальца левой руки совмещают с пальцами правой руки. Во втором случае отягощение проводят основанием ладони в область большого пальца. Правой рукой плотно захватывают мышцу, а основанием ладони левой руки с силой надавливают на большой палец правой руки. Нередко эти два вида двойного грифа комбинируют, чтобы достичь большего эффекта при массаже.

Следующий вид разминаний, применяемых при болезни Паркинсона, – это кругообразные разминания разных видов.

Клювовидное кругообразное разминание проводят пальцами, сложенными в виде клюва. Воздействие на мышцы производит кисть руки, которой выполняют движение по часовой стрелке, то есть в сторону мизинца. Массирование проводят кругообразно или спиралевидно. В том случае, когда данное разминание выполняют двумя руками, кисти рук совершают движения попеременно.

Кругообразное разминание предполагает массирование концевыми фалангами больших пальцев или концевыми фалангами четырех пальцев. В последнем случае кисть руки должна располагаться так, чтобы большой палец проходил вдоль мышечных волокон, а четыре других пальца находились по диагонали к мышцам. При выполнении разминания большой палец расслаблен и скользит по коже, остальные пальцы захватывают мышцу и производят надавливание на массируемый участок. Пальцы могут быть разведены в стороны или плотно сжаты. Как правило, чуть разведенными пальцами лучше массировать крупные мышцы, а для массажа плоских мышц пальцы нужно плотно

прижать друг к другу. Кисть совершает движение вперед вдоль мышц, а пальцы – вращение в сторону мизинца. Этот прием выполняют как одной, так и двумя руками. Нередко применяют чередование одной и двух рук.

При кругообразном разминании концевыми фалангами больших пальцев кисть находится в том же положении, как и при выполнении предыдущего приема. Но при этом четыре пальца расслаблены, а большой палец находится в напряженном состоянии. Именно большой палец совершает кругообразные движения в сторону указательного пальца. Следует отметить, что в начале движения давление большого пальца на массируемый участок должно быть наиболее сильным и постепенно ослабевать по мере выполнения движения и возвращения в исходное положение. Массируемая мышца смещается вместе с пальцем, а по завершении действия кисть перемещают на 3–4 см вперед и движение повторяют.

В том случае, когда прием проводят двумя руками, кисти выполняют движения поочередно, то есть левая рука сменяет правую и наоборот. Нередко данное разминание выполняют с отягощением. В этом случае большой палец одной руки размещается вдоль большого пальца другой руки и помогает движению. Но также он может быть расположен поперек всей кисти, чтобы увеличить давление на массируемый участок.

Для выполнения следующего приема пальцы руки сжимают в кулак. Разминание проводят сжатыми пальцами, а большой палец при этом играет роль опоры. Он упирается в определенный участок и фиксирует положение кисти. Фаланги сжатых в кулак пальцев тыльной стороной придавливают мышцу и смещают ее в сторону мизинца. Данный прием выполняют как одной, так и двумя руками, но чаще используют одну руку, а вторая является вспомогательной, чтобы производить отягощение. При массировании также комбинируют разминание кулаком одной руки, кулаками обеих рук и кулаком одной руки с отягощением. Условно обозначив К1 – кулак одной руки, К2 – кулаки двух рук и Ко – отягощение, можно представить выполнение данного приема в виде схем:

- 1) К1-К2-Ко-К2-Ко-К1-К2-Ко-К1-К2;
- 2) К2-Ко-К1-Ко-К2-К1-Ко-К1-К2-Ко.

Разминание основанием ладони относится к простым приемам, не требующим особой подготовки. На массируемый участок накладывают ладонь, ее основание совершает кругообразные движения в сторону мизинца. Кисть движется снизу вверх, сверху вниз или по диагонали. Данный прием выполняют одной или двумя руками. Две руки движутся одновременно в одном направлении на расстоянии 5-10 см друг от друга. Разминание одной рукой можно усилить, если выполнять прием с отягощением.

Накатывание является одним из дополнительных приемов, который часто используют при паркинсонизме. Сначала выполняют поглаживание нужного участка для того, чтобы максимально расслабить мышцы. После этого следует ребром ладони левой руки надавить на мышцу как можно сильнее, как бы погружая руку внутрь. После того как левая рука займет фиксированное положение, правая рука захватывает участок мышцы и производит накатывание на фиксированную кисть. Мышца при этом хорошо разминается круговым движением. Кисть правой руки возвращается в исходное положение, затем движение повторяют. Произведя его 4–5 раз, можно переходить на следующий участок.

Сдвигание производят большими пальцами рук, которые захватывают мышцу в складку и приподнимают ее. Сдвигание производят ритмично, в быстром темпе. Кроме этого, сдвигание выполняют концевыми фалангами пальцев, которые, перемещаясь навстречу друг другу, также сдвигают мышечную ткань. Выполняя прием одной или двумя руками, можно выбрать любое направление и следовать по участку сверху вниз, снизу вверх или по диагонали. Кроме этого,

сдвигание можно производить и ладонями. При этом массируемый участок будет больше. Сдвигание ладонью можно выполнять в любом направлении – поперечном, продольном или по диагонали.

Затем выполняют короткие быстрые надавливания концевыми фалангами больших пальцев. Надавливания проводят на любом выбранном участке, а затем происходит перемещение рук на другой участок. Кисти должны находиться на расстоянии не меньше 10 см друг от друга. Надавливания совершают в темпе 20–25 раз в минуту. Массируемый должен хорошо чувствовать воздействие. Движения производят сверху вниз или снизу вверх. Если надавливание выражено слабо, то можно выполнять его одной рукой с отягощением. При этом рекомендуется производить дополнительное воздействие на большой палец или надавливать сжатыми в кулак пальцами на пальцы другой руки, которые выполняют прием.

Помимо этих приемов, при данной болезни используют проминание. Прием выполняют фалангами согнутых пальцев. Хороший эффект при паркинсонизме дает продольное, поперечное, сходящееся, расходящееся, сжимающее проминания.

Продольное проминание часто выполняют одной рукой. При этом фаланги согнутых пальцев производят воздействие на участок. Движение идет от указательного пальца к мизинцу, затем происходит возврат в исходное положение. Для того чтобы достичь лучшего эффекта, при проминании используют отягощение. Давление усиливается за счет наложения пальцев левой руки на тыльную поверхность ладони правой руки.

Поперечное проминание, напротив, чаще всего выполняют именно двумя руками, которые движутся по участку параллельно, а движения происходят синхронно. Проминание выполняют от указательного пальца в сторону мизинца, а затем идет возвращение в исходное положение. При этом в начале обе руки отталкиваются друг от друга большими пальцами, а при возвращении в исходное положение большие пальцы сталкиваются.

Расходящееся и сходящееся проминания – это самые распространенные из видов данного массажного приема. Выполняют их чаще всего двумя руками. При этом положение рук фиксируют под углом. В расходящемся проминании указательные пальцы отталкиваются, а в сходящемся сталкиваются.

Сжимание выполняют с помощью большого пальца, который играет роль опоры. Фаланги согнутых пальцев не просто совершают проминание от мизинца к указательному пальцу, а вслед за перекатом смещают мышцу в сторону большого пальца. Между указательным и большим пальцами образуется складка, исчезающая, когда производят обратное движение фалангами от указательного пальца к мизинцу. Движение повторяют 3–4 раза, затем происходит перемещение по участку, и прием выполняют снова. Сжиманием можно завершить разминания и перейти к следующему массажному приему.

//-- Движения --//

При болезни Паркинсона применяют такие разновидности движений, как смещение и выжимание.

Смещение напоминает поглаживание, но оказывает более сильное воздействие, так как это обусловлено большей скоростью перемещения по массируемому участку и более энергичным выполнением. Данный прием действует не только на кожу, но и на подкожную клетчатку, соединительную ткань и поверхностный слой мышц. При его выполнении в ускоренном темпе происходит кровоснабжение больных участков. Прием имеет несколько разновидностей: поперечное, смещение ребром ладони, основанием ладони, клювовидное.

Кисть руки при поперечном смещении располагают поперек прохождения волокон. Пальцы слегка согнуты и соединены вместе, большой палец прижат к указательному. Движение осуществляют выступом большого пальца и самым большим пальцем. Массирование выполняют сверху вниз и снизу вверх.

Смещение ребром ладони проводят при согнутых в суставах четырех пальцах, слегка расслабленных. Большой палец сверху накладывают на указательный. Движение идет поперек волокон сверху вниз и снизу вверх. Темп движения произвольный, массируемый хорошо ощущает продвижение ребра ладони.

Смещение основанием ладони проводят в продольном направлении. Кисть хорошо расслаблена, большой палец тесно прижат к указательному, но его концевая фаланга отведена в сторону. Постановка пальцев правильная, если выступ в основании указательного пальца тесно соприкасается с местом соединения первой и второй фаланг большого пальца. Прием выполняют возвышением большого пальца и основанием ладони. Остальные пальцы чуть приподняты вверх и отведены к мизинцу.

Смещение основанием ладони можно выполнять с отягощением. Если прием осуществляют правой рукой, то левая будет вспомогательной, обеспечивающей отягощение. Указательный, средний и безымянный пальцы левой руки производят давление на лучевой край большого пальца правой руки. Кисти рук перемещают вдоль волокон сверху вниз или снизу вверх. Но массажирование с отягощением можно выполнять и в поперечном направлении. В этом случае правая рука будет действовать, а левая – совершать отягощение ладонной поверхностью на всю массируемую кисть.

Клювовидное смещение включает несколько разновидностей: смещение тыльной, локтевой, лицевой и лучевой частями кисти. Сложив пальцы надлежащим образом, можно приступить к массажированию.

Клювовидное смещение локтевой частью кисти проводят в поперечном направлении. Кисть устанавливают поперек хода волокон, массажирование проводят ребром мизинца. Движение происходит сверху вниз и снизу вверх. Прием можно выполнять одной или двумя руками.

Клювовидное смещение лицевой частью кисти выполняют мизинцем и большим пальцем, которые продвигаются вперед. Движение может происходить сверху вниз и снизу вверх. Клювовидное смещение лучевой частью кисти по технике своего выполнения не отличается от предыдущих приемов, но массажирование происходит ребром большого пальца. Клювовидное смещение проводят тыльной частью кисти, которая движется в обратном направлении.

Все эти виды смещений можно использовать поочередно, отводя на каждый прием 1–2 минуты. Но, кроме этого, нередко проводят комбинированное смещение, в котором используют элементы всех четырех видов смещения. Условно обозначив каждый из приемов, можно составить несколько схем.

Клювовидное локтевой частью кисти – А, клювовидное лицевой частью кисти – В, клювовидное лучевой частью кисти – С, клювовидное тыльной частью кисти – D. Схемы проведения выжимания таковы:

- 1) D-C-A-B-C-A-B-D-C-D-B-A;
- 2) B-A-D-C-A-B-C-D-A-D-C-B;
- 3) C-D-B-A-D-C-A-B-D-A-C-B;
- 4) A-C-B-D-C-A-B-D-B-C-A-D;
- 5) A-B-C-D-B-C-A-D-B-D-A-C.

Данные схемы можно применять в течение всего времени при проведении массажных сеансов. Но можно также воспользоваться только одной схемой, окажется наиболее эффективной при лечении данного заболевания.

После проведения смещения можно переходить к следующему массажному приему.

//-- Ударные приемы --//

Ударные приемы также применяют при паркинсонизме. Их выполняют на всех областях тела. Мышцы при этом должны быть предельно расслаблены. Ударные приемы вызывают сокращения мышечных волокон, которые распространяются по всей длине мышцы. Благодаря

этому увеличивается приток крови к массируемому участку и повышается тонус.

При паркинсонизме используют следующие ударные приемы: поколачивание, похлопывание, рубление, встряхивание.

Поколачивание совершают локтевым краем кулака и тыльной стороной согнутых пальцев. Последний прием выполняют поперечно кулаком. При этом пальцы массажиста несильно согнуты, а подушечки указательного и среднего пальцев касаются ладони. Внутри ладони остается небольшое пустое пространство, которое смягчает удары. Движения выполняют сверху вниз или снизу вверх на определенном участке спинной области. Данный прием может вызвать отдаленные болевые ощущения, но этого не следует бояться.

Эти виды поколачивания выполняют, как правило, обеими руками. Но иногда данный прием выполняют и одной рукой. Часто используют и комбинирование приемов, так как это дает хороший эффект при лечении заболевания. Можно условно обозначить поколачивание тыльной стороной согнутых пальцев – А, поколачивание локтевым краем кулака В, а цифрами 1 и 2 – выполнение приема одной и двумя руками. Схема выполнения данного приема может быть такова:

- 1) А2-В2-А2-В1-А2-В1-В2-А1-А2;
- 2) А2-В1-А2-В2-А1-В2-А2-А2-В1.

Похлопывание выполняют ладонями рук. При этом можно производить похлопывание одной рукой, но чаще данный прием выполняют обеими руками. В последнем случае похлопывание проводят попеременно, гораздо реже синхронно. При выполнении приема пальцы руки или рук слегка согнуты и образуют при ударе воздушную подушку, которая смягчает удар. Вся кисть имеет вид коробочки, дном которой является ладонь. Удар наносят фалангами всех пальцев, слегка сжатых в кулак. Иногда похлопывание проводят пальцами, в этом случае кисти рук сильно расслаблены, а удары наносятся за счет тяжести самих пальцев. При выполнении данного приема также могут возникнуть отдаленные болевые ощущения. Но массируемый чувствует хорошее воздействие.

Рубление выполняют ребром ладони, пальцы при этом разведены, выпрямлены и расслаблены. Удар наносят ребром ладони и мизинцем, остальные пальцы в момент удара смыкаются, а затем снова разводятся. Если не разводить пальцы в стороны, а выполнять прием сжатыми пальцами, то удар будет сильным и болезненным.

Комбинированный ударный прием включает в себя элементы похлопывания, поколачивания, рубления. Выполняют все виды ударов в одном темпе 10–15 раз, затем прием меняют. Комбинированный ударный прием можно выполнять, используя разные схемы (А – поколачивание, В – похлопывание, С – рубление, А1 – поколачивание фалангами согнутых пальцев, А2 – поколачивание локтевым краем кулака, В1 – похлопывание ладонью, В2 – похлопывание пальцами). Данный прием выполняют обеими руками. Схемы для проведения приема таковы:

- 1) А2-С-В2-А1-В1-С-С-А2-В1-В2-А1-С-С;
- 2) А1-В1-С-В2-А2-С-В1-С-А2-В2-С-А1-В2;
- 3) С-А1-С-В2-С-А2-С-В2-С-А1-С-В1-С-А2-С;
- 4) А1-С-В2-С-А2-В1-В2-С-А1-В2-А2-С-А1;
- 5) А1-В1-С-А2-С-В2-А2-В2-С-А1-В2-А2-С.

При лечении заболевания можно подобрать любую из схем, которая покажется наиболее эффективной, но можно каждый день обращаться и к новой схеме. Таким образом, организм будет получать воздействие от смены разных приемов.

//-- Вибрация --//

Вибрацию проводят сложенными в кулак пальцами. Воздействие на участок производят поверхностью вторых или первых фаланг четырех пальцев. Большой палец чуть согнут и

прижат к указательному. Происходит своеобразный быстрый пережат с пальцев к локтевому краю кисти. Данный прием нужно проводить в быстром темпе, двигаясь в поперечном или продольном направлении.

Данный прием завершает серию приемов, используемых для массажа при болезни Паркинсона.

Полиневропатии

1. Полиневропатии, или полиневриты, – это одновременное поражение многих периферических нервов, которое проявляется симметричными вялыми параличами и чувствительными нарушениями преимущественно в дистальных отделах конечностей. В некоторых случаях это и поражение черепных нервов.

Заболевание может развиваться в результате интоксикации (отравление алкоголем, бензином, свинцом, мышьяком, сульфаниламидами), параинфекционных и аллергических осложнений (дифтерии, пневмонии, паротита и др.), дисметаболических расстройств (сахарного диабета, уремии, порфирии), нарушения питания (дефицита витаминов В1, В12), системных заболеваний (периартериита, СКВ), гомобластозы, злокачественных образований.

Заболевание возникает в любом возрасте, но чаще им болеют люди молодого и среднего возраста. При полиневропатиях наблюдаются мышечная слабость, атрофии, парестезии, боль, гиперестезия или анестезия, снижение или выпадение рефлексов. Указанные нарушения максимально выражены в дистальных отделах конечностей и редко распространяются на туловище.

Протекание болезни обуславливается расстройством чувствительности (наиболее часто вибрационной). Вследствие паралича стоп возникает ступня (петушиная походка), а в тяжелых случаях регистрируют тетраплегию. Мышцы и нервные стволы болезненны при пальпации, возникают трофические расстройства (сухость и цианоз кожи, поражение ногтей).

//-- Локальный массаж при полиневропатиях --//

При данном заболевании поражаются преимущественно конечности – верхние и нижние, а также наблюдается паралич в тазовой области. Массирование верхних конечностей при полиневропатиях проводят точно таким же образом, как и при мононевропатиях. Массаж тазовой области и нижних конечностей приводится ниже, так как именно ему следует уделить наибольшее внимание при данном заболевании.

При полиневропатиях для массирования применимы поглаживание, растирание, разминание и потряхивание. Последний прием особенно важен для массирования конечностей.

//-- Поглаживание --//

При массировании тазовой области при полиневропатиях применяют следующие виды поглаживания: продольное и поперечное, прямолинейное, зигзагообразное, спиралевидное, кругообразное, граблеобразное, гребнеобразное. Кроме этого, для массажа конечностей используют концентрическое поглаживание.

При массировании тазовой области можно применять более сильное надавливание, чем при массировании других областей. Это связано с тем, что нужно хорошо размять толстые мышцы нижней части спины и ягодиц.

Массирование может осуществляться подушечками пальцев, фалангами пальцев, ладонью, основанием ладони, пальцами, сжатыми в кулак.

Прямолинейное поглаживание выполняют фалангами пальцев или ладонной поверхностью в продольном направлении. Рука при этом движется по коже сверху вниз.

Поглаживание можно выполнять как одной, так и двумя руками. Движение двух рук происходит одновременно и в одном направлении. Снизу движение начинается от середины бедра, проходит зону ягодиц и заканчивается в области нижнего отдела позвоночника. Поглаживание можно также выполнять и с отягощением. Его проводят правой рукой, а левая обеспечивает отягощение. Ладонь левой руки помещают на тыльную сторону ладони правой руки таким образом, чтобы пальцы совпадали, то есть чтобы мизинец левой руки находился на указательном пальце правой и т. д. Отягощения можно достичь и в том случае, если наложить ладонь левой руки на тыльную поверхность правой в поперечном направлении. При этом большой палец левой руки будет плотно прижат к запястью правой руки.

Прямолинейное поглаживание может быть продольным и поперечным. При поперечном поглаживании ладони рук идут навстречу друг другу. Когда происходит соприкосновение концевыми фалангами пальцев, кисти рук расходятся в разные стороны. Можно расположить ладони параллельно; в этом случае они пройдут по массируемому участку, не задевая друг друга.

При прямолинейном поперечном поглаживании иногда используют ребро ладони. Движение осуществляют от одного бока к другому, оно может быть закончено у позвоночного столба или у другого бока. Поглаживание ребром ладони производят как одной, так и двумя руками. При этом кисти рук движутся навстречу друг другу. Также возможно и их чередование при движении. Сначала ребро ладони правой руки совершает массаж участка справа налево, а затем ребро ладони левой руки совершает движение в обратном направлении, то есть слева направо. Данный прием выполняют нередко с отягощением. При этом внутреннюю сторону ладони левой руки накладывают на большой палец правой.

Поглаживание пальцами, сжатыми в кулак, выполняют двумя способами.

В первом случае массаж проводят фалангами пальцев, сжатых в кулак, а в другом – ребром ладони сжатых пальцев. Поглаживание может происходить и в продольном, и в поперечном направлении. Массировать участок тазовой области можно как одной, так и двумя руками. При отягощении на кулак правой руки накладывают внутреннюю сторону ладони левой руки. Не следует бояться слишком сильного давления на данную область. Но оно должно быть постоянным, иначе массаж не принесет результата.

Зигзагообразное поглаживание осуществляют несколькими способами. Его можно выполнять ладонной поверхностью и пальцами, а также выступом большого пальца и основанием ладони. При этом в первом случае ладонная поверхность должна плотно прилегать к массируемому участку. Поглаживание проходит зигзагообразно, без отрыва ладони от массируемого участка. При поглаживании выступом большого пальца тыльная сторона большого пальца касается массируемого участка, а остальные пальцы немного приподняты. Данное зигзагообразное поглаживание можно выполнять как одной, так и двумя руками. При этом правая рука начинает движение сверху вниз, а левая движется ей навстречу снизу вверх. Чтобы выполнить данный прием с отягощением, нужно наложить ладонь левой руки на тыльную сторону большого пальца. В том случае, когда применяют отягощение, для большей эффективности можно чередовать массаж одной рукой с массажем одной рукой с отягощением или двумя руками.

При поглаживании основанием ладони пальцы вообще не касаются кожи. Они приподняты и чуть согнуты. Большой палец можно прижать к указательному. Движения выполняют одновременно. При этом кисти рук могут подходить настолько близко друг к

другу, что большие пальцы сталкиваются. При поглаживании основанием ладони можно применять отягощение, наложив пальцы левой руки на пальцы правой или поместив кисть левой руки поперек правой.

Зигзагообразное поглаживание можно выполнять также ребром ладони и пальцами, сжатыми в кулак. Такое поглаживание проводят одной рукой в поперечном направлении. При отягощении внутреннюю сторону ладони левой руки накладывают на большой палец правой. Зигзагообразное поглаживание пальцами, сжатыми в кулак, осуществляют в любом направлении. Движение можно производить одной или двумя руками, а также использовать обе руки попеременно. Для выполнения этого приема используют два вида постановки кулака на массируемый участок. Массирование производят фалангами пальцев или ребром ладони пальцев, сжатых в кулак. Отягощение выполняют левой рукой. Ее ладонь внутренней стороной накладывают на кисть правой руки.

Комбинированное поглаживание также применяют при массаже тазовой области и нижних конечностей при заболеваниях полиневропатиями. Этот прием включает в себя несколько элементов других приемов: прямолинейного, спиралевидного и кругообразного. Выполняют поглаживания, постепенно переходя от одного приема к другому. Также можно использовать схемы для проведения комбинированного поглаживания. Чаще всего данный прием выполняют двумя руками или одной рукой с отягощением.

Для массажа тазовой области применяют в большинстве случаев кругообразное поглаживание ладонью, основанием ладони и фалангами пальцев.

Кругообразное поглаживание ладонью проводят в сторону мизинца, а большой палец при этом или свободно отставлен в сторону, или тесно прижат к указательному пальцу. Данный прием достаточно прост по технике выполнения. Для его применения можно использовать как одну, так и две руки. Чтобы достичь большего эффекта, прием выполняют с отягощением. Ладонь левой руки помещают поперек на тыльную сторону ладони правой руки. При кругообразном поглаживании ладонь левой руки также совершает оборот до тех пор, пока пальцы правой и левой руки не совпадут. По массируемому участку ладонь перемещают сверху вниз, снизу вверх или по диагонали.

Кругообразное поглаживание основанием ладони почти повторяет предыдущий прием, но в этом случае пальцы руки не прижаты к коже, а приподняты над ней. Данный прием подходит для выполнения как одной, так и двумя руками. Часто его проводят с отягощением; для этого ладонь левой руки помещают поперечно на тыльную сторону ладони правой руки. Но в отличие от предыдущего приема во время движения ладонь левой руки остается плотно прижатой к тыльной стороне ладони правой руки. При данном поглаживании смещение левой ладони нежелательно. Движения можно совершать рукой или руками вверх и вниз, а также по диагонали.

Для следующего вида кругообразного поглаживания используют фаланги пальцев. Ладонь при этом расслаблена, фаланги упираются в кожу, но кончики пальцев чуть приподняты, чтобы подушечки не дотрагивались до массируемого участка. Кисть руки совершает кругообразное движение в сторону мизинца. Данный прием, так же как и предыдущие, выполняют одной или двумя руками. Можно использовать и отягощение. Для этого на фаланги пальцев правой руки накладывают пальцы левой руки. При движении в сторону мизинца пальцы левой руки смещают под углом 45° и оставляют в таком положении. Полного совмещения пальцев правой и левой руки не происходит. Кругообразные движения можно совершать вверх или вниз по участку, а также по диагонали.

Кругообразные движения ребром ладони выполняют на небольших участках тазовой

области и верхней части бедра. Они применимы также для области ягодиц и нижнего отдела поверхности спины. Движения совершают как одной, так и двумя руками. При отягощении внутреннюю сторону ладони левой руки помещают на большой палец правой. При развороте кисть левой руки смещается. Это может произойти частично, и в этом случае пальцы рук образуют острый угол, или полностью, тогда средний палец левой руки совпадает с указательным пальцем правой.

Кругообразное поглаживание пальцами, сжатыми в кулак, более удобно выполнять, когда участок массируют фаланги пальцев. Поглаживание кулаком, поставленным на ребро, применяют редко. Для данного приема подходит небольшой участок с сильными мышцами и большими жировыми отложениями, то есть область ягодиц. Для этой области можно применять поглаживание с отягощением. Его выполняют левой рукой, ладонь которой помещают на тыльную сторону ладони правой руки.

Гребнеобразное поглаживание проводят фалангами согнутых пальцев, которые чуть разведены в стороны. Большой палец при этом или отставлен в сторону, или плотно прижат к указательному. Гребнеобразное поглаживание совершают в поперечном направлении, то есть от боков к позвоночному столбу. Данный прием выполняют одной или двумя руками; в последнем случае руки будут стремиться навстречу друг другу. Дойдя до позвоночного столба и соприкоснувшись, руки возвращаются в исходное положение. Но движение может идти и по параллельным линиям. В этом случае правая и левая руки заходят за позвоночный столб и перекрещиваются.

Граблеобразное поглаживание выполняют подушечками пальцев. Но при этом кончики пальцев совершают небольшой нажим на массируемый участок. Поглаживание одной рукой может идти в любом направлении, как сверху вниз, так и снизу вверх и по диагонали. Поглаживание двумя руками лучше производить в поперечном направлении так, чтобы руки шли навстречу друг другу.

Концентрическое поглаживание применяют только для массажа конечностей. При этом верхние конечности обхватывают пальцами рук полностью, а нижние – частично. Движение идет снизу вверх плавными пассажами. При этом нужно стараться, чтобы пальцы рук касались всего массируемого участка.

Данным способом завершают поглаживания и переходят к другим приемам.

//-- Растирание --//

После поглаживания следующим приемом массажа тазовой области и конечностей при полиневропатиях является растирание. При лечении указанного заболевания для массажа тазовой области лучше всего подходят следующие виды растирания: продольное и поперечное, прямолинейное, кругообразное, концентрическое, граблеобразное, гребнеобразное, пересечение, штрихование, пиление. Эти виды растирания выполняют несколькими способами. Могут применяться подушечки больших пальцев; подушечки двух пальцев; подушечки четырех пальцев; ладонь; ребро ладони; пальцы, сжатые в кулак.

2. Растирание прямолинейное осуществляют как в продольном, так и в поперечном направлении. Массирование подушечками пальцев происходит с нажимом на данный участок. Прямолинейное растирание подушечками больших пальцев проводят сверху вниз от нижнего отдела позвоночника по области ягодиц до верхней границы бедра, затем движение идет в обратном направлении. Четыре пальца при этом отставлены в сторону и находятся под углом к большому пальцу. Они не касаются кожи или прикосновение очень слабое. Движение совершают вперед, то есть от себя. Такое положение пальцев лучше всего использовать при перемещении по массируемому участку снизу вверх. Прием выполняют как одной, так и двумя руками. Также можно при растирании производить

нажим на массируемый участок. Более сильное давление не повредит при данном заболевании.

Кроме нажима, осуществляемого фалангами пальцев, можно использовать отягощение. Его проводят ладонью левой руки. Но при этом ее накладывают не на всю кисть правой руки, а только на большой палец и располагают под небольшим углом. Растирание подушечками больших пальцев может быть и немного иным. В этом случае четыре пальца направлены вперед и не касаются кожи, а большие пальцы сильно отведены назад. Такое положение пальцев лучше всего подходит для движения сверху вниз, то есть на себя.

Поперечное растирание подушечками пальцев предполагает чуть развернутые кисти рук. Четыре пальца направлены вперед под углом 45° и не касаются массируемого участка. Кисти рук движутся навстречу друг другу от боков к позвоночному столбу. Кончики больших пальцев могут соприкоснуться, и движение пойдет в обратном направлении.

Такое положение характерно, если массажист стоит параллельно массируемому. Если же он стоит перпендикулярно по отношению к массируемому, то в этом случае поперечное растирание следует выполнять от себя и на себя.

Поперечное растирание часто проводят двумя руками, но также с отягощением. В этом случае пальцы левой руки плотно обхватывают запястье правой таким образом, чтобы большой палец был тесно прижат к основанию ладони.

Растирание двумя пальцами также применяют при массаже тазовой области. Но выполняют его с нажимом, так как приходится массировать крупные мышцы спины и таза. Данный прием выполняют указательным и средним пальцами, которые тесно прижаты друг к другу. Массирование ведут вдоль позвоночника, далее переходят к ягодичной области, а затем к верхней части бедра. Выполнение приема двумя руками предполагает движение правой и левой кистей параллельно друг другу. Но кисти рук могут также идти друг за другом, и в этом случае воздействие на массируемый участок будет двойным.

Растирание двумя пальцами выполняют с отягощением. Для этого существует несколько способов. Отягощение может производиться двумя пальцами левой руки (указательным и средним), которые накладывают продольно на пальцы правой руки. Следующий способ отягощения предусматривает наложение двух пальцев левой руки поперечно на пальцы правой. Последний способ отягощения состоит в том, что на два пальца правой руки плотно накладывают внутреннюю сторону ладони левой.

Растирание подушечками четырех пальцев проводят аналогично растиранию подушечками двух пальцев. Направление движений продольное и поперечное, выполнять прием можно как одной, так и двумя руками. Способы отягощения те же самые. В первом случае четыре пальца левой руки накладывают продольно на пальцы правой руки, а во втором – четыре пальца левой руки занимают поперечное положение. Кроме этого, отягощение можно осуществлять и с помощью ладони.

При растирании ладонью давление на массируемый участок еще больше. Массирование можно проводить в продольном и поперечном направлениях. В первом случае, если массирование идет двумя руками, кисти движутся параллельно, а растирание проводят снизу вверх. При поперечном направлении ладони движутся навстречу друг другу. Отягощение производят левой рукой. При этом на ладонь правой руки накладывают ладонь левой руки таким образом, чтобы пальцы совпали. Но также отягощение можно выполнять и сжатыми в кулак пальцами левой руки, которые примыкают к тыльной стороне ладони правой руки. Растирание ладонью – наиболее часто используемый прием.

Растирание ребром ладони также является весьма эффективным. Проводят данный

прием в продольном и поперечном направлениях. Движение осуществляют сверху вниз, снизу вверх и по диагонали. Прием выполняют одной или двумя руками, ординарно или с отягощением. Отягощение производят левой рукой, которую помещают на правую продольно, то есть средний палец левой руки плотно прижимают к указательному пальцу правой руки. При поперечном наложении центр ладони левой руки приходится на указательный палец правой. При массажировании двумя руками они движутся по участку как одновременно, так и попеременно.

Прямолинейное растирание пальцами, сжатыми в кулак, по технике выполнения аналогично растиранию ребром ладони. Отягощение производят левой рукой, которую накладывают на тыльную сторону ладони правой руки.

Последние три приема нередко объединяют в один комбинированный.

Кругообразное растирание, так же как и прямолинейное, имеет несколько способов выполнения. К ним относятся растирание подушечками больших пальцев, подушечками двух и четырех пальцев, ладонью, ребром ладони, кулаком, а также клювовидное. Каждый из этих приемов можно выполнять как одной, так и двумя руками, ординарно или с отягощением.

Растирание проводят по окружности или части окружности. При массажировании подушечками пальцев оно может иметь любой диаметр, от 3 до 10 см. Растирание ладонью проводят в сторону мизинца. Зона массажирования зависит от захвата участка ладонной поверхностью. Растирание ребром ладони имеет небольшой диаметр – 7–8 см. Растирание кулаком может охватывать как маленькую область, так и большую.

Клювовидное круговое растирание проводят с нажимом и применяют на небольшом участке. Круговые движения совершают в сторону мизинца. Особенно часто кругообразное клювовидное растирание применяют на нижнем отделе спины, на ягодицах и верхней части бедра.

Такой прием, как пересечение, выполняют лучевым краем кисти. Большой палец при этом максимально отведен в сторону. Кисть проводит движения от себя и к себе, двигаясь по участку снизу вверх. Подобное растирание целесообразно применять при массажировании зоны начала бедра, так как пальцам удобно захватывать массируемую область. Пересечение можно проводить двумя руками, что считается лучшим вариантом, но также прием выполняют и одной рукой. Для усиления применяют отягощение. При отягощении кисть левой руки накладывают на запястье правой руки. Движения выполняют в продольном направлении снизу вверх.

Пиление также применяют при лечении полиневропатий. Данный прием помогает хорошо промассировать крупные мышцы тазовой области и зоны начала бедра. Выполняют его ребром ладони. Это быстрые, резкие движения вперед-назад на небольшом участке. Прием проводят как одной, так и двумя руками. Кисти рук при этом могут располагаться параллельно, и в этом случае растирание будет одновременным. Кроме этого, пиление можно проводить попеременно.

В этом случае правая рука будет стремиться вверх, в то время как левая – идти вниз. Затем правая рука устремляется вниз, а левая идет вверх. ей навстречу.

При выполнении приема кисти рук чаще всего располагают по разным сторонам позвоночного столба. Реже их помещают и в определенную зону, например ягодиц или начала бедра. Ягодицы массируют с нажимом, в зоне бедра нажим немного слабее. Так как этот прием выполняют в быстром темпе, то отягощение используют редко. Если же его применяют, то пальцы левой руки располагают вдоль, то есть средний палец левой руки находится на указательном пальце правой руки. Кроме как в продольном, пиление также выполняют и в поперечном направлении. Кисти рук совершают массирующие

движения и перемещаются навстречу друг другу. Пиление можно проводить также по диагонали, или направляя кисть руки произвольно.

Штрихование по технике своего выполнения напоминает пиление, но его проводят концевыми фалангами указательного и среднего или указательного, среднего и большого пальцев. Направление движения может быть любым: продольным, поперечным, диагональным. При штриховании нередко выполняют сходящееся или расходящееся движение. В этом случае пальцы рук движутся навстречу друг другу, пока не соприкоснутся в определенной точке, или друг от друга из определенной точки в разных направлениях.

Штрихование чаще всего проводят двумя руками, реже – одной, а также из-за быстрого темпа преимущественно ординарное, а не с отягощением. Если отягощение выполняют, то раскрытую ладонь левой руки накладывают на кисть правой.

Граблеобразное растирание проводят концевыми фалангами четырех пальцев, разведенных в стороны. Массирование проходит с нажимом, который характерен для всего массирования при полиневропатиях. Граблеобразное растирание производят в поперечном направлении, кисти рук движутся навстречу друг другу. Данный прием почти никогда не выполняют одной рукой, отягощение не применяют. Но чтобы провести эффективное массирование участка, не следует забывать о нажимах и надавливаниях. Только в этом случае при массировании крупных мышц спины, ягодиц и зоны начала бедра будет достигаться нужный эффект.

Гребнеобразное растирание по технике повторяет предыдущий прием. Но выполняют это массирование фалангами согнутых пальцев, которые слегка разведены в стороны. Выполнение приема происходит с нажимом. Это необходимо для достижения эффекта при массировании тазовой области. Движения выполняют в поперечном направлении, а кисти рук перемещают навстречу друг другу. Этот прием также не производят одной рукой ординарно и одной рукой с отягощением.

Гребнеобразным растиранием завершают серию растираний и переходят к следующему массажному приему.

//-- Разминание --//

На разминание при массаже тазовой области отводят максимальное количество времени, так как после этого мышцы обретают подвижность и эластичность. Оно может быть ординарным, двойным кольцевым, двойным кольцевым комбинированным. Также применяют двойной гриф, кругообразное разминание, накатывание, сдвигание, растяжение, надавливание и проминание.

Разминание выполняют пальцами, основанием ладони, ребром ладони и пальцами, сжатыми в кулак. Направление движений также различное – прямолинейное, продольное и поперечное, по диагонали, кругообразное.

Прямолинейное ординарное разминание проводят в две фазы. Сначала мышцу плотно захватывают пальцами, чтобы не оставалось ни малейшего зазора между кистью и массируемым участком. Затем начинают продвижение вверх по участку. При этом пальцы плотно держат мышцу и приподнимают ее, совершая вращательное движение в сторону мизинца. Таким образом проходит первый этап разминания. Во второй фазе движение осуществляют в обратном направлении, но мышцу при этом не отпускают. Повторив прием несколько раз в одном месте, можно перейти на следующий участок.

При прямолинейном разминании кисти рук движутся вверх или вниз вдоль мышечных волокон или поперек. Продольное разминание идет по ходу мышечных волокон. При его выполнении пальцы максимально распрямлены, а большой палец отставлен в сторону. Захват будет большим, так как нужно массировать большие ягодичные мышцы, толстые

мышцы спины и мышцы в зоне начала бедра. Разминание требуется выполнять с усилием, чтобы массаж достигло результата.

При продольном разминании большой палец находится с одной стороны массируемого участка, а остальные пальцы – с другой. Сначала мышцу захватывают и фиксируют, затем производят ее оттягивание. На следующем этапе проводят разминающее движение, идущее по направлению к центру. При разминании важно избегать зазоров между массируемым участком и кистью. Во время движения большой палец стремится навстречу остальным, и мышцу сдавливают с двух сторон. Продольное разминание выполняют одной и двумя руками, но при массаже тазовой области лучше использовать обе руки. Темп движения не очень быстрый, но и не медленный, примерно 45–50 разминований в минуту. Прием выполняют до тех пор, пока мышца не разомнется полностью.

Поперечное разминание предполагает установление рук поперечно по отношению к массируемому участку. Само разминание проходит в поперечном направлении. Кисть руки плотно обхватывает мышцу, образуя угол 45–50°. При этом большие пальцы помещают по одну сторону массируемого участка, а остальные пальцы – по другую. Кисти рук находятся на расстоянии 5–7 см друг от друга и под углом к продольной оси мышцы. В этом положении производят разминание.

Руки движутся по участку плотно и равномерно; нужно следить за тем, чтобы они не соскальзывали с него. Для этого требуется большая плотность прилегания к массируемой зоне. Поперечное разминание производят как одной, так и двумя руками, но при массаже тазовой области лучше пользоваться обеими руками. Прием выполняют не только одновременно, но и попеременно. В этом случае одна рука разминает мышцу в направлении от себя, а другая – в направлении к себе.

Продольное и поперечное массажирование используют не только при обычном разминании. Двойное кольцевое разминание предполагает расположение рук поперек массируемого участка. Большие пальцы располагают по отношению к остальным по разные стороны зоны массажа. Расстояние между кистями не превышает 7–10 см. Правая рука плотно захватывает мышцу, приподнимает ее и начинает движение от себя. В это время левая рука также захватывает мышцу, но выполняет движение к себе. Все движения должны совершаться плавно, без рывков. Помассировав мышцу достаточное время, нужно перейти на следующий участок и повторить прием. При массаже ягодичных мышц следует применять надавливание, чтобы мышцы хорошо промассировались.

Продольное разминание ребром ладони имеет два способа выполнения. В первом случае ребро ладони правой руки движется снизу вверх, а ребро ладони левой руки вслед за ним на расстоянии 6–8 см, во втором кисти рук совершают разминания, двигаясь навстречу друг другу. Соприкоснувшись, они возвращаются в исходное положение. При поперечном обычном разминании кисть одной руки движется навстречу другой. Такое разминание лучше всего выполнять двумя руками одновременно или попеременно.

Разминание пальцами, сжатыми в кулак, применимо при массаже области таза. Движения выполняют одной или двумя руками, проходя в продольном или поперечном направлении. Но в данном случае часто используют отягощение, особенно когда массируют ягодичные мышцы.

После обычного разминания можно переходить к двойному кольцевому разминанию. При выполнении этого приема руки плотно обхватывают мышцу. Большие пальцы находятся по одну сторону массируемого участка, а остальные – по другую. Правая рука совершает разминания, двигая мышцу к себе, а левая в это же время двигает мышцу от себя. После выполнения движения 2–3 раза положение рук меняется. Теперь правая рука

движется на себя, а левая – к себе. Закончив разминание на одном участке, кисть руки перемещается на несколько сантиметров вверх, и движение повторяют.

Двойное кольцевое продольное разминание отличается от двойного кольцевого тем, что мышцу захватывают обеими руками, находящимися рядом, и разминают в одном направлении, то есть или на себя, или от себя. При выполнении разминания кисти рук расходятся друг от друга на расстояние 5–6 см, а затем снова сближаются. Подобным образом может быть промассирована вся мышца, после чего движение переносят на другой участок.

Выполняя двойное кольцевое комбинированное разминание, нужно одной рукой захватить мышцу и провести кольцеобразное разминание, а другой рукой массировать близлежащий участок ладонью. Затем положение рук изменяют. Тот участок, что массировался пальцами, подвергается массажу ладонью, а на том, что массировался ладонью, происходит разминание фалангами пальцев. Выполнив несколько раз подобный прием, руки перемещают на другой участок.

Нередко все три приема выполняют как один комбинированный.

При массажировании тазовой области можно применять два вида двойного грифа. Во-первых, отягощение проводят путем наложения пальцев одной руки на пальцы другой руки. При этом большие пальцы и четыре остальных будут совпадать. Во-вторых, отягощение можно производить основанием ладони на область большого пальца. Выполнять данный прием можно, двигаясь как в продольном, так и в поперечном направлении, прямолинейно или по диагонали.

Кругообразные разминания имеют несколько способов выполнения. Это разминание концевыми фалангами большого или четырех пальцев, ребром ладони, ладонью, пальцами, сжатыми в кулак. Все эти виды применимы при массажировании тазовой области при полиневропатиях. Но следует также помнить, что каждый из приемов выполняют с нажимом или небольшим давлением, чтобы хорошо промассировать мышцы. Кроме того, выполняя каждый из приемов ordinarily, затем следует осуществить этот же прием с отягощением. Такое чередование дает хороший результат при лечении данного заболевания.

Клювовидное разминание проводят пальцами, сложенными в виде клюва, или розетки, плотно прилегающими друг к другу. Движение производят в сторону мизинца. Кожу при этом захватывают и смещают, а затем возвращают в обратном направлении, когда кисть руки поворачивается. Проведя массажирование несколько раз на одном месте, кисть руки перемещают на соседний участок. Движение может идти в продольном и поперечном направлении, по диагонали или произвольно, когда кисть руки перемещается хаотично, захватывая любую зону. Если для массажирования использовать и вторую руку, то движение будет таким же, то есть в сторону мизинца.

Кругообразное разминание выполняют и подушечками пальцев. Большой палец устанавливают в определенной точке, остальные четыре пальца сгибают и располагают на массируемом участке. Мышцу захватывают большим пальцем и чуть приподнимают. Движение идет в сторону мизинца. Совершив вращательное движение, кисть руки возвращается в исходное положение. Когда разминание выполняют двумя руками, то движения идут также в сторону мизинца. Нередко подобное разминание выполняют с отягощением. В этом случае на большой палец правой руки или на тыльную сторону ладони накладывают внутреннюю сторону ладони левой руки. Ordinary кругообразное разминание подушечками пальцев можно чередовать с разминанием, выполняемым с отягощением. Кругообразное разминание концевыми фалангами четырех пальцев осуществляют захватом мышцы четырьмя пальцами. Большой палец при этом играет роль

опоры. Мышцу слегка приподнимают и разворачивают по окружности в сторону мизинца. Разминание проводят с нажимом. Это важно для того, чтобы хорошо промассировать толстые мышцы нижней части спины, ягодиц и верхней части бедра. Нередко также это разминание выполняют с отягощением. При этом кисть левой руки плотно обхватывает кисть правой руки. Если кругообразное разминание концевыми фалангами пальцев выполняют двумя руками, то движение идет также в сторону мизинца.

Разминание ладонью тоже применяют для массажа тазовой области. Ладони мягко движутся по участку, сильным нажимом разминая мышцы. Разминание зоны ягодиц можно выполнять как одной, так и двумя руками. Но при массаже одной рукой часто применяют отягощение. Следует отметить, что массаж ягодиц проводят более жестко, чем нижнего отдела спины или зоны верхней части бедра.

Разминание ребром ладони выполняют с определенным усилием. Ребро ладони помещают на массируемый участок и проводят кругообразные движения в сторону большого пальца. Но при этом мышцу не захватывают, а сдвигают в нужном направлении. Четыре пальца или выпрямлены, или слегка согнуты. Разминание ребром ладони левой руки проводят аналогичным образом. Массаж можно как одной, так и двумя руками. При круговом разминании ребром ладони применяют отягощение. В этом случае внутреннюю поверхность ладони левой руки накладывают на большой палец правой.

Разминание пальцами, сжатыми в кулак, обязательно используют при массаже тазовой области. Его осуществляют в сторону большого пальца. Движения выполняют в поперечном направлении. Если массируют двумя руками, то они продвигаются навстречу друг другу до тех пор, пока не соприкоснутся. После этого движение начинают в обратном направлении. Как и предыдущие приемы, данное разминание выполняют с отягощением. Для этого ладонную поверхность левой руки накладывают на кулак правой. При массаже ягодиц применяют или сильный нажим, или надавливание, чтобы усилить воздействие на массируемый участок.

Приемы кругового разминания можно выполнять поочередно, но также применяют и комбинированное кругообразное разминание.

При граблеобразном разминании пальцы разведены в стороны, а их кончики упираются в массируемый участок. Кисти рук движутся навстречу друг другу, а пальцы сдвигают мышцу. Граблеобразное разминание проводят в поперечном направлении и чаще всего двумя руками. Отягощение применяют редко, но при данном разминании обязательно используют нажим.

Гребнеобразное разминание чаще всего выполняют двумя руками и очень редко с отягощением. При массаже области ягодиц применяют нажим или надавливание.

Накатывание часто используют при массаже тазовой области. Ребро ладони левой руки погружают в мышцу, а правой рукой захватывают мышцу и производят своеобразный накат. Мышца при этом смещается на фиксированный участок. Разминание проводят круговым движением. Промассировав определенный участок, кисть перемещается на другой. Движение выполняют в любом направлении, но чаще всего оно хаотично. Участки для массажа выбирают рядом друг с другом таким образом, чтобы массажу была подвергнута вся зона. Накатывание также следует выполнять с нажимом, чтобы достичь нужного результата.

Сдвигание проводят большими пальцами рук, которые плотно захватывают мышцу и начинают сдвигать ее в продольном или поперечном направлении. При этом кисти рук производят сдвигание как в одном направлении, так и навстречу друг другу. Следует помнить, что при массаже ягодичных мышц нужно делать большой захват, чтобы оказать хорошее воздействие на участок. При массаже зоны бедра участок захвата

поменьше, но нажим также производят.

Для массажа тазовой области при полиневропатиях применяют растяжение и оттягивание. Эти приемы используют для массирования ягодичных мышц. Надавливание также является очень важным приемом разминания. Выполняют его подушечками пальцев, фалангами пальцев или пальцами, сжатыми в кулак. При этом выбирают определенный участок, на него устанавливают пальцы и производят надавливание. Фаланги пальцев при выполнении приема разводят в стороны, чтобы произвести серию движений на массируемом участке. Надавливание кулаками также хорошо использовать для массирования ягодичной области.

От надавливания можно перейти к следующему приему – проминанию. Его выполняют фалангами пальцев, которые или плотно сжаты, или слегка разведены в стороны. Движение проводят по участку в продольном или поперечном направлении. Выполняют данный прием чаще всего двумя руками. При обработке тазовой области обязательно используют нажим. Гораздо реже проминание проводят с отягощением. В таком случае левая рука плотно обхватывает кисть правой руки.

Кроме прямолинейного проминания вдоль или поперек хода мышечных волокон, можно выполнять сходящееся и расходящееся проминания. Кисти рук устанавливают на массируемом участке под углом друг к другу, указательные пальцы соприкасаются. Проминание идет снизу вверх, кисти рук расходятся по диагонали. Это расходящееся проминание. Если же кисти рук движутся навстречу друг другу и сталкиваются указательными пальцами в определенной точке, то выполняют сходящееся проминание. В этом случае движение осуществляют сверху вниз.

Последним из видов проминания, применяемых при массировании тазовой области, является сжимание. Его проводят в любом направлении как одной, так и двумя руками. Ординарное сжимание может чередоваться с проминанием с отягощением. При отягощении ладонь левой руки плотно прижимают к тыльной стороне ладони правой руки. Сжиманием завершают разминание, после него можно переходить к следующему массажному приему.

//-- Потряхивание --//

При лечении полиневропатий используют и такой прием, как потряхивание. При лечении данного заболевания применяют такие его разновидности, как стегание, встряхивание, подталкивание, подергивание, пощипывание, сотрясение. Многие из них имеют важное значение при массировании верхних и нижних конечностей.

Стегание выполняют концевыми фалангами пальцев. Ими наносят быстрые, резкие удары по массируемому участку. При выполнении приема как бы чувствуется небольшой ожог. Прием выполняют одной, реже двумя руками. Движение кистей чаще всего прямолинейное продольное или поперечное, но также возможно движение по диагонали или хаотичное.

Встряхивание хорошо применять при массировании конечностей. При этом происходит захватывание мышцы указательным и большим пальцами, а затем встряхивание участка. Движения должны быть достаточно резкими, чтобы чувствовалось воздействие на мышцу. Потряхивание проводят на всей массируемой зоне безо всякого направления.

Выполнение подталкивания осуществляют за счет воздействия на массируемый участок концевыми фалангами пальцев. Они устанавливаются в нужной точке и резкими движениями начинают толкать кожу и мышцы. Прделав этот прием на нужном участке, смещают кисть руки на другой участок. Подталкивание может осуществляться как одной, так и двумя руками. При действии одной рукой отягощения лучше не применять. Отягощение вообще редко используют в данной серии приемов.

Подергивание производят захватом большим и указательным пальцами некоторого участка

кожи, который оттягивают, а затем слегка сотрясают. Прием можно выполнять как одной, так и двумя руками, двигаясь по участку произвольно.

Пощипывание по технике выполнения очень похоже на подергивание, но участок захвата значительно меньше. При выполнении приема кожу резко приподнимают вверх на 1–1,5 см, а затем отпускают. Прием выполняют чаще всего одной рукой. Направление движения произвольное.

Сотрясение осуществляют ладонной поверхностью, которую накладывают на зону массируемого участка и при этом производят резкое сотрясение данного участка.

Продлав в одном месте прием 2–3 раза, кисть руки перемещают на другой участок. Данный прием выполняют одной рукой, вторая рука может играть вспомогательную роль. Направление движения произвольное.

Этот прием завершает серию потряхиваний, а также и массажный сеанс, применяемый при полиневропатиях.

Рассеянный склероз

1. Рассеянный склероз – это ремитирующее заболевание нервной системы, которое обусловлено возникновением рассеянных по головному и спинному мозгу (рис. 117) очагов демиелинизации. Это одно из самых частых органических заболеваний нервной системы.

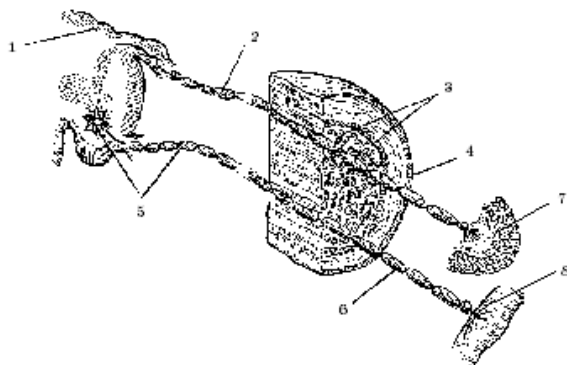


Рис. 117. Строение нерва: 1 – спинной мозг; 2 – чувствительный нейрон; 3 – пучки нервных волокон; 4 – оболочка нерва; 5 – двигательный нейрон; 6 – миелиновая оболочка; 7 – кожа; 8 – мышца

Демиелинизационный процесс поражает преимущественно белое вещество центральной нервной системы. Поврежденный участок может подвергаться ремиелинизации, либо вслед за распадом миелина повреждаются и осевые цилиндры (рис. 118) с последующим развитием характерной глиозной бляшки.

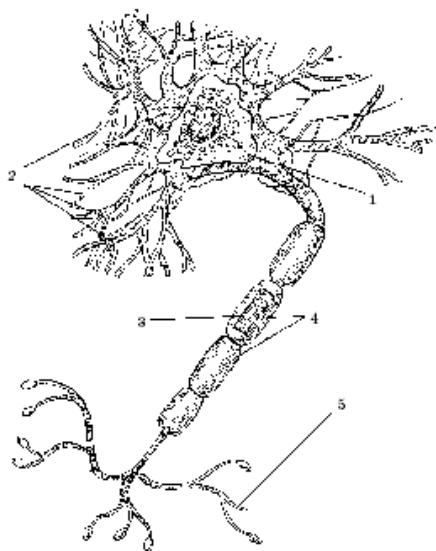


Рис. 118. Строение нейрона: 1 – тело; 2 – дендрит; 3 – миелиновая оболочка; 4 – аксон; 5 – окончания аксона

Заболевание возникает в молодом возрасте (дети и старики поражаются им, но крайне редко). Первые симптомы являются преходящими. Это моторные, сенсорные (чаще парестезии) или зрительные нарушения. Чаще других с возрастом поражаются пирамидная и мозжечковая системы и зрительные нервы. В развитой стадии болезни обычно наблюдается грубый тремор конечностей, реже головы (дрожание выявляется при активном движении), но заболевание может носить и статичный характер.

Для рассеянного склероза характерно ремитирующее течение: обострения сменяются значительными улучшениями, нередко полностью исчезают все или отдельные признаки болезни. Длительность ремиссий различна: от нескольких дней до нескольких лет.

В начале и при обострении болезни применяют глюкокортикоидные гормоны или АКТГ, иммуносупрессоры и иммуномодуляторы. В периоды ремиссий решающую роль играет массаж, ЛФК, профилактика интеркуррентных инфекций (урологический сепсис, пневмония).

//-- Массаж при рассеянном склерозе --//

Массирование при данном заболевании оказывается достаточно эффективным, так как происходит хорошее воздействие на нервную систему. Улучшается общее состояние организма, начинают лучше функционировать все органы и системы.

При лечении рассеянного склероза используют следующие приемы: поглаживание, растирание, разминание, ударные приемы и потряхивание. Массажные сеансы проводят через 1–2 дня, а в период ремиссий применяют общеоздоровительный массаж.

//-- Поглаживание --//

При лечении рассеянного склероза применяют следующие виды поглаживания: прямое, зигзагообразное, попеременное, комбинированное, кругообразное, гребнеобразное, граблеобразное. Следует также отметить, что прием выполняют подушечками пальцев, фалангами пальцев или ладонью. Техника каждого из приемов имеет свою специфику.

Прямое разглаживание выполняют ладонной поверхностью в продольном направлении. Рука движется по коже сверху вниз. Поглаживание можно выполнять одной или двумя руками. Движение двух рук происходит одновременно и в одном направлении. Поглаживание можно также выполнять и с отягощением. Правая рука выполняет прием, а левая обеспечивает отягощение. Ладонь левой руки помещают на тыльную сторону ладони правой руки таким образом, чтобы пальцы совпадали: мизинец левой руки находился на указательном пальце правой, безымянный палец левой – на среднем пальце правой и т. д. Также отягощения можно достичь, если наложить ладонь левой руки на

тыльную поверхность правой поперек. При этом большой палец левой руки будет плотно прижат к запястью правой.

Прямолинейное поглаживание может быть продольным и поперечным. При поперечном разглаживании ладони устремляются навстречу друг другу. Может произойти соприкосновение кончиками пальцев, но ладони могут пройти по параллельным линиям, не задев друг друга.

При прямолинейном поперечном поглаживании используют и ребро ладони. Движение начинают с обеих сторон одновременно навстречу друг другу. Поглаживание ребром ладони можно производить как одной, так и двумя руками. При этом кисти рук будут двигаться навстречу друг другу. Также возможно и их чередование. Сначала ребром ладони правой руки осуществляют массаж участка справа налево, затем правую руку убирают и ребром ладони левой руки совершают движение в обратном направлении, то есть слева направо. Данный прием выполняют и с отягощением. При этом внутреннюю сторону ладони левой руки накладывают на большой палец правой.

Поглаживание пальцами, сжатыми в кулак, может происходить как в продольном, так и в поперечном направлении. Массировать участок можно одной и двумя руками. При отягощении на кулак правой руки налагают внутреннюю сторону ладони левой руки.

Зигзагообразное поглаживание проводят несколькими способами. Его можно выполнять ладонной поверхностью и пальцами, выступом большого пальца и основанием ладони. При этом в первом случае ладонная поверхность должна плотно прилегать к массируемому участку. Поглаживание проводят зигзагообразно, без отрыва ладони от кожи. При поглаживании выступом большого пальца тыльная сторона большого пальца касается массируемого участка, а остальные пальцы немного приподняты. Данное зигзагообразное поглаживание можно выполнять как одной, так и двумя руками. При этом правая рука проводит движение сверху вниз, а левая движется ей навстречу снизу вверх. Чтобы выполнить данный прием с отягощением, нужно наложить ладонь левой руки на тыльную сторону большого пальца правой руки.

При поглаживании основанием ладони пальцы вообще не касаются кожи. Они приподняты и при этом чуть согнуты. Большой палец прижат к указательному. Движение выполняют одновременно. При этом кисти рук подходят настолько близко друг к другу, что большие пальцы сталкиваются. При поглаживании основанием ладони можно применять отягощение. Для этого пальцы левой руки накладывают на пальцы правой или кисть левой руки помещают поперек кисти правой.

Зигзагообразное поглаживание можно выполнять также ребром ладони и пальцами, сжатыми в кулак. Такое поглаживание проводят одной рукой в поперечном направлении. При отягощении внутреннюю сторону ладони левой руки накладывают на большой палец правой. Зигзагообразное поглаживание пальцами, сжатыми в кулак, может проходить в любом направлении. Двигаться можно одной рукой или двумя руками, а также использовать их попеременно. Для выполнения этого приема используют два вида постановки кулака на массируемый участок: во-первых, движения можно производить фалангами пальцев, во-вторых, ребром ладони пальцев, сжатых в кулак. Отягощение выполняют левой рукой. Ее ладонь внутренней стороной накладывают на кисть правой руки.

Попеременное поглаживание представляет собой прямолинейное поглаживание, при котором две руки в процессе массажа чередуются. Можно несколько раз просто использовать одну или обе руки для выполнения приема, действуя по схемам:

- 1) 1-2-1-2-2-1-2-1-1-2;
- 2) 2-1-2-1-1-2-2-1-2-1.

Таким же образом можно чередовать прямое и зигзагообразное поглаживания, выполняя приемы попеременно то одной, то другой рукой. П – прямое разглаживание, З – зигзагообразное.

Схема выполнения:

П1-З1-П2-З2-З1-П1-З2-П2-З1.

Но схема может быть и более сложной, если ввести в нее разглаживание с отягощением.

1) П2-З2-По-Зо-П2-З1-З2-По-Зо-П1-З1-П2-З2;

2) П2-З1-По-З2-П2-Зо-П1-З2-П2-Зо-П1-З2-П2;

3) П1-З1-По-З2-П2-Зо-П1-П2-Зо-З2-П2-З1-З2.

Данные схемы помогают разнообразить приемы, что способствует успешному лечению заболевания.

Комбинированное поглаживание весьма напоминает попеременное по своему составу. Оно также включает несколько элементов других приемов: прямого, спиралевидного и кругообразного. Выполнять поглаживания можно, постепенно переходя от одного приема к другому, а затем все повторить. Также можно использовать схемы для выполнения комбинированного поглаживания. Чаще всего данный прием осуществляют двумя руками или одной рукой с отягощением.

Кругообразное поглаживание можно выполнять несколькими способами: подушечками пальцев, фалангами пальцев, ладонью, основанием ладони. Но для массажа применяют в большинстве случаев поглаживание ладонью, основанием ладони и фалангами пальцев.

Кругообразные движения ребром ладони выполняют, как правило, на небольших участках. Движения совершаются как одной, так и двумя руками. При отягощении внутреннюю сторону ладони левой руки помещают на большой палец правой.

Кругообразное поглаживание пальцами, сжатыми в кулак, более удобно выполнять, когда участок массируют фаланги пальцев. Поглаживание кулаком, поставленным на ребро, практически неприменимо. Отягощение выполняют левой рукой, помещая ее внутренней поверхностью на тыльную сторону ладони правой руки.

Гребнеобразное поглаживание выполняют фалангами согнутых пальцев, которые чуть разведены в стороны. Большой палец при этом или отставлен в сторону, или плотно прижат к указательному. Гребнеобразное поглаживание совершают в поперечном направлении и выполняют и одной, и двумя руками. При этом правая и левая руки стремятся навстречу друг другу. Дойдя до точки встречи, руки возвращаются в исходное положение. Но движение может идти и по параллельным линиям. В этом случае правая и левая руки заходят друг за друга на массируемом участке.

Граблеобразное поглаживание выполняют подушечками пальцев. Но при этом кончики пальцев совершают небольшой нажим на массируемый участок. Поглаживание одной рукой может идти в любом направлении – сверху вниз, снизу вверх и по диагонали. Поглаживание двумя руками производят в поперечном направлении, руки при этом стремятся навстречу друг другу.

Данный прием завершает поглаживания, которые подготавливают массируемый участок для выполнения других приемов.

//-- Растирание --//

При лечении рассеянного склероза применяют следующие виды растирания: продольное и поперечное, прямолинейное, кругообразное, граблеобразное, гребнеобразное, штрихование, пиление, пересекание. Данные виды растирания выполняют следующим образом: подушечками больших пальцев; подушечками двух пальцев; подушечками четырех пальцев; ладонью; ребром ладони; пальцами, сжатыми в кулак.

Прямолинейное растирание выполняют как в продольном, так и поперечном направлении. Массирование подушечками пальцев происходит с нажимом на данный участок. Прямолинейное растирание подушечками больших пальцев осуществляют сверху вниз, затем движение идет в обратном направлении. Четыре пальца при этом отставлены в сторону и находятся под углом к большому пальцу. Они не касаются кожи или прикосновение их очень слабое. Движение совершают вперед, то есть от себя. Такое положение пальцев лучше всего использовать при перемещении по массируемому участку снизу вверх. Прием выполняют как одной, так и двумя руками.

При отягощении используют ладонь левой руки. Но ее накладывают не на всю кисть правой руки, а только на большой палец и располагают чуть под наклоном. Растирание подушечками больших пальцев может быть и немного иным. В этом случае четыре пальца направлены вперед и не касаются кожи, а большие пальцы сильно отведены назад. Такое положение пальцев лучше всего подходит для движения сверху вниз, то есть на себя.

Поперечное растирание подушечками пальцев предполагает чуть развернутые кисти рук. Четыре пальца направлены вперед под углом 45° и не касаются массируемого участка. Кисти рук движутся навстречу друг другу. Кончики больших пальцев могут соприкоснуться, и движение пойдет в обратном направлении. Поперечное растирание часто выполняют двумя руками, но очень редко с отягощением. В этом случае пальцы левой руки плотно обхватывают запястье правой таким образом, чтобы большой палец был тесно прижат к основанию ладони.

Растирание двумя пальцами также применимо при рассеянном склерозе. Но выполняют его попеременно: то поверхностно, то с нажимом. Данный прием проводят указательным и средним пальцами, которые тесно прижаты друг к другу. Выполнение приема двумя руками предполагает движение правой и левой кистей параллельно друг другу.

Подобное растирание может быть и перекрестным, если правая рука движется продольно, а левая поперечно. Растирание двумя пальцами выполняют с отягощением. Для этого существует несколько способов.

Во-первых, отягощение может производиться двумя пальцами левой руки – указательным и средним, которые накладывают продольно на пальцы правой руки. Во-вторых, отягощение предусматривает наложение двух пальцев левой руки поперечно на пальцы правой руки. Следующий способ отягощения состоит в том, что на два пальца правой руки плотно накладывают внутреннюю сторону ладони левой руки. Здесь следует выбрать, какой способ отягощения наиболее подходит.

Растирание подушечками четырех пальцев мало чем отличается от растирания подушечками двух пальцев. Направление движений продольное и поперечное, производить прием можно как одной, так и двумя руками. Способы отягощения те же самые. В первом случае четыре пальца накладывают вдоль, во втором – поперек, а также отягощение происходит при помощи ладони.

При растирании ладонью давление на массируемый участок еще больше. Массирование можно проводить в продольном и поперечном направлениях.

В первом случае массирование осуществляют двумя руками, кисти при этом движутся параллельно. Растирание ведут снизу вверх. При поперечном направлении ладони можно направить навстречу друг другу. Отягощение производят левой рукой. При этом на ладонь правой руки накладывают ладонь левой руки таким образом, чтобы пальцы совпали. Но также отягощение выполняют сжатыми в кулак пальцами левой руки, которые прижаты к тыльной стороне ладони правой руки. Растирание ладонью – наиболее часто используемый прием.

Растирание ребром ладони также является весьма эффективным. Проводят его в

продольном и поперечном направлениях. Движение может осуществляться сверху вниз, снизу вверх и по диагонали. Прием можно выполнять одной или двумя руками, ординарно или с отягощением.

Отягощение выполняют двумя способами: во-первых, продольно (в этом случае левую руку помещают на правую и средний палец левой руки плотно прижимают к указательному пальцу правой), во-вторых, поперечно (центр ладони левой руки приходится на указательный палец правой). При массажировании двумя руками они могут двигаться как одновременно, так и попеременно.

Прямолинейное растирание пальцами, сжатыми в кулак, по технике своего выполнения аналогично растиранию ребром ладони. Отягощение производят левой рукой, которую накладывают на тыльную сторону ладони правой руки.

Последние три приема нередко объединяют в один комбинированный. Условно обозначив Л – растирание ладонью, Р – растирание ребром ладони, К – растирание пальцами, сжатыми в кулак, 1, 2 – растирание одной или двумя руками, о – применение отягощения, можно выполнять приемы по следующим схемам:

- 1) Л2-Р2-К1-К2-Ро-Ло-К1-К2-Р1-Л1-Ко-Л2;
- 2) Л1-Р1-К1-Р2-К1-Л2-К2-Р1-Л1-К2-Р2-Л2;
- 3) Л1-К2-Ро-ло-К1-Р2-Л2-Ко-Р1-К2-Л2-Ко;
- 4) Л2-Ро-Ко-Л2-Р1-Ко-Л1-Р2-К1-К2-Ко-Р2;
- 5) Л2-Р1-К2-Р2-К1-Л1-Л2-Р2-К2-Л1-К2-Р1.

Кругообразное растирание, подобно прямолинейному, также имеет несколько способов выполнения. Это растирание подушечками больших пальцев, подушечками двух и четырех пальцев, ладонью, ребром ладони, кулаком, а также клювовидное. Каждый из этих приемов можно выполнять как одной, так и двумя руками, ординарно или с отягощением.

Растирание проводят по окружности. При массажировании подушечками пальцев оно может иметь любой диаметр, начиная от маленького – 2–3 см и заканчивая большим – 9–10 см.

Растирание ладонью проводят в сторону мизинца. Зона массажирования зависит от захвата участка ладонной поверхностью.

Растирание кулаком может охватывать как небольшую область, так и значительную. Клювовидное круговое растирание выполняют пальцами, сложенными в виде розетки (клюва). Массажирование проводят с нажимом и применяют на небольшом участке. Круговые движения совершают в сторону мизинца.

Пиление относится к дополнительным приемам растирания, которые также применяют при лечении рассеянного склероза. Пиление помогает эффективно массировать мышцы. Выполняют его ребром ладони. Это быстрые, резкие движения вперед-назад на небольшом участке. Прием выполняют как одной, так и двумя руками. Кисти рук могут располагаться параллельно, а производимое растирание – быть одновременным. Кроме этого, пиление можно проводить попеременно. В этом случае правая рука будет стремиться вверх, в то время как левая рука – вниз. Затем правая рука устремляется вниз, а левая идет вверх.

Этот прием проводят в быстром темпе, поэтому отягощение используют редко. Если же отягощение применяют, то пальцы левой руки располагают вдоль, то есть средний палец левой руки находится на указательном пальце правой. Кроме продольного направления, для пиления подходит поперечное. Кисти рук совершают массажирование и движутся навстречу друг другу. Пиление можно проводить по диагонали или хаотично, направляя кисть руки произвольно.

Штрихование по технике выполнения напоминает пиление, но данный прием проводят концевыми фалангами двух или трех пальцев. Это указательный, средний и большой или указательный и средний.

Штрихование чаще всего проводят двумя руками, реже одной, а также из-за быстрого темпа преимущественно ординарное, а не с отягощением. Если же отягощение имеет место, раскрытую ладонь левой руки накладывают на кисть правой.

Пересечение выполняют лучевым краем кисти, когда большой палец максимально отведен в сторону. Кисть совершает быстрые ритмичные движения от себя и к себе, двигаясь по участку снизу вверх. Пересечение лучше всего проводить двумя руками, но также прием выполняют и одной рукой. При отягощении кисть левой руки накладывают на запястье правой. Движения чаще всего происходят в продольном направлении снизу вверх.

Граблеобразное растирание выполняют концевыми фалангами четырех пальцев, которые разведены в стороны. Массирование также требует нажима, с которым проводят весь прием. Граблеобразное растирание производят в поперечном направлении, кисти рук движутся навстречу друг другу. Данный прием практически не выполняют одной рукой, не применяют и отягощение. Однако небольшой нажим значительно повышает эффективность растирания.

Гребнеобразное растирание выполняют аналогично предыдущему приему. Но данное массирование проводят фалангами согнутых пальцев, которые немного разведены в стороны. При выполнении приема можно производить небольшой нажим для достижения большей эффективности при массировании участка. Движения выполняют в поперечном направлении, кисти рук движутся навстречу друг другу. Данный прием не предусматривает выполнения одной рукой, а также отягощения.

Гребнеобразным растиранием можно завершить серию растираний и перейти к следующему массажному приему.

//-- Разминание --//

При рассеянном склерозе используют разные виды разминания: ординарное, двойное кольцевое, двойное кольцевое комбинированное, двойной гриф, все виды кругообразных разминаний, а также накатывание, сдвигание, растяжение, надавливание и проминание.

Разминание выполняют пальцами, основанием ладони, ребром ладони и пальцами, сжатыми в кулак. Направления движений могут быть следующими: прямолинейное продольное и поперечное, по диагонали, кругообразное.

Прямолинейное ординарное разминание происходит в две фазы. Сначала мышцу плотно захватывают пальцами таким образом, чтобы не оставалось никакого зазора между кистью и массируемым участком, а затем начинают продвижение вверх. Пальцы при этом плотно держат мышцу и приподнимают ее, совершая вращательное движение в сторону мизинца. Во второй фазе движение происходит в обратном направлении, но мышцу при этом не отпускают. Повторив прием несколько раз, следует перейти на другой участок.

Для выполнения продольного разминания пальцы максимально распрямляются, а большой палец отставляется в сторону. При продольном разминании большой палец должен находиться с одной стороны массируемого участка, а остальные пальцы – с другой. Сначала мышцу нужно захватить и зафиксировать, затем произвести ее оттягивание. Следующим этапом является разминающее движение, которое выполняют по направлению к центру. При разминании важно избегать зазоров между массируемым участком и кистью. При движении большой палец устремляется навстречу остальным, и мышца сдавливается с двух сторон.

Продольное разминание выполняют одной и двумя руками. Темп движения не очень

высокий, но и не медленный, примерно 40–45 разминований в минуту. Прием нужно выполнять до тех пор, пока мышца не разомнется полностью.

Поперечное разминание предполагает расположение рук поперек массируемого участка. Само разминание проходит в поперечном направлении. Кисть руки плотно обхватывает мышцу, образуя угол 45°. Большие пальцы помещают по одну сторону массируемого участка, а остальные – по другую. Кисти рук находятся на расстоянии 5–7 см друг от друга, под углом по отношению к продольной оси мышцы. В этом положении и следует производить разминание.

2.

3. Необходимо помнить, что руки должны двигаться по участку, а не соскальзывать с него. Для этого требуется большая плотность прилегания к массируемой зоне. Поперечное разминание производят как одной, так и двумя руками. Прием можно выполнять не только одновременно, но и попеременно. В этом случае одна рука будет разминать мышцу в направлении от себя, а другая – к себе.

Продольное и поперечное массирование используют не только при ординарном разминании. Двойное кольцевое разминание предполагает расположение рук поперек массируемого участка. Большие и остальные пальцы располагают по разные стороны зоны массирования. Расстояние между кистями не должно превышать 7–10 см. Правая рука плотно захватывает мышцу, приподнимает ее и начинает движение от себя. В это время левая рука также захватывает мышцу, но выполняет движение к себе. Все движения должны проходить плавно, без рывков. Помассировав мышцу, можно перейти на следующий участок и повторить прием.

Продольное разминание ребром ладони имеет два способа выполнения.

В первом случае ребро ладони правой руки движется снизу вверх, а ребро ладони левой руки движется вслед за ним на расстоянии 5–8 см. Но кисти рук могут совершать разминания, двигаясь навстречу друг другу. Соприкоснувшись, они возвращаются в исходное положение. При поперечном ординарном разминании кисть одной руки движется навстречу другой. Это похоже на второй способ продольного разминания, за исключением того, что движение происходит не по ходу продольных мышц, а поперек. Такое разминание лучше всего выполнять двумя руками или использовать их попеременно.

Разминание пальцами, сжатыми в кулак, также применимо. Движения можно выполнять одной или двумя руками, двигаясь как в продольном, так и в поперечном направлении. Но также часто применяют и отягощение.

После ординарного разминания можно переходить к более сложным приемам, например двойному кольцевому разминанию. При выполнении данного приема руки плотно обхватывают мышцы. Большие пальцы находятся по одну сторону массируемого участка, а остальные пальцы – по другую. Правая рука совершает разминания, двигая мышцу к себе, а левая в это же время двигает мышцу от себя. Ткани мышц смещают, и происходит их своеобразное перемешивание.

Движение можно повторить 3–4 раза, а затем перейти на следующий участок. Но также можно поменять руки и произвести на том же самом участке немного иные действия. При этом правая рука будет двигаться на себя, а левая – к себе. После выполнения такого разминания следует перейти на другой участок, сдвинув кисти рук на 4–5 см вверх.

Двойное кольцевое продольное разминание отличается от двойного кольцевого тем, что мышцу захватывают обеими руками, находящимися рядом, и разминают в одном направлении – или на себя, или от себя. Подобным образом может быть промассирована вся мышца, затем движение переносят на другой участок.

Выполняя двойное кольцевое комбинированное разминание, нужно одной рукой захватить мышцу и провести кольцеобразное разминание, а другой рукой массировать близлежащий участок ладонью. Затем положение рук изменяют. Тот участок, что массировался пальцами, подвергается массажу ладонью, а на том, что массировался ладонью, происходит кольцевое разминание. Выполнив несколько раз подобный прием, руки перемещают на другой участок.

Нередко применяют все три приема попеременно, переходя от одного к другому.

Условно обозначив двойное кольцевое разминание – А, двойное кольцевое продольное – В, двойное кольцевое комбинированное – С, получают схемы, которыми можно пользоваться при выполнении массажных приемов:

- 1) С-А-В-С-В-А-С-С-А-С-С-В;
- 2) А-В-С-В-А-В-С-В-А-А-С-В;
- 3) В-С-А-В-С-В-В-А-С-В-С-С.

Выполнять приемы разминания по схемам можно, выбрав одну подходящую, или пользоваться ими поочередно в разные дни.

При массажировании применяют два вида выполнения двойного грифа. Во-первых, отягощение производят путем наложения пальцев одной руки на пальцы другой. При этом большие пальцы и четыре остальных совпадают. Во-вторых, правила выполнения двойного грифа заключаются в том, что отягощение производят основанием ладони в области большого пальца. Выполнять данный прием можно, двигаясь как в продольном, так и в поперечном направлении прямолинейно или диагонали.

При рассеянном склерозе применяют несколько разновидностей кругообразного разминания. Это клювовидное разминание, разминание концевыми фалангами пальцев – большого и четырех, ребром ладони, ладонью, пальцами, сжатыми в кулак. Кроме этого, выполняя каждый из приемов ordinarily, следует провести этот же прием с отягощением. Такое чередование дает хороший результат при лечении заболевания.

Клювовидное разминание производят пальцами, сложенными в виде клюва. Проведя массажирование несколько раз в одном месте, кисть руки перемещают на соседний участок. Движение можно совершать как в продольном, так и в поперечном направлении, а также по диагонали. Но для проведения клювовидного кругообразного разминания подходит и произвольное движение. Кисть руки перемещают по участку хаотично, захватывая любую зону. Если для массажирования использовать и вторую руку, то движение будет таким же в сторону мизинца.

Кругообразное разминание выполняют и подушечками пальцев. Большой палец устанавливают в определенной точке, остальные четыре пальца сгибают и располагают на участке. Мышцу захватывают большим пальцем и чуть приподнимают. Движение направлено в сторону мизинца. Совершив разворот мышцы до предела, кисть руки возвращают в исходное положение. Когда разминание выполняют двумя руками, то движения производят таким же образом, то есть в сторону мизинца. Нередко подобное разминание выполняют с отягощением. На большой палец правой руки или на тыльную сторону ладони накладывают внутреннюю сторону ладони левой руки. Ordinary кругообразное разминание подушечками пальцев часто чередуют с разминанием с отягощением.

Кругообразное разминание концевыми фалангами четырех пальцев производят с захватом мышцы четырьмя пальцами. Большой палец играет роль опоры. Мышцу слегка приподнимают и разворачивают по окружности в сторону мизинца. Разминание можно проводить с некоторым нажимом. Нередко также данное разминание выполняют с отягощением. При этом кисть левой руки плотно обхватывает кисть правой руки.

Применять продольное или поперечное движение не имеет смысла, так как кисть руки постепенно, захватывая маленькие участки, промассирует всю зону. Если кругообразное разминание концевыми фалангами пальцев выполняют двумя руками, то движение идет также в сторону мизинца.

Разминание ладонью тоже дает хороший эффект. Ладони рук мягко движутся по участку, сильным нажимом разминая мышцы. Разминание можно выполнять как одной, так и двумя руками. Но при массировании одной рукой следует применять отягощение.

Разминание ребром ладони выполняют с определенным усилием. Ребро правой ладони помещают на массируемый участок и проводят кругообразные движения в сторону большого пальца. Мышцу при этом не захватывают, а сдвигают в нужном направлении. Четыре пальца могут быть выпрямлены, но иногда их немного сгибают, чтобы получилось подобие ковшика. Разминание ребром ладони левой руки проводят аналогичным образом. Массировать можно как одной, так и двумя руками. При круговом разминании ребром ладони применяют и отягощение.

Разминание пальцами, сжатыми в кулак, также применяют при рассеянном склерозе, но обязательным оно не является. Чаще всего массирование производят ребром ладони, реже фалангами пальцев. Движения выполняют в поперечном направлении.

Если воздействие осуществляют двумя руками, то они продвигаются навстречу друг другу до тех пор, пока не соприкоснутся. После этого движение начинают в обратном направлении. Как и предыдущие приемы, данное разминание выполняют с отягощением.

Приемы кругового разминания можно выполнять поочередно, но также применяют и комбинированное кругообразное разминание. Условно обозначив круговое разминание подушечками больших пальцев – П, кругообразное разминание фалангами четырех пальцев – Ф, разминание ребром ладони кругообразно – Р, разминание пальцами, сжатыми в кулак, – К, получают несколько схем применения данного приема (1 и 2 указывают на выполнение разминания одной или двумя руками, а о – характеризует отягощение):

- 1) Ко-Ро-П2-Ф1-По-Р2-Ф2-К1-П1-Фо-Р1-К2-П2;
- 2) П2-Ф2-Р1-Ко-П1-Ф2-Ро-К2-По-Ф1-Р2-К1-П2;
- 3) Р2-К1-П2-Ко-Ф2-К1-П2-Фо-Ф2-К1-Р1-П2-К2;
- 4) П2-Фо-Ро-К2-П1-Р2-Ко-Ф2-Р1-К2-Фо-По-Ф1;
- 5) Р2-Ф2-По-К1-Ро-К2-П2-Фо-Ф1-Р2-Ко-По-К2;
- 6) П2-К2-Р2-Ф2-Ф1-П1-Р2-П2-Ко-Ф1-Р2-По-Ф2;
- 7) К1-Р1-П2-Ф2-Ко-По-Ф1-Р1-К2-Ф2-Ро-П1-Ф1;
- 8) Ро-Ф2-П1-Ко-К2-Ро-Ф2-П1-По-Ф1-Р2-К2-Р1.

Массирование по данным схемам можно производить каждый день или выбрать одну из них, наиболее подходящую, и применять ее постоянно на всем протяжении курса лечебного массажа.

При граблеобразном разминании пальцы разведены в стороны, кончики пальцев упираются в массируемый участок. Кисти рук движутся навстречу друг другу, а пальцы сдвигают мышцу. Граблеобразное разминание проводят в поперечном направлении и чаще всего двумя руками. Отягощение применяют редко, но при разминании используют нажим.

При лечении рассеянного склероза применяют и гребнеобразное растирание. Этот прием также чаще всего выполняют двумя руками и очень редко с отягощением. При массировании области ягодиц применяют нажим.

Накатывание относится к дополнительным приемам разминания, но его часто применяют при лечении данного заболевания. Ребро ладони левой руки погружают в

мышцу, а правой рукой захватывают мышцу и делают накат. Мышцу надвигают на фиксированный участок. Разминание проводят круговым движением. Промассировав определенный участок, кисть перемещают на другой. Движение можно выполнять в любом направлении, но чаще всего оно хаотично. Участки для массажа выбирают рядом друг с другом таким образом, чтобы массажу была подвергнута вся зона. Накатывание рекомендуется выполнять с нажимом.

Сдвигание проводят большими пальцами рук, которые плотно захватывают мышцу и начинают сдвигать ее в продольном или поперечном направлении. При этом кисти рук могут производить сдвигание как в одном направлении, так и навстречу друг другу.

Для массажа при рассеянном склерозе применяют растяжение и надавливание, после чего следует серия проминаний. Этот прием выполняют фалангами пальцев, которые или плотно сжаты, или чуть-чуть разведены в стороны.

Движение идет по участку в продольном или поперечном направлении. Выполняют данный прием чаще всего двумя руками. При проминании можно использовать небольшой нажим. Гораздо реже его проводят с отягощением.

Кроме прямолинейного проминания вдоль или поперек хода мышц можно выполнять сходящееся и расходящееся проминание. Кисти рук находятся на массируемом участке под углом друг к другу, указательные пальцы соприкасаются. Проминание идет снизу вверх, кисти рук расходятся по диагонали. Это расходящееся проминание. Если же кисти рук движутся навстречу друг другу и сталкиваются указательными пальцами в определенной точке, то выполняют сходящееся проминание. В этом случае движение будет проходить сверху вниз.

Последним из видов проминания является сжимание. В этом случае фаланги согнутых пальцев упирают в участок кожи, затем производят сжимание. Проведя прием несколько раз, нужно переходить на следующий участок. Сжимание может быть прямолинейным или хаотичным. Прием выполняют как одной, так и двумя руками. При отягощении ладонь левой руки плотно прижимают к тыльной стороне ладони правой руки. Сжиманием завершают разминание, после него можно переходить к следующему приему.

//-- Ударные приемы --//

После серии разминаний для массажа при рассеянном склерозе можно использовать такие ударные приемы, как поколачивание, похлопывание, рубление, щипание.

Для массажа при данном заболевании подходят все виды поколачивания: концевыми фалангами пальцев; пальцами, сжатыми в кулак; тыльной и ладонной стороной кисти.

Если выполнять прием концевыми фалангами, все пять пальцев нужно установить в определенной точке массируемого участка. Пальцы чуть разведены в стороны, наподобие слегка раскрывшегося бутона. Поколачивание осуществляют одновременно всеми пальцами. Прием выполняют как одной, так и двумя руками, нередко одна и две руки чередуются.

При поколачивании тыльной стороной ладони пальцы чуть согнуты, как будто держат небольшой мяч. Выполнение приема производят в быстром или среднем темпе. При поколачивании ладонной стороной кисти пальцы, напротив, выпрямлены и плотно прижаты друг к другу. Они не должны касаться массируемого участка. Поколачивание проводят одной или двумя руками. Возможно чередование одной и двух рук, а также попеременное поколачивание левой и правой рукой.

Поколачивание пальцами, сжатыми в кулак, проводят в среднем темпе, но возможен и медленный. Пальцы следует сжимать неплотно, чтобы не вызвать болевых ощущений. Но

в то же время нужно помнить, что поколачивание должно быть ощутимым, иначе массажирование не достигнет нужного эффекта. Данный прием осуществляют одной или двумя руками, одновременно или попеременно.

Каждый из этих приемов можно выполнять с отягощением. При этом ладонную поверхность левой руки плотно прижимают к кисти правой руки, а при поколачивании пальцами – к запястью. При выполнении приема ладонной поверхностью наложение осуществляют на тыльную сторону ладони. А если прием проводят тыльной поверхностью, то отягощение происходит за счет наложения кисти на основание ладони. При массажировании кулаком отягощение идет за счет давления на большой и указательный пальцы.

Похлопывание проводят в среднем темпе. Массажирование производят на одном участке, а затем кисть руки перемещают на другой. При этом количество похлопываний достигает нескольких десятков. Иногда прием выполняют в определенном направлении, например поперечном, тогда количество соприкосновений с кожей в одном месте будет равняться 5–6. Похлопывание можно выполнять как одной, так и двумя руками. Отягощение проводят левой рукой, ее ладонь тесно прижимают к запястью правой руки.

Рубление выполняют одной или двумя руками в быстром темпе. Отягощение производят левой рукой, при этом средний палец накладывают на указательный палец правой. Рубление проводят как в продольном, так и в поперечном направлении. После того как массажирование участка выполнено, можно переходить к следующему приему.

//-- Потряхивание --//

При рассеянном склерозе применяют все виды потряхивания: пощипывание, подергивание, встряхивание, потряхивание, стегание, подталкивание.

Пощипывание выполняют большим и указательным пальцами. Небольшой участок мышцы захватывают, оттягивают и отпускают. Прием выполняют в быстром темпе по всему массируемому участку. Пощипывание можно осуществлять одной или двумя руками. Данный прием не предусматривает отягощения.

Подталкивание выполняют концевыми фалангами пальцев. Отягощение при этом практически не применяют. Стегание производят одной, реже двумя руками и также без всякого отягощения.

Подергивание напоминает пощипывание, но в этом случае происходит больший захват массируемого участка. Прием проводят на определенном участке, затем кисть руки смещают на другой участок. Данный прием проводят чаще всего одной рукой, гораздо реже двумя, но отягощение также не применяют.

Потряхивание лучше всего подходит для массажа конечностей. Выполняют его одной или двумя руками, в последнем случае одна из рук будет вспомогательной. Отягощение не предусматривается.

Данный прием завершает серию потряхиваний. На этом массажный сеанс для больного рассеянным склерозом заканчивается.

4. Сирингомиелия

5. Сирингомиелия – это хроническое заболевание, характеризующееся образованием полостей в спинном и продолговатом мозге с развитием обширных зон выпадения болевой и температурной чувствительности.

Выпадение болевой и температурной чувствительности может охватывать различные участки тела. Схематично такие участки могут располагаться наподобие «куртки» или «полукуртки». Заболевание может привести к многочисленным безболезненным ожогам и травмам. Нередко поверхностные повреждения являются началом серьезных травм

внутренних органов.

Иногда возникают грубые артропатии (чаще локтевых и плечевых суставов). При этом сустав резко увеличивается, движения становятся безболезненными и сопровождаются характерным шумом. Это трутся друг о друга костные фрагменты. Болезнь возникает в позднем детстве и может тянуться многие годы.

В большинстве случаев синингомиелия лечится массажем и физкультурой. При обострении процесса и переходе болезни в тяжелую стадию применяют хирургическое вмешательство.

//-- Массаж при синингомиелии --//

При синингомиелии также назначают массажирование. Но при этом следует помнить, что данное заболевание сопровождается потерей температурной и болевой чувствительности на некоторых участках. Приступать к процедурам можно только после того, как эти участки будут выявлены. И хотя больной может не чувствовать воздействия, массажирование нужно проводить осторожно, без лишнего давления. Но также оно не должно быть и очень легким, ведь массаж должен восстановить утраченные функции организма.

При массажировании используют следующие приемы: поглаживание, растирание, разминание, ударные приемы, потряхивание. При синингомиелии массажированию подвергают в основном область спины, живота и груди, так как именно в этих зонах происходит выпадение температурной и болевой чувствительности. Для удобства далее рассматривается массажирование спины, а массаж груди и живота проводят аналогично, с использованием тех же самых приемов. При этом следует помнить, что глубокое надавливание на область груди и живота недопустимо, так как существует опасность повреждения внутренних органов. Массаж в этих зонах проводят поверхностный, а не глубокий, без нажимов и излишнего надавливания.

//-- Поглаживание --//

При заболевании синингомиелией используют различные виды поглаживания. Оно может быть непрерывным и прерывистым, поверхностным и глубоким, а также продольным, поперечным, прямолинейным, зигзагообразным, спиралевидным, кругообразным, граблеобразным, гребнеобразным. Все эти приемы выполняют разными способами. Поглаживание можно производить концевыми фалангами пальцев, подушечками пальцев, ладонью, основанием ладони, тыльной стороной ладони, ребром ладони и пальцами, сжатыми в кулак.

Начинать поглаживание области спины лучше всего подушечками пальцев. Прием можно выполнять непрерывно, поверхностно, в продольном или поперечном прямолинейном направлении. Массажирование производят подушечками только больших пальцев, а также подушечками четырех или всех пяти пальцев. В последнем случае кисть руки будет приподнята, а пальцы сведены вместе, как будто что-то держат.

Поверхностное поглаживание отличается тем, что его проводят легкими движениями, без нажима. Прием следует выполнить 3–4 раза, а затем можно переходить к глубокому поглаживанию. Непрерывистое поглаживание также очень удобно в области спины, так как массажирование проводят без отрыва от поверхности кожи. Но в области груди и живота следует постараться провести точно такое же поглаживание.

Начинать прием следует от основания шеи и вести его до крестцовой области. В этом месте рекомендуется закончить движение и перенести руки в исходную точку, но также можно двинуться в обратном направлении, не отрывая рук от массируемого участка.

В поперечном направлении массажирование проводят аналогично, только движение идет поперек хода мышечных волокон. Массажировать можно двумя руками, установив кисти на

дальней стороне. Начинать воздействие лучше всего от области лопаток. Затем легкими движениями проводят поглаживание на себя. При этом воздействию подвергается вся зона спины. Произведя поглаживание на себя, не отрывая кисти рук от массируемого участка, следует начать движение от себя. На одном месте прием проводят 3–4 раза, затем происходит смещение в другую область. Таким образом постепенно массируют всю зону спины от лопаток до крестца. Легкое поверхностное поглаживание сменяется глубоким, которое проводят на том же самом участке и в том же направлении.

В продольном направлении также производят поглаживание фалангами пальцев, ладонями, основаниями ладони и пальцами, сжатыми в кулак. Техника их выполнения аналогична технике поглаживания подушечками пальцев, но при этом массажное является не поверхностным, а глубоким. И темп поглаживания немного замедляется по сравнению с предыдущими приемами.

Кроме того, в продольном и поперечном направлениях выполняют не только прямолинейное, но также зигзагообразное и спиралевидное поглаживания.

При спиралевидном поглаживании подушечки пальцев выписывают спираль в сторону мизинца. Эти легкие, почти кругообразные движения повторяют от шейного до пояснично-крестцового отдела и в обратном направлении. Если же движение поперечное, то спирали выписывают от дальней массируемой стороны к ближней.

Зигзагообразные движения отличаются большей резкостью в смене массируемого участка. Кисть руки на спине выписывает зигзаги. Как в продольном, так и в поперечном направлении прием выполняют не только подушечками пальцев, но и ладонями, основаниями ладоней и даже пальцами, сжатыми в кулак. Можно также применять все три приема (прямолинейное, зигзагообразное, спиралевидное поглаживание) комбинированно, то есть взаимно менять их при поглаживании. Кроме того, массажное можно выполнять одной или двумя руками. Но в области спины лучше всего проводить приемы обеими руками, так как участок воздействия достаточно большой.

Это также относится к массажированию зоны груди и живота. Здесь все движения следует проводить более мягко, излишне не надавливать, а от массажа пальцами, сжатыми в кулак, лучше вообще отказаться. Но остальные техники выполнения применимы. Зигзагообразное и спиралевидное поглаживания в этих зонах вполне могут сменять прямолинейное, а также все три приема могут быть заменены одним комбинированным. Обозначив условно З – зигзагообразное поглаживание, С – спиралевидное, П – прямолинейное, 1 и 2 – одна и две руки, можно выполнять прием по предложенным схемам. Но в данном случае отягощение не используют, а воздействие проводят подушечками пальцев.

- 1) З1-П2-С1-П2-С1-З1-П2-С1-З2-З1-П1-С1;
- 2) З1-С2-П1-П2-С2-З2-П1-С2-З1-З2-П1-С2;
- 3) С2-П1-З2-П2-З1-С2-П1-П2-С2-П1-С1-З2.

Можно воспользоваться одной из предложенных схем или применять их поочередно в разные дни.

Для выполнения кругообразного поглаживания всегда нужна какая-либо опора. Это могут быть большие пальцы, если поглаживание проводят подушечками четырех пальцев. В данном случае движение идет в сторону мизинца. Опорой могут служить и четыре пальца, если прием проводят подушечками больших пальцев. При кругообразном поглаживании ладонью небольшой упор делают на подушечку большого пальца, а при поглаживании основанием ладони она же будет играть роль опоры, вокруг которой происходит движение. Кругообразное поглаживание можно выполнять одной или двумя руками как в продольном, так и в поперечном направлении.

Граблеобразное поглаживание проводят концевыми фалангами пальцев, которые немного разведены в стороны. Для выполнения данного приема можно использовать большой участок спины. Данный вид поглаживания осуществляют двумя руками. Пальцы должны двигаться навстречу друг другу, а соприкоснувшись, разойтись в разные стороны и вернуться в исходное положение.

6. Гребнеобразное поглаживание производят аналогично предыдущему, но фалангами согнутых пальцев. Поглаживание будет не поверхностным, а глубоким, так как на кожу оказывают более сильное воздействие. При массаже грудной области и живота ограничиваются только граблеобразным поглаживанием; гребнеобразное также можно применить, если выполнять его без нажима. Данный прием лучше всего проводить в продольном направлении, но также можно сделать его и в поперечном. Гребнеобразное поглаживание рассчитано на массаж двумя руками, целесообразно и чередовать при его проведении одну и две руки.

Правильное и последовательное выполнение всех этих приемов хорошо подготавливает организм к следующим видам массажа.

//-- Растирание --//

Растирание применяют вслед за поглаживанием. При его выполнении происходит сильное воздействие на кожу и мышцы. Для массажа спины, груди и живота подходят такие разновидности приема, как продольное, поперечное, прямолинейное, зигзагообразное, спиралевидное, кругообразное и его виды, граблеобразное, гребнеобразное растирания. Используя все эти приемы, можно хорошо растереть кожу и мышцы, чтобы подготовить их для следующего массажного приема.

Растирание выполняют подушечками двух и четырех пальцев, а также подушечками больших пальцев, концевыми фалангами, ладонью, основанием ладони. Растирание может быть как ординарным, так и с отягощением. Довольно часто происходит чередование массажа одной рукой, одной рукой с отягощением и двумя руками.

Растирание лучше всего проводить снизу вверх, то есть с нижней части спины до шейной области. Но грудь и живот лучше массировать сверху вниз, то есть двигаясь от шейного отдела до области живота. При этом воздействие на область живота должно быть гораздо слабее, чем на область груди.

Растирание начинают проводить подушечками двух пальцев. Указательный и средний тесно прижимаются друг к другу или имеют небольшой зазор (до 1 см). Массаж проводят сначала поверхностное, а затем с легким нажимом на протяжении всего участка. Правая и левая рука движутся параллельно вдоль позвоночного столба. У основания шеи массаж заканчивают. После этого руки возвращают в исходное положение и начинают новое движение вверх. Но массаж может быть и непрерывным. В этом случае, пройдя путь снизу вверх, движение продолжается сверху вниз до исходной точки.

Растирание можно выполнять прямолинейно как в продольном направлении, так и в поперечном. В последнем случае кисти рук помещают на ближней стороне и начинают движение от себя. После того как кисти рук дойдут до крайней точки на дальней стороне, происходит возвращение назад, а движение идет к себе.

Массаж проводят не только подушечками двух пальцев. Большой палец также может участвовать в растирании. Данное дополнительное воздействие не является лишним, хотя и не дает такой нагрузки, как указательный и средний пальцы.

Массаж подушечками четырех пальцев в прямолинейном направлении выполняют аналогично массажу двумя пальцами. Движение проводят в том же направлении, но воздействие на участок немного сильнее. Большой палец при этом играет вспомогательную роль. Но он вообще может не участвовать в растирании. При этом он

или отведен в сторону, или тесно прижат к указательному пальцу.

Растирание подушечками больших пальцев производят четырьмя способами. Во-первых, массирование происходит безо всякой опоры, то есть четыре пальца вообще не касаются массируемого участка. Во-вторых, они могут быть приподняты вверх и оставаться в этом положении на протяжении всего массажа. В-третьих, они слегка касаются кожи. При этом большие пальцы движутся вперед по массируемому участку, а четыре пальца совершают движение в том же направлении и осуществляют слабое прикосновение к участку. В-четвертых, четыре пальца приподняты и находятся под углом к массируемому участку. Но при этом основание мизинца касается кожи. В последнем случае пальцы могут быть слегка сжаты в кулак и скользить по коже рядом с массируемой зоной.

Растирание проводят также концевыми фалангами пальцев. В этом случае давление на участок более сильное, и мышцы получают дополнительное воздействие. Растирание ладонью выполняют двумя способами. В первом случае пальцы могут быть приподняты и не касаться поверхности, во втором случае они скользят по поверхности массируемого участка и производят небольшое дополнительное воздействие. Массирование основанием ладони осуществляют так же, как и массирование ладонью. При этом кисть руки приподнята и находится под углом к области спины. Растирания в области груди и живота выполняют точно таким же образом, но учитывая все требования при массаже этих зон.

Растирания проводят не только прямолинейно, но и зигзагообразно. Кисти рук в этом случае движутся как в продольном, так и в поперечном направлении. Точно по такой же схеме проходит спиралевидное растирание. Но движения должны быть более мягкими, когда выписывают спираль. Эти виды растирания применимы также к области груди и живота. Выполнять их следует без излишнего нажима. Все движения осуществляют двумя руками, но для разнообразия можно применять растирание одной рукой и одной рукой с отягощением. Это хорошо делать в том случае, когда используют комбинированное растирание. Однако отягощение применимо только для спинной области; на груди, а особенно на животе оно недопустимо.

Комбинированный прием включает в себя элементы прямолинейного, зигзагообразного и спиралевидного растирания. Лучше всего при выполнении этого приема пользоваться схемами. П – прямолинейное растирание, З – зигзагообразное, С – спиралевидное, цифры 1 и 2 указывают на выполнение приема одной или двумя руками. В том случае, когда цифры отсутствуют, прием проводят двумя руками. О обозначает отягощение. Схемы выполнения таковы:

- 1) П-З-С-П-З-С-З-П-С-З-П-С;
- 2) С-П-З-З-П-С-П-С-З-С-С-П;
- 3) П2-З2-С1-П1-З2-Со-По-С2-З1-П2-Зо-Со;
- 4) П1-С2-З2-С1-Зо-По-С2-П1-Со-П1-П2-Зо;
- 5) С2-По-П1-С2-З2-По-З1-С1-З2-С2-П1-З2;
- 6) Со-П2-З1-По-С2-З2-П1-Зо-С1-П2-С2-З2;
- 7) З1-П1-С2-П2-З1-С2-По-С2-П2-З2-С1-С2;
- 8) По-З2-С1-С1-П2-П1-П2-Со-С2-З1-Зо-П2.

При растирании спинной области можно выбрать любую из подходящих схем и воспользоваться ею. Но если массаж регулярный, то подобными схемами можно пользоваться каждый день. Их разнообразие помогает лучшему воздействию на организм при данном заболевании.

Кругообразное растирание выполняют подушечками пальцев, основанием большого

пальца и основанием ладони.

Если кругообразное растирание проводят подушечками двух пальцев, то большой палец играет роль опоры. Движение осуществляют в сторону мизинца, то есть растирание мышцы происходит от себя. Также движение проводят и в сторону большого пальца. Он в этом случае является опорой, а движение производят к себе. Кругообразное растирание подушечками четырех аналогично растиранию подушечками двух пальцев. Только в этом случае воздействие на участок более сильное. Движения проводят как в сторону мизинца, так и в сторону большого пальца.

При кругообразном растирании подушечками больших пальцев четыре пальца являются опорой, причем основная нагрузка приходится на средний и безымянный пальцы. Указательный при этом скользит по коже, а мизинец едва ее касается. Кругообразное растирание основанием большого пальца выполняют при чуть приподнятой вверх кисти руки, которую располагают под углом к массируемому участку. Движения производят в сторону мизинца.

Круговое растирание ладонью выполняют двумя способами. В первом случае большой палец чуть приподнят вверх и не касается массируемого участка, а во втором случае он тесно прижат к указательному пальцу. Растирание проводят в сторону мизинца. Массирование основанием ладони – достаточно жесткий прием, так как при этом происходит еще и надавливание. Об этом следует помнить при массировании области груди и живота. Давление на грудь не должно быть очень большим, а в области живота оно совершенно недопустимо. Поэтому данный прием следует проводить очень аккуратно.

Последним из видов кругообразного растирания применяют клювовидное. Его проводят как двумя, так и одной рукой, нередко с отягощением. Движения могут идти в продольном и поперечном направлениях по всему массируемому участку. Но в области груди данное растирание следует применять осторожно, а в области живота совсем исключить.

Граблеобразное растирание проводят чуть разведенными в сторону пальцами обеих рук, которые устанавливаются на участке и начинают движения в сторону друг друга. Концевые фаланги пальцев при этом производят воздействие на кожу и мышцы. При растирании происходит сближение кистей, которые, столкнувшись, начинают движение в обратном направлении и расходятся друг от друга. Помассировав определенный участок, кисти рук перемещают на следующий и повторяют прием.

Гребнеобразное растирание также лучше всего проводить двумя руками, а при выполнении его одной рукой следует применять отягощение. Однако это допустимо лишь в области спины. Для массирования груди и живота больше подходит граблеобразное растирание, но гребнеобразное также допустимо, если его проводят аккуратно, без лишнего нажима.

Помимо этих основных приемов, также используют и дополнительные. Среди них штрихование, строгание, пиление. Штрихование выполняют подушечками указательного и безымянного пальцев, сложенных вместе. Лучше всего производить штрихование двумя руками, но можно это сделать и одной рукой, а также одной рукой с отягощением.

Для области груди и живота тоже можно применять штрихование. Но если в области спины движения идут снизу вверх, то для груди и живота лучше применять штрихование сверху вниз. При этом нажим в области груди допускается небольшой, а в области живота он не допускается совершенно. Штрихование выполняют в данном случае одной или двумя руками, но отягощение не используют.

Строгание проводят двумя руками или одной с отягощением. При этом правая рука

выполняет прием, а левая осуществляет отягощение. Для этого пальцы левой руки нужно наложить на тыльную сторону ладони правой руки и крепко прижать. Строгание чаще производят в продольном направлении, реже – в поперечном. Для области груди и живота данный прием применяют редко.

Пиление выполняют ребром ладони. Прием можно проводить как сверху вниз, так и снизу вверх, двигаясь в продольном направлении. Подобное движение можно проделать и в поперечном направлении. Для области груди и живота данный прием не подходит, так как является очень сильным и резким.

Проделав все эти приемы, можно завершить растирания и переходить к следующему массажному приему.

//-- Разминание --//

При заболевании синдромом Рейтера применяют следующие виды разминания: ординарное, двойное ординарное, двойное кольцевое, гребнеобразное, двойной гриф, кругообразное, а также накатывание, сдвигание, надавливание, растяжение, подергивание, сжатие. Их проводят концевыми фалангами пальцев, фалангами согнутых пальцев, ладонями, основаниями ладоней. Чаще всего для разминания используют две руки, но также это может быть одна рука или одна рука с отягощением. Любое разминание проводят с захватом мышцы, которая подвергается более интенсивному воздействию, чем при предыдущих приемах массажа.

Ординарное разминание выполняют с захватом мышцы прямыми пальцами. Кисть плотно прилегает к массируемому участку. Воздействие производят на всю область спины. Для массажа области груди и живота применяют ту же самую технику выполнения. Но область груди массируют умеренно, а область живота – очень слабо.

Ординарное разминание проводят как в продольном, так и в поперечном направлении, а также зигзагообразно или по диагонали. Это дает дополнительное воздействие на массируемый участок. Двойное ординарное разминание представляет собой два ординарных разминания. При этом правая рука массирует область спины, а левая движется за ней по тому же самому участку. Таким образом производят двойное воздействие.

Двойного воздействия можно добиться с помощью выполнения приема двойного грифа. Данное разминание производят с отягощением, которое имеет два способа выполнения. В первом случае отягощение производят пальцами левой руки, которые накладывают на пальцы правой руки таким образом, чтобы большой палец совпадал с большим пальцем, указательный с указательным и т. д.

Во втором случае на большой палец правой руки оказывает давление основание ладони левой руки. При выполнении приема нужно подобрать отягощение, которое больше всего подходит. Следует отметить, что ординарное разминание применяют для массажа области груди и живота, но выполняют осторожно, особенно в области живота. Двойной гриф на этой стороне тела не применяют.

Двойное кольцевое разминание производят с захватом мышцы и ее смещением. Большой и остальные пальцы находятся по разные стороны массируемого участка. При разминании одна рука производит движение на себя, а другая – к себе. Получается перекрестное смещение мышцы. Двойное кольцевое разминание проводят как в продольном, так и в поперечном направлении. Данный прием может выполняться только двумя руками. Все движения проводят плавно, без резких рывков, но не исключая небольшого нажима на массируемый участок. Подобное массирование подходит для области груди, если не делать нажима, но для массажа живота не применяют.

Кругообразные разминания можно начинать с массажа спины концевыми

фалангами больших пальцев. При этом четыре пальца согнуты и играют роль опоры. Большой палец движется по окружности, с силой сдавливает участок мышцы и продвигает его к четырем пальцам. При этом при движении образуется небольшая складка, которая тут же расходуется, как только большой палец возвращается в исходное положение.

Область груди и живота массируют данным способом осторожно, без нажима и лишнего надавливания.

При разминании концевыми фалангами четырех пальцев большой палец играет роль опоры. Он наполовину согнут и сильно прижат к коже. Четыре пальца совершают кругообразные движения в сторону мизинца, постепенно разминая весь массируемый участок. Так же массируют и грудь, и с осторожностью – живот.

Клювовидное кругообразное разминание также выполняют концевыми фалангами пальцев, но при этом они собраны в виде розетки. Проводят его с нажимом в сторону мизинца. Данное разминание выполняют как одной, так и двумя руками, но в последнем случае это делают с отягощением. Отягощение проводят левой рукой, которая ладонной поверхностью крепко прижимается к тыльной стороне ладони правой руки возле запястья. Клювовидное разминание проводят как в продольном, так и в поперечном направлении. Без лишнего нажима таким образом массируют область груди и верхнюю часть живота. Но на всей области живота данное разминание применять не следует.

Гребнеобразное разминание проводят фалангами согнутых пальцев. Их помещают на участке и начинают взаимное движение в сторону друг друга. Пальцы при этом чуть разведены. Мышца подвергается разминанию, между кистями рук образуется небольшая складка. Гребнеобразное разминание лучше не проводить одной рукой, так как при выполнении приема двумя руками воздействие гораздо сильнее и эффективнее. Подобным образом массируют область груди и живота, но всякий нажим на этих участках исключается.

Граблеобразное разминание выполняют аналогично. В этом случае массирование производят не фалангами согнутых пальцев, а кончиками распрямленных пальцев. Кисти рук движутся навстречу друг другу. Область груди и живота массируют точно так же, как и область спины.

Накатывание осуществляют двумя руками. При этом одна из них выполняет роль опоры. Ее прочно фиксируют на одном месте, а другой рукой совершают движение мышцы на этот фиксированный участок. Происходит своеобразный накат, или наплыв, мышцы. Разминание проводят плавными круговыми движениями. Прием повторяют на одном месте 2–3 раза, после чего левая рука переходит на следующий участок, а правая совершает новое накатывание. Прием можно проводить как в продольном, так и в поперечном направлении. В области груди и живота данное массирование не проводят.

Разновидностью накатывания является перекатывание. Данный вид разминания выполняют основанием ладони. Для этого мягкий выступ большого пальца устанавливают на участок, а затем кисть руки поворачивают, совершая перекат от большого пальца к мизинцу. Прodelав перекатывание на одном месте 2–3 раза, можно переходить на следующий участок. Движение лучше всего осуществлять в поперечном направлении. Если перекатывание проводят двумя руками, то лучше всего двигаться в разные стороны. Но одностороннее движение обеспечивает двойное воздействие на участок.

Перекатывание можно выполнять с отягощением. Его проводят двумя способами. Во-первых, ладонь левой руки налагают на тыльную сторону ладони правой руки таким образом, чтобы пальцы совпали. Во-вторых, отягощение осуществляют наложением ладони левой руки на тыльную сторону ладони правой руки около запястья в поперечном

направлении. Перекачивание одной рукой подходит для массажа области груди и живота, но всякое отягощение исключается.

Сдвигание проводят концевыми фалангами пальцев. Этот прием осуществляют двумя руками. Пальцы рук слегка разведены в стороны и направлены навстречу друг другу. При сдвигании между кончиками пальцев образуется небольшая складка. Выполняют прием короткими быстрыми движениями. Сдвигание лучше всего выполнять двумя руками, но если проделывать его одной рукой, то необходимо отягощение. Его проводят наложением ладони левой руки на ладонь правой таким образом, чтобы пальцы левой руки оказались на тыльной стороне ладони правой, а ладонь левой руки – на пальцах правой. При массаже груди и живота воздействие происходит аналогичным образом, но рывки не такие сильные. Нажим или отягощение на данной области не применяют.

Растяжение проводят иным способом, чем сдвигание. Пальцы устанавливают на массируемой зоне точно так же, как в предыдущем случае, но не сближают участки кожи, а раздвигают их. Проводить растяжение лучше в поперечном направлении. Массаж в области живота и груди осуществляют безо всякого нажима или давления.

Все разновидности надавливаний без ограничений применяют при массаже спины. Данный прием выполняют фалангами пальцев, ладонью, основанием ладони. Надавливание подушечками больших пальцев в области груди проводят с небольшим нажимом, а в области живота данный прием не используют. Его можно производить как в продольном, так и в поперечном направлениях, а также хаотично по всей области спины. Данный прием лучше всего проводить двумя руками таким образом, чтобы они двигались по массируемой зоне параллельно. В случае применения одной руки используют отягощение. Его осуществляют наложением ладони левой руки на тыльную сторону ладони правой руки с давлением на большой палец. Разумеется, при массаже области груди отягощение не применяют.

Надавливания проводят также концевыми фалангами четырех пальцев. При этом большой палец тесно прижат к указательному или слегка касается кожи. Надавливание выполняют чуть разведенными в стороны пальцами, словно они что-то держат, кисть руки при этом должна быть слегка поднята. В продольном направлении движение кистей рук параллельное, проводят сверху вниз и снизу вверх. Но в поперечном направлении лучше всего подходит движение навстречу друг другу или в обратном направлении друг от друга.

Надавливание ладонью можно проводить в двух направлениях, как в продольном, так и в поперечном. При этом при продольном движении лучше всего осуществлять надавливания попеременно то правой, то левой рукой. При поперечном направлении кисти рук могут двигаться навстречу друг другу или друг от друга.

Данный прием лучше всего выполнять в медленном темпе, а само надавливание производить в течение 4–5 секунд, затем уже переносить ладонь на следующий участок. При массаже области груди и живота сильного нажима быть не должно. Во всем остальном прием выполняют точно так же, как и при массаже спины.

Надавливание основанием ладони по технике выполнения ничем не отличается от предыдущего приема, только проводят его более энергично. Прием лучше выполнять в медленном темпе, задерживаясь на участке на 3–5 секунд, а затем переместиться на следующий участок. Движение может идти в любом направлении, а также допускается хаотичное.

Подергивание осуществляют тремя пальцами – большим, указательным и средним, которые захватывают мышцу и совершают ее массаж. Направление движений при выполнении данного приема продольное и поперечное, но также они могут быть и

хаотичными.

Данный прием можно проводить как двумя, так и одной рукой, но отягощения в этом случае не требуется. Область груди и живота массируют точно таким же образом, как и область спины.

Сжатие осуществляют всеми пальцами, их немного разводят в стороны и налагают на участок. Затем кисть руки немного приподнимают, и пальцы стягивают кожу, как бы сминают ее в складку. Сжав массируемый участок, в таком положении можно оставаться 2–3 секунды, а затем вернуться в исходное положение. Сжатие проводят как в продольном, так и в поперечном направлении при прямолинейном движении по участку. При массаже груди и живота нужно следить за тем, чтобы не было сильного давления на участок.

Проминание – последний из приемов, который применяют при разминании. Его осуществляют фалангами согнутых пальцев. При проминании производят пережатие от указательного пальца в сторону мизинца. Мышцу при этом энергично массируют. Проминания выполняют в разных направлениях. Это может быть прямолинейное продольное или поперечное направление. А также проводят кругообразные движения в сторону мизинца. Помимо этого, при проминании используют сходящееся и расходящееся движения. В этом случае при расходящемся движении указательные пальцы отталкиваются друг от друга, а при сходящемся движении они будут сталкиваться.

Проминание можно выполняться как ordinarily, одной или двумя руками, так и с отягощением. Отягощение обеспечивают двумя способами: во-первых, наложением ладони левой руки на тыльную сторону ладони правой руки, то есть поперечное направление; во-вторых, наложением ладони левой руки на тыльную сторону ладони правой руки так, чтобы пальцы левой руки касались пальцев правой руки, то есть располагались вдоль. При массаже груди и живота отягощение неприменимо, а в остальном данные области массируют тем же самым способом, что и область спины.

Данный прием завершает разминания и дает возможность перейти к следующему приему.

//-- Ударные приемы --//

Среди ударных приемов при синдроме миелит применяют пунктирование, поколачивание, похлопывание и рубление. Все они имеют несколько разновидностей выполнения.

Пунктирование проводят концевыми фалангами пальцев. При этом оно может осуществляться фалангой большого пальца или любого из остальных четырех. Кроме этого, его проводят фалангами двух, трех, четырех или пяти пальцев. Пунктирование выполняют в быстром темпе. Прикосновение может быть не очень сильным, также используют нажим. Нажим подходит только для области спины, а легкое пунктирование применимо для массажа груди и живота.

Направление движения при пунктировании может быть продольным или поперечным, идти по диагонали или хаотично и меняться в течение процедуры. Сначала 1–2 минуты прием выполняют в продольном направлении, затем столько же времени в поперечном, после этого в диагональном и, наконец, в хаотичном. Это возможно сделать как в области спины, так и в области груди и живота.

Поколачивание осуществляют несколькими способами. При поколачивании фалангами предусматривается выполнение этого приема любым количеством пальцев, от 1 до 5. Кисть руки должна быть слегка приподнята и хорошо расслаблена. Удары наносят быстро и энергично. Кисть руки совершает сильные маховые движения. При поколачивании ладонью пальцы выпрямлены и подняты вверх, большой палец при этом отставлен в сторону и не

касается поверхности массируемого участка. Поколачивание применяют при массаже груди, но осторожно. Массаж живота подобным образом не проводят.

Такой прием, как рубление, выполняют ребром ладони. При рублении пальцы выпрямлены и тесно прижаты друг к другу. При проведении приема они не касаются поверхности массируемого участка. Рубление, в отличие от поколачивания, выполняют в быстром темпе. Это жесткий прием, который следует завершить за 1–2 минуты. Рубление проводят в поперечном направлении. Его можно осуществлять как одной, так и двумя руками. Данный прием иногда проводят с отягощением, в этом случае ладонь левой руки плотно прижимают к запястью правой. Рубление совершенно неприменимо при массаже области груди и живота. К тому же следует помнить, что при данном заболевании выпадает болевая чувствительность, поэтому, чтобы избежать синяков и ушибов, прием следует проводить с умеренным нажимом.

Похлопывание выполняют пальцами, ладонью, ребром ладони, основанием ладони. Все удары наносят хорошо расслабленной кистью. Расстояние при ударе от отправной точки до массируемого участка несколько больше, чем при поколачивании. Расслабленными пальцами наносят быстрые движения в продольном направлении по всему массируемому участку. Похлопывание проводят как сверху вниз, так и снизу вверх. Кроме этого, можно проделать движения хаотично.

Похлопывание ладонью проводят подобным же образом, только массируемый участок будет несколько больше. Этот прием выполняют как в продольном, так и в поперечном направлении, а также по диагонали и хаотично. Похлопывание ребром ладони выполняют при несколько развернутой кисти руки таким образом, чтобы удар осуществлялся не самим ребром, а переходом ребра ладони в ее тыльную поверхность. Удары наносят расслабленной кистью в среднем темпе. Лучше всего данный прием выполнять одной рукой, продвигая ее по участку в продольном направлении. Но также можно наносить удары и хаотично. Отягощение в этом случае не предусматривается.

Похлопывание основанием ладони также осуществляют в среднем темпе. Данный прием хорошо проводить одной рукой, но без отягощения. Кисть руки при этом совершает активные движения, она резко выпрямляется, как будто толкает массируемый участок. Направление движения может быть любым, но чаще всего оно продольное или хаотичное.

Похлопывание применяют и для массажа области груди и живота. Давление на участок в этом случае более легкое, а в остальном такое же, как и при массаже спинной области. Данный прием завершает серию ударных приемов, потом можно переходить к следующим видам массажа.

//-- Вибрация --//

Непрерывистую вибрацию осуществляют постоянным колебательным движением по всему участку, которые проводят в течение 30–40 секунд. Прерывистую вибрацию проводят с отрывом кистей рук от участка и с небольшим перерывом в 1–2 секунды, после чего движение продолжают с того же самого места, где оно было прервано.

Непрерывистую вибрацию проводят фалангами пальцев, ладонью, основанием ладони. Пальцы устанавливают на участке и начинают совершать колебательные движения. Проведя их в течение 5–7 секунд, перемещают кисть руки дальше, но пальцы рук при этом не отрывают от зоны массажа. Пройдя таким образом в продольном направлении по всей поверхности спины, можно вернуться в исходное положение и снова начать двигаться снизу вверх, но также можно двинуться в обратном направлении и проделать путь сверху вниз.

Подобным же образом проводят непрерывистую вибрацию ладонью или основанием ладони. Кисть руки при этом должна быть расслаблена, а вибрацию проводят в быстром, среднем или медленном темпе. Смена темпа оказывает хорошее воздействие на кожу и мышцы при массаже участка.

Прерывистая вибрация по технике выполнения аналогична предыдущему приему, за исключением небольших перерывов, о которых уже упоминалось. Вибрацию осуществляют не только в области спины, но также в области груди и живота.

//-- Потряхивания --//

Среди потряхиваний при данном заболевании применяют собственно потряхивание, встряхивание, стегание, сотрясение, подталкивание.

Потряхивание проводят при захвате мышцы двумя пальцами – указательным и большим. Они немного оттягивают захваченный участок мышцы на себя, а затем быстрым и легким движением производят потряхивание. На одном месте проводят 2–3 потряхивания, после чего кисть руки смещают. Прием проводят в поперечном направлении. Но движение также может пройти по диагонали или хаотично. Потряхивание лучше всего проводить одной рукой. Если при этом имеется отягощение, то левая рука плотно обхватывает кисть правой руки. При массаже области груди данный прием выполняют точно так же, как и в области спины. Но при массаже живота нужно быть осторожнее, чтобы не вызвать неприятных ощущений.

При выполнении сотрясения пальцы или ладонь плотно прижимают к участку тела, и при этом кожу и мышцы значительно смещают. Прием проводят как в продольном, так и в поперечном направлении, а также осуществляют по диагонали или хаотично. Для массажа области груди никаких ограничений не предусматривается, при массаже живота следует соблюдать осторожность или вообще отказаться от данного приема.

При встряхивании мышцу оттягивают и с двух сторон сдавливают пальцами, а затем производят встряхивание захваченного участка. Выполняют прием в поперечном направлении, так как оно наиболее удобно. При встряхивании лучше не применять отягощения. Для грудной области прием осуществим, хотя проделывать его следует, соблюдая осторожность. В области живота подобное массирование не применяют.

Стегание проводят концевыми фалангами пальцев, которые производят удары по касательной. При этом возникает ощущение легкого ожога. Стегание можно осуществлять одной или двумя руками. Лучше всего в этом случае наносить удары попеременно. Прием проводят в поперечном направлении таким образом, чтобы руки двигались навстречу друг другу. Легкое стегание применимо для массажа и груди, и живота.

Подталкивание выполняют преимущественно фалангами пальцев, но также проводят ладонью и основанием ладони. При подталкивании одна из рук является ведущей, а другая вспомогательной. Вспомогательную руку устанавливают на участке в фиксированном положении, а основная рука осуществляет подталкивание кожи и мышцы в этом направлении. Прделав движения на одном месте, следует перейти на другой участок. Выполнение приема основанием ладони и ладонью проводят аналогичным образом. При массаже груди и живота данный прием выполняют без лишнего надавливания. Нажим в области живота неприемлем.

Данный прием завершает потряхивания, а также весь массажный сеанс при заболевании сирингомиелией.

Самомассаж при нервных заболеваниях

При нервных заболеваниях эффективен не только массаж, но и самомассаж. А используемый в профилактических целях, он не даст болезни завладеть организмом. Иногда это очень важно, так как многие заболевания нервной системы являются хроническими. Самомассаж способствует оздоровлению всех систем организма, но также помогает лучше познать свое тело и помочь ему нормально функционировать. Не дожидаясь приезда врача, больной сможет сам

облегчить свое состояние.<

> Самомассаж нужно выполнять в хорошо проветренном помещении, с температурой воздуха не ниже 20–22 °С. Перед проведением сеанса рекомендуется принять теплый душ или обтереть область массирования полотенцем, смоченным теплой водой. Чтобы руки не скользили по коже, можно использовать тальк или присыпку. Кроме того, рекомендуется применять кремы и лечебные мази. Впитываясь в кожу при массировании, они помогают при лечении.

Для выполнения приемов самомассажа лучше всего сесть на удобную поверхность, которая не является очень мягкой или очень твердой. Подойдет стул или кушетка. Если требуется массаж нижних конечностей, то лучше заранее позаботиться о дополнительной подставке.

При самостоятельном массировании тела используют такие приемы, как поглаживание, растирание, разминание, потряхивание и ударные приемы. Завершать серию массажных приемов лучше всего поглаживанием. С данного приема сеанс начинают, им же его и заканчивают.

По технике выполнения массажные приемы не должны сильно различаться, если их выполняют на разных участках тела, хотя некоторая специфичность имеет место. Приемы самомассажа проводят чаще всего фалангами пальцев, но также используют ладонь, основание ладони, ребро ладони и пальцы, сжатые в кулак.

//-- Использование приемов самомассажа при мононевропатиях --//

При данном виде заболевания применяют локальный самомассаж. Это значит, что при неврите локтевого нерва следует заняться массированием зоны плеча, предплечья и локтя и т. д. При данном заболевании производят поглаживание концевыми фалангами пальцев и основанием ладони по больному участку. Движение проводят снизу вверх. Применяют прямолинейное, зигзагообразное, спиралевидное, щипцеобразное, а также граблеобразное и гребнеобразное поглаживания.

Растирание проводят аналогично поглаживанию: направление движения и приемы очень похожи на поглаживание, но воздействие на участок более интенсивное. При неврите локтевого нерва применяют ординарное разминание, выполняемое сверху вниз. Поколачивание, пунктирование, рубление, похлопывание также допустимы при самомассаже.

При неврите лучевого и срединного нерва применяют те же самые приемы, что и при неврите локтевого нерва, но зона самомассажа смещается несколько ниже. Она захватывает запястье, кисть и пальцы. Все приведенные выше приемы применимы для самомассажа верхних конечностей.

При невритах седалищного, бедренного, малоберцового и большеберцового нервов также применяют поглаживание, растирание, разминание и ударные приемы. Все их выполняют аналогично, за исключением зон массирования. Чтобы не ошибиться при выборе массажа на нужной зоне, рекомендуется обратиться к главе «Нервные заболевания и их лечение», разделу «Мононевропатии».

//-- Использование приемов самомассажа при невропатии лицевого нерва --//

При данном заболевании поражается одна из сторон лица, поэтому важно проводить самомассаж волосистой части головы и лица, уделяя особенное внимание пораженной половине. Массирование лучше всего выполнять перед зеркалом:

в этом случае легче будет контролировать проведение массажных приемов.

Начинать самомассаж головы и лица лучше всего с поглаживания. Сначала проводят поглаживание волосистой части головы в направлении ото лба к затылку и от середины макушки к ушным раковинам, а затем можно переходить непосредственно к массированию лица. Сначала выполняют самомассаж на больной половине, затем те же самые приемы применяют для здоровой. Поглаживание начинают от середины лба к виску, затем перемещают руку на область брови. После этого очень бережно массируют область глаза и веко, потом

можно обработать область носа и приступать к массажу щек, подбородка и челюстей. Также при самомассаже головы и лица нужно уделить немного времени массажу шейного отдела.

Но самомассаж лица не ограничивается поглаживанием. После него применяют растирание. Это более энергичный прием, который помогает восстановить функционирование пораженного участка. Все движения и направления полностью повторяют приемы поглаживания. Разминание еще более эффективный прием, так как при его использовании происходит более глубокое воздействие на мышцы, но он подходит не для области лба, висков и глаз, а для массажа щек, подбородка, челюстей. Об этом не следует забывать.

Из ударных приемов для самомассажа головы и лица рекомендуются легкое похлопывание и пунктирование. Ими завершают массажный сеанс, но можно по окончании массажа провести ладонями по всему участку. Это легкое прикосновение будет хорошим завершением самомассажа лицевой области и области головы при невропатии лицевого нерва.

//-- Использование приемов самомассажа при паркинсонизме --//

Выполнение самомассажа может затрудняться непроизвольными движениями, дрожанием мышц, а также внезапными импульсами. Но все-таки стоит попробовать сделать самомассаж. Проводить его следует в медленном темпе, начиная с поглаживания.

Нужно постараться применить все виды поглаживаний, приведенные выше, а затем перейти к растиранию. Если выполнять приемы трудно, то можно избрать какой-нибудь легкодоступный участок и тренироваться на нем или ограничиться коротким сеансом. Но все-таки следует каждый день стараться уделять время для самомассажа. Выполнять его можно лежа в кровати, находясь в удобном положении.

//-- Использование приемов самомассажа при полиневропатиях --//

При данном заболевании поражаются конечности, а также тазовая область. Самомассаж также может быть достаточно затруднительным, но его все-таки стоит выполнить. Сначала нужно попытаться провести самомассаж верхних конечностей, применяя для этого поглаживание, растирание, разминание и ударные приемы. Если растирание и разминание проводить трудно, то следует уделить этим приемам 1–2 минуты, но постепенно нужно стараться увеличивать продолжительность их проведения.

Затем следует переходить к самомассажу тазовой области и нижних конечностей. Массирование можно выполнять, лежа в постели. Приемы используют те же самые: поглаживание, растирание, разминание и ударные приемы. Рекомендуется начинать с тех приемов, которые получаются лучше, и сначала применять их, а затем постепенно добавлять более трудные. Завершить серию самостоятельного массажа при полиневропатиях лучше всего поглаживанием.

//-- Использование приемов самомассажа при рассеянном склерозе --//

При данном заболевании самомассаж можно использовать по полной программе, уяснив для себя, что это очень важное средство для ремиссий или полного выздоровления. Пренебрегать самомассажем не следует, так как он хорошо воздействует на центральную нервную систему. Даже в периоды обострений не следует совсем отказываться от самомассажа. Если трудно выполнить его полностью, то можно воспользоваться теми приемами, которые даются легче всего.

//-- Использование приемов самомассажа при сирингомиелии --//

При заболевании сирингомиелией следует помнить о том, что организм на некоторых участках не чувствителен к боли, поэтому при проведении самомассажа следует соблюдать известную осторожность: не давить сильно, но стараться совершать умеренное давление, так как при поверхностном прикосновении не будет достигаться нужный эффект. При сирингомиелии можно проводить самомассаж грудной области, боков, по возможности спины,

пояснично-крестцовой и тазовой областей. Конечности, как правило, температурной и болевой чувствительности не теряют.

При самомассаже следует уделить внимание поглаживанию, ударным приемам, но особенно растиранию и разминанию. Самомассаж лучше всего выполнять перед зеркалом, чтобы наблюдать за движением по участку. Не следует долгое время задерживаться на одном месте, нужно постоянно перемещать руки и стараться использовать все виды поглаживания, растирания, разминания и ударных приемов.

МАССАЖ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Данная глава посвящена использованию массажа при лечении заболеваний органов пищеварения. К ним относятся хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и кишечника. Данными болезнями страдает от 60 до 90 % населения разных стран.

Причины заболеваний различны: неправильное питание, нервные стрессы, тяжелая работа, некачественные продукты, плохая экологическая обстановка. Сейчас наука во многом продвинулась вперед в диагностировании этих болезней и предлагает множество препаратов для их лечения. Но, к сожалению, следует отметить, что число подобных заболеваний увеличивается.

Одно из действенных и совершенно безвредных средств, которые помогают справиться с заболеваниями органов пищеварения, – лечебный массаж. Следует сказать, что массажирование только в том случае даст желаемый результат, если будет использовано в комплексе с другими лечебными средствами. Каждому больному нужно прежде всего изменить распорядок дня, составить четкий план питания, применять ежедневно массаж, растирания, заниматься лечебной физкультурой.

Хронический гастрит

Хронический гастрит является самым распространенным заболеванием органов пищеварения. Во многих странах гастритом страдают более 90 % населения, но даже в развитых европейских государствах – таких, например, как Финляндия или Швеция, хронический гастрит наблюдается у 60 % населения. В последнее время заболевание значительно «помолодело». Даже в 5-6-летнем возрасте зарегистрированы случаи хронического гастрита.

Данное заболевание характеризуется повреждением слизистой оболочки желудка, при котором страдают железы, вырабатывающие соляную кислоту, пепсин, слизь. При гастрите ухудшаются процессы регенерации клеток, а в результате этого нарушается функция желудка. Эти нарушения могут быть двух видов: повышенный уровень соляной кислоты (хронический гастрит с повышенной секреторной активностью) и пониженный уровень соляной кислоты (хронический гастрит с пониженной секреторной активностью).

Причины, вызывающие хронический гастрит, разнообразны. Наиболее распространенные вызваны неправильным питанием: недоеданием, перееданием, нерегулярным питанием, употреблением грубой, острой пищи, алкоголя. Однако указанные факторы хотя и играют, безусловно, большую роль в развитии хронического гастрита, однако не являются его первопричиной. Много ли людей, которые питаются абсолютно правильно в условиях современной жизни? Многие ли употребляют высококачественные натуральные продукты? Но

ведь не все болеют хроническим гастритом.

Как показали исследования последних лет, сделанные в крупнейших институтах Европы и Америки, первопричиной заболевания могут быть иммунные нарушения в организме (выработка антител к клеткам слизистой оболочки). Причиной заболевания могут стать особые кислотоустойчивые бактерии, способные жить в условиях очень кислой среды желудка. Немаловажным фактором специалисты считают и наследственную предрасположенность к заболеванию.

Для диагностики хронического гастрита используют фиброгастроскопию, исследование желудочного сока, рентгенологическое обследование желудка. При фиброгастроскопии в желудок вводят специальный тонкий зонд, с помощью которого производят осмотр слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

При хроническом гастрите с повышенной секреторной деятельностью больных беспокоят боли в желудке, возникающие натощак, а иногда по ночам, изжога, отрыжка, склонность к запорам. Этот гастрит считается предъязвенным состоянием, и принципы его лечения такие же, как и при язвенной болезни.

Если же наблюдается хронический гастрит с пониженной секреторной деятельностью, то беспокоят не боли, а чувство переполненности желудка, тяжесть после приема пищи, тошнота, иногда поносы. При лечении гастрита этого вида рекомендуется желудочный сок, ацидин-пепсин, абомин. Целесообразно использовать высокоминерализированные воды («Славянская», «Смирновская», «Арзни», «Ессентуки» и др.) в прохладном виде, с газом. Вместо них можно употреблять отвары лекарственных трав: подорожника, ромашки, зверобоя, цветков календулы, мяты, полыни.

Для восстановления слизистой желудка рекомендуются поливитамины, пентоксил, рибоксил, облепиха. Неоценимое значение при хроническом гастрите имеют лечебное питание, очищающие диеты, массаж области живота.

Хронический гастрит опасен тем, что способствует развитию других заболеваний органов пищеварения, среди которых рак желудка. Поэтому необходимо использовать всевозможные средства для лечения данного заболевания.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – хроническое заболевание, характеризующееся образованием язвенных дефектов слизистой.

Язва желудка развивается по нескольким причинам: из-за повышенного образования соляной кислоты, что вызывает воспаление слизистой и возникновение язвы, или из-за потери способности слизистой желудка защищаться от агрессивного желудочного сока. Факторы агрессии называют факторами первой группы, факторы защиты – факторами второй группы.

К факторам агрессии относятся: избыточное количество соляной кислоты и пепсина (повышенное количество специализированных клеток желудка, вырабатывающих эти вещества), ускоренная моторика желудка, то есть быстрое продвижение не успевшей пройти достаточную обработку пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку; желчные кислоты и ферменты поджелудочной железы, которые могут попадать в желудок, а также другие причины. Поэтому обострение язвенной болезни могут провоцировать условия, влияющие на факторы агрессии: алкоголь, курение, нарушение режима питания, бактерии, вызывающие хронический гастрит.

К факторам защиты относят слизь, вырабатываемую в желудке, способность к

регенерации клеток слизистой, достаточный кровоток, щелочной компонент сока поджелудочной железы и другие. Ослабевают факторы защиты при хроническом гастрите и других заболеваниях, стрессах, авитаминозах. Нарушение равновесия между факторами агрессии и защиты приводит к образованию язвенного дефекта.

Диагностируют язвенную болезнь с помощью фиброгастроуденоскопии с биопсией (отщипыванием) кусочка слизистой около язвенного дефекта для исследования.

Язвенная болезнь имеет, как правило, хроническое течение, то есть периоды обострения сменяются периодами ремиссии, во время которых язвенного дефекта не обнаруживается (на месте язвы остаются небольшие рубцы). Для язвенной болезни характерны сезонные обострения: осенью и весной. Раньше считалось, что язвенная болезнь – это заболевание, более характерное для молодых мужчин. Однако в настоящее время она все чаще возникает у женщин.

Клинические проявления язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки не одинаковы. Для язвенной болезни желудка типично появление болей в подложечной области через 20–30 минут после еды, тогда как при язве двенадцатиперстной кишки боли появляются натощак, по ночам, а при приеме пищи, наоборот, затихают. Язвенная болезнь может сопровождаться изжогой, тошнотой. Иногда из-за того, что язва кровоточит, появляется стул черного цвета. Может изменяться и характер болей: острые кинжальные или постоянные, упорные, не снимающиеся лекарствами. Появление жидкого черного стула и рвоты может свидетельствовать об осложнениях язвенной болезни.

В лечении язвенной болезни ведущую роль играет правильно организованное питание с учетом стадии болезни, кислотности желудочного содержимого, а также сезона года.

Медикаментозное лечение язвенной болезни предусматривает воздействие как на факторы агрессии, так и на факторы защиты. В первом случае используют лекарства, снижающие секрецию соляной кислоты и уменьшающие моторику желудка. Это гастроцептин, метацин (противопоказан при глаукоме, так как может вызвать сухость во рту), атропин (также противопоказан при глаукоме, потому что вызывает нарушение зрения, сухость во рту, сердцебиение). К этой же группе относят лекарства иного механизма действия: циметидин, тагамет, гистодил, ранитидин. К препаратам, снижающим агрессивность желудочного содержимого, относят также антациды, которые нейтрализуют повышенную кислотность: алмагель, викалин, викаир, фосфалюгель, окись магния (жженая магнезия), смесь Бурже. Прием этих лекарств нужно приурочивать к моменту, когда пища, которая также обладает ощелачивающим действием, покидает желудок и свободная соляная кислота снова может воздействовать на слизистую. То есть лекарства важно принимать строго через 1,5–2 часа после приема пищи и на ночь. При лечении язвенной болезни обычно используют сочетание антацидов с одним из указанных выше лекарств. Например, алмагель и метацин, викалин и циметидин и т. д.

К средствам, влияющим на факторы защиты, относят такие лекарства, как денол, вентер, сукральфат. Они создают над язвой защитную пленку, препятствующую действию желудочного сока, а кроме того, обладают антацидным действием. Эти препараты можно использовать по отдельности или сочетать с группой циметидина и гастроцептина. Традиционными средствами, влияющими на заживление язвы, всегда считались оксиферискарбон, солкосерил, гастрофарм, винилин, облепиховое масло, биогастрон, витамины группы В, аскорбиновая кислота, метилурацил. Но все они являются не самостоятельными, а дополнительными способами лечения.

В последнее время, учитывая, что причиной язвенной болезни могут быть микроорганизмы, в лечении используют антибактериальные средства: ампициллин, трихопол и др. Их сочетают с

препаратами перечисленных групп.

Длительность заживления язвы составляет в среднем 6–8 недель. Лечение больных проводят в стационаре, затем дома под наблюдением врача. Больной проходит через определенные промежутки времени фиброгастроскопический контроль. После того, как острая стадия язвенной болезни минует, назначают лечебный массаж, который затем сменяют профилактическим.

Заболевания желчного пузыря

Нередко больные жалуются на боли в печени, однако в большинстве случаев за этим стоит патология желчного пузыря и желчевыводящих путей. Эти заболевания разделяют на обменные (желчнокаменная болезнь), воспалительные (холецистит), функциональные (дискинезия). Дискинезия проходит без воспалительных процессов, но с нарушением моторики желчного пузыря. Дискинезии наблюдаются наиболее часто, преимущественно у молодых людей.

Желчный пузырь собирает желчь из печени, где она образуется, и в процессе пищеварения, сокращаясь, выделяет желчь, которая необходима для расщепления жиров. При дискинезии возникает нарушение регуляции работы желчного пузыря. Пузырь или очень плохо сокращается (находится в расслабленном состоянии), и желчь из него постоянно вытекает (гипотоническая форма дискинезии), или, наоборот, пузырь спазмирован, сокращен, не выделяет желчи (гипертоническая форма дискинезии).

При гипотонической форме заболевания у больных часто наблюдаются ноющие, тупые, длительные (в течение нескольких часов, а иногда и дней) боли и ощущение тяжести в правом подреберье, возникающее после нервных стрессов, переутомления, в результате нерегулярного питания. При этой форме заболевания показаны желчегонные средства, способствующие выделению желчи и сокращению желчного пузыря, иначе желчь будет застаиваться, что приведет к образованию камней.

Такие средства, как ксилит, сорбит и сернокислая магнезия, хорошо использовать при проведении слепого зондирования (тюбажа), которое назначают больным с гипотонической формой дискинезии желчного пузыря и выполняют при обострении 2–3 раза в неделю. Утром натощак принимают раствор магнезии, карловарскую соль или другие средства: ксилит, сорбит, два желтка, стакан минеральной воды и др. В течение 30–40 минут больной лежит на правом боку с грелкой. При этой форме дискинезии показаны высокоминерализованные воды, применяемые в холодном виде, с газом (за 30–40 минут до еды). Желчегонным действием обладают некоторые травы. При лечении используют мяту перечную (листья), трилистник, ромашку (цветы), боярышник, золототысячник (траву), чабрец, чистотел, ревеня (корневище), одуванчик (корень).

Очень большое значение имеет также и характер питания, так как пища может способствовать как образованию, так и выделению желчи. Прежде всего питание должно быть регулярным, частым (5–6 раз в день), желателен одно и то же время, с последним приемом непосредственно перед сном. Это способствует регулярному опорожнению желчных путей и устраняет застой желчи. Из рациона исключают алкогольные напитки, газированную воду, копченые, жирные, острые, жареные блюда и приправы, так как они могут вызвать спазмы. Не рекомендуются блюда и бульоны 2-3-дневной давности, показана свежеприготовленная пища в теплом виде. Следует отметить, что это не временные ограничения, а рекомендации на длительный срок.

В диете учитывают влияние отдельных пищевых продуктов на нормализацию двигательной функции желчевыводящих путей. Так, при гипертонических дискинезиях должны быть резко

ограничены продукты, стимулирующие сокращение желчного пузыря: животные жиры, растительные масла, наваристые рыбные, грибные, мясные бульоны. При гипотонии желчного пузыря с нарушенным желчевыделением больные обычно хорошо переносят некрепкие мясные бульоны, уху, сливки, сметану, растительное масло, яйца всмятку. Растительное масло нужно употреблять по чайной ложке 2–3 раза в день за полчаса до еды в течение 2–3 недель, так как оно стимулирует выработку холецистокинина.

Для предотвращения запоров рекомендуются также продукты, способствующие опорожнению кишечника (морковь, тыква, кабачки, зелень, арбузы, дыни, фрукты, изюм, чернослив, курага, апельсины, мед). Выраженный эффект на моторику желчевыводящих путей оказывают отруби. Одну столовую ложку заваривают крутым кипятком и в виде кашицы добавляют к разным гарнирам. Дозу отрубей увеличивают до нормализации стула. Питание должно быть полноценным, с достаточным содержанием белков, жиров, углеводов, а также обогащенным пищевыми волокнами, витаминами. Животные жиры и сладости ограничивают.

При гипотонической форме дискинезии желчного пузыря показаны массаж и лечебная физкультура, влияющие на тонус желчного пузыря; специальное массажирование и утренняя гимнастика, включающая упражнения для мышц туловища и брюшного пресса в положении стоя, сидя, лежа на правом боку. Также важны занятия спортом, достаточный сон, а в некоторых случаях и лечение невротических расстройств.

Гипертонический вариант дискинезии желчного пузыря характеризуется острыми приступообразными болями в правом подреберье, отдающими в правую лопатку, плечо, шею и возникающими после стрессов, при нерегулярном питании, употреблении продуктов, вызывающих спазм желчного пузыря (вино, кофе, шоколад, мороженое, лимонад).

Для лечения этого варианта дискинезии используют желчегонные средства, способствующие образованию желчи (холеретики), и спазмолитики. К холеретикам относятся аллохол, холензим, оксафенамид, фламин, циквалон и др.

К спазмолитикам – ношпа, галидор, папаверин, метацин. Тюбажи при данной форме дискинезии следует проводить осторожно, с теми же средствами, но принимая за 20 минут до процедуры по две таблетки ношпы, галидора или других спазмолитиков. Минеральные воды слабой минерализации используют в теплом виде, без газа, за 30 минут до еды. Питание должно быть частым, регулярным, в одно и то же время. Кроме того, рекомендуются отвары желчегонных трав в теплом виде перед едой.

Диагностику дискинезий проводят при помощи ультразвукового исследования, холецистографии (рентгенологическое исследование после приема специальных рентгеноконтрастных таблеток) и дуоденального зондирования.

Несвоевременное лечение дискинезий желчного пузыря способствует развитию холециститов и желчно-каменной болезни.

Холецистит – воспалительное заболевание желчного пузыря, возникающее вследствие его инфицирования. Клинические проявления напоминают дискинезию желчного пузыря: появление болей после приема жирных, жареных блюд, острых закусок, яиц, вина, пива, а также при физической нагрузке, тряске. Могут проявиться и признаки воспаления: температура, слабость, снижение работоспособности, горечь во рту, тошнота, иногда рвота, поносы.

Для диагностики используют те же методы (за исключением зондирования) в сочетании с исследованием крови. Острые холециститы, которые протекают с выраженными болями, подлежат лечению в хирургических клиниках; обострения хронических холециститов лечат терапевтически, стационарно или амбулаторно. Для лечения обязательно используют антибактериальные средства: тетрациклин, ампициллин, олететрин и др., а также спазмолитики.

В первые дни обострения лучше не прибегать к желчегонным. В дальнейшем желчегонные используют в зависимости от вида дискинезии, которая всегда присутствует при холецистите.

Питание при холециститах имеет важное значение. Больные хроническим холециститом должны соблюдать диету постоянно. Рекомендуется частое, дробное питание с исключением жирных, жареных, соленых и копченых блюд, крепких бульонов, пива, вина, сиропов, яичных желтков. Строгое соблюдение временных интервалов в приеме пищи и частое питание способствуют лучшему оттоку желчи, и наоборот, длительные перерывы в еде вызывают застой желчи в пузыре. Запрещается обильно есть на ночь, так как это нарушает ритм отделения желчи и вызывает спазм желчных путей.

Обострение холецистита способствует застою желчи и образованию камней, то есть возникновению желчно-каменной болезни. К этому предрасполагают также дискинезии желчного пузыря, ожирение, отягощенная наследственность, частые беременности, неправильное питание и некоторые заболевания (сахарный диабет, подагра и др.).

Наличие камней в желчном пузыре иногда может протекать бессимптомно. Часто на фоне полного благополучия возникают приступы печеночной колики: острая боль в правом подреберье с такой же иррадиацией, как при холецистите: тошнота, рвота, не приносящая облегчения; повышение температуры, появление желтухи.

Приступы часто провоцируются приемом обильной, жирной пищи, физическими нагрузками. Лечение желчно-каменной болезни в зависимости от течения (неосложненное и осложненное) проводят в терапевтических или хирургических стационарах. В последнее время все чаще проводят операции по удалению желчного пузыря (холецистэктомия) через специальные зонды без вскрытия брюшной полости. При частых тяжелых обострениях желчно-каменной болезни не стоит затягивать с хирургическим лечением, так как оперировать все равно придется, но только в период обострения, что может затруднить выполнение операции.

Консервативное лечение, в том числе и диетотерапия, предлагает те же методы, что и при лечении холецистита. Для растворения желчных камней в последние годы появились специальные лекарства – хенофальк, урсофальк. Но такое лечение должно проводиться под наблюдением врача, так как имеет свои показания: камни должны быть небольшими, желчевыводящие пути хорошо проходимы, кроме того, должны отсутствовать серьезные сопутствующие заболевания.

Заболевания печени

Печень – уникальный орган. Ни сердце, ни легкие, ни почки не могут сравниться с ней по объему и сложности выполняемой работы. Попытки полностью воспроизвести все процессы, происходящие в печени, до сих пор не реализованы: для этого потребовалось бы чрезвычайно сложное сооружение, целое здание, начиненное разнообразными приборами.

Печень – участник всех обменных процессов в организме. В одной печеночной клетке протекает около тысячи химических реакций. Для исследования различных функций печени предложено более тысячи проб.

Заболевания печени тоже достаточно разнообразны. Далее приводятся наиболее часто встречающиеся.

Хронический гепатит – хроническое воспалительное заболевание. Чаще всего причиной его возникновения являются вирусные и алкогольные поражения печени. Реже хронический гепатит бывает токсического, в том числе лекарственного, происхождения. Примерно 20 % всех хронических гепатитов – вирусные. В основном они развиваются после острых гепатитов.

Острые гепатиты вызываются вирусом гепатита А (наиболее благоприятная форма, заканчивающаяся выздоровлением, при которой крайне редко развивается хронический гепатит. Заражение происходит через грязные руки).

Вirus В передается через кровь от больных людей (при переливании крови, инъекциях, через стоматологические и хирургические инструменты), он вызывает острый гепатит В, который может перейти в хронический. В последние годы выделены еще два вируса – С и D, которые также могут приводить к развитию хронического гепатита.

Проникая в клетки печени, вирус начинает размножаться и вызывает разрушение (некроз) печеночной ткани. Организм начинает сопротивляться этой интервенции и мобилизует силы иммунитета. При гепатите А этих сил достаточно, и вирус в конце концов изгоняется, при других же видах процесс затягивается и переходит в хроническую форму. Хронические гепатиты могут протекать по-разному, иногда совершенно бессимптомно. Человек, являясь носителем вируса, представляет опасность для окружающих, поэтому инъекции и другие медицинские процедуры ему должны выполняться отдельными инструментами, следует всегда предупреждать врачей о вирусе.

При спокойном доброкачественном прохождении заболевания у больных отмечаются небольшая слабость, повышенная утомляемость, тупые умеренные боли в правом подреберье, незначительное увеличение печени, иногда тошнота, горечь во рту. Лечение такого гепатита проводится амбулаторно и не требует больших усилий. Однако в этом случае для установления диагноза больной должен пройти соответствующее обследование (исследуют кровь, мочу, выполняют УЗИ печени или сканирование).

Прежде всего следует устранить всяческие нагрузки на печень: физические нагрузки, употребление алкоголя (исключается в любом виде), вакцинацию, пребывание на солнце и прием медикаментов. Использование лекарств должно быть минимальным, так как в печени происходит метаболизм почти всех медикаментов, и если в условиях здорового организма она становится своеобразной мишенью для лекарств, то больная печень – мишень вдвойне.

При хроническом гепатите показано применение гепатопротекторов, укрепляющих мембраны печеночных клеток, – карсил, легалон, катерген. Используют лекарства, нормализующие обмен веществ в печени: липоевая кислота, лапамид, эссенциале. Проводят одномесечные курсы лечения указанными средствами (с перерывами). Возможно применение витаминов группы В, ферментных препаратов, не содержащих желчных кислот. В некоторых случаях никакого медикаментозного лечения не требуется.

В том случае, если хронический гепатит протекает агрессивно (активный хронический гепатит), клинические проявления отчетливы: нарастает слабость, появляется желтуха, зуд кожи, увеличивается печень; появляются изменения и других органов: вздутие живота, поносы и др. Эти формы болезни лечат в стационарах с применением гормональных средств, цитостатиков, противовирусных препаратов. После выписки рекомендуется проводить поддерживающие курсы, о которых уже шла речь.

При хроническом гепатите особое внимание уделяют питанию. Помимо алкоголя, исключают все копченые продукты, консервы, в том числе домашние, с уксусом (можно только вареные); тугоплавкие жиры (гусь, утка).

В лечебных целях для исключения обострения заболевания назначают массаж в течение месяца по 5–6 сеансов с перерывом на три дня, затем ежемесячные 10-12-дневные курсы в течение года.

Цирроз печени – тяжелое поражение печени с развитием в ней соединительной ткани, которая нарушает структуру и функцию этого органа. Цирроз может развиваться в результате активных форм хронического гепатита и алкогольного поражения печени. Наряду с признаками поражения печеночной ткани (некрозы и воспаление, как при хроническом гепатите), наблюдается бурное разрастание узлов соединительной ткани. В результате печень утрачивает свои функции и развивается печеночная недостаточность: появляются признаки отравления организма, и прежде всего нервной системы, токсическими веществами, которые печень в

здоровом состоянии должна обезвреживать. Также нарушается синтез белка (появляются отеки, похудение), повышается давление в сосудах печени из-за сдавливания их узлами (накапливается жидкость в животе, увеличивается селезенка). Больные циррозом в период обострения лечатся в стационарах. Дома они должны продолжать прием мочегонных (обычно это верошпирон или триампур в сочетании с фуросемидом), препаратов калия для снижения давления в сосудах печени, лекарств из группы анаприлина и обзидана. Кроме этого, показано применение гепатопротекторов.

Диета имеет те же особенности, что и при хроническом гепатите, но из-за стадии печеночной недостаточности необходимо обязательно ограничить в пище белок (печеночная недостаточность будет нарастать), а также соль и жидкость (при отеках и накоплении жидкости в животе).

Комплексное непрерывное лечение цирроза создает хорошие предпосылки для увеличения продолжительности жизни. Достижения современной науки позволили найти подходы к воздействию на основные причины хронического гепатита и цирроза печени – вирусы. Это противовирусные лекарства и противовирусные вакцины, которыми можно вакцинировать всех новорожденных. Кроме этого, в некоторых случаях используют трансплантацию печени, которая впервые была произведена в 1960-х годах. У донора, чаще всего близкого родственника, забирают часть печени и пересаживают больному. В последнее время число подобных операций значительно увеличилось, так как современная трансплантация дает хороший результат.

Помимо медикаментозного лечения, назначают массаж внутренних органов, шиацу и рефлексотерапию. Больным рекомендуется чаще бывать на свежем воздухе и соблюдать строжайшую диету.

Заболевания поджелудочной железы

На примере заболеваний поджелудочной железы можно проследить, как часто одна болезнь вызывает другую. Так, например, желчно-каменная болезнь может способствовать развитию воспаления поджелудочной железы – панкреатита. Выходной проток поджелудочной железы и желчный проток находятся рядом и при воспалении, камнях в желчном пузыре, когда в нем повышается давление, желчь может забрасываться в поджелудочную железу.

Поджелудочная железа может вырабатывать очень сильные ферменты, расщепляющие при пищеварении белки, жиры, углеводы. В контакте с желчью ферменты поджелудочной железы активируются и могут переваривать ткань самой железы. Такое действие оказывает и алкоголь. Поэтому у больных с патологией желчевыводящих путей и злоупотребляющих алкоголем может развиваться панкреатит, проявляющийся острейшими болями в подложечной области, которые носят опоясывающий характер, иррадируют всю спину, часто сопровождаются неукротимой рвотой.

При приступах панкреатита необходимо вызвать «скорую помощь», и, как правило, такие больные лечатся в больнице. Иногда приходится прибегать к операции, исход которой неоднозначен. Панкреатит обычно проявляется в хронической форме: периоды обострений сменяются ремиссиями. Со временем поджелудочная железа склерозирована, так как участки воспаления замещаются соединительной тканью. Тогда основным симптомом заболевания становится нарушение пищеварения: из-за недостатка ферментов не происходит расщепления и всасывания белков, жиров, углеводов, появляются поносы, развивается слабость, похудение, авитаминозы. Кроме того, поджелудочная железа вырабатывает инсулин, который способствует утилизации сахара в организме, поэтому при нарушении функции поджелудочной железы у больного может развиваться сахарный диабет, первыми признаками которого являются

постоянное чувство жажды, сухость во рту, кожный зуд, выделение большого количества мочи.

В лечении больных панкреатитом важнейшее значение имеет диета, так как малейшее нарушение часто может привести к обострению заболевания. При остром панкреатите лучшее лекарство – голод в течение 3–5 дней с приемом щелочных минеральных вод типа «Боржоми» (без газа и слегка подогретых), а также отвара шиповника. Питание при заболевании поджелудочной железы лишь немногим отличается от питания при хроническом гастрите. Слегка увеличивают объем белковых продуктов, но снижают содержание жиров (в основном за счет потребления растительных масел) и углеводов (сахара рекомендуется не более 30–40 г в сутки). При этом часть сладких блюд готовят с использованием ксилита.

Поскольку соляная кислота желудочного сока является также стимулятором секреции поджелудочной железы, необходимо ограничить продукты и блюда, усиливающие выделение желудочного сока. Исключается пища, вызывающая брожение в кишечнике и его вздутие, а также возбуждающая выделение желчи, богатая пищевыми волокнами (бобовые, орехи, грибы, сухофрукты, большинство сырых овощей и плодов); кроме этого, пища соленая, кислая, острая и копченая, холодная. Из рациона исключаются также мясные и рыбные бульоны, богатые экстрактивными веществами, тугоплавкие жиры и продукты расщепления жиров, образующиеся при жарении.

Общее количество жира в блюдах существенно ограничивают (до 50–70 г), зато содержание белка, в соответствии с данными современной диетологии, повышают до 110–120 г за счет нежирных мясных, рыбных, молочных продуктов, белка яиц. Но лечащие врачи большинству больных все-таки рекомендуют придерживаться нормы 70–90 г белка, в связи с тем, что поджелудочная железа участвует в переваривании и жиров, и белков, и углеводов, а при панкреатите эта функция нарушается. То же касается и углеводов, особенно легкоусвояемых, так как нарушается не только процесс переваривания углеводов, но и синтез инсулина. Следует использовать в основном вареные или паровые блюда из рубленого мяса и рыбы, а также суфле, желе, муссы, пудинги, кисели, огромную пользу оказывают регулярные голодания по 1–3 дня, а также очищающие диеты.

В период ремиссии рекомендуется проведение курсов лечения следующими ферментными препаратами: фестал, дигестал, трифермент, панзинорм, панкреатин, мезим-форте и др. Обычно в течение месяца проводят лечение одним препаратом. Эти лекарства улучшают процессы пищеварения, однако не следует пользоваться ими постоянно, так как можно подавить и без того сниженную функцию поджелудочной железы. Показаны также спазмолитические средства, витамины. При развитии сахарного диабета проводят соответствующую терапию. Также больному назначают ванны с травами и растирания, лечебный массаж и обязательные прогулки на свежем воздухе.

Массаж при заболеваниях желудка, желчного пузыря, печени и поджелудочной железы

1. При заболеваниях органов пищеварения массаж назначают обязательно. При гастритах, язвенной болезни, заболеваниях печени, желчного пузыря и поджелудочной железы применяют один вид массирования, а при заболеваниях кишечника – несколько иной. В этом разделе рассказано о массаже, который используют при болезнях всех органов пищеварения, кроме кишечника. При данных заболеваниях массируют в основном область живота, спины и боковые участки. При массаже живота следует соблюдать осторожность, чтобы не причинить боль. Интенсивные силовые приемы для массирования этой зоны не применяют. Массаж здесь производят в течение 8–10 минут, остальное время отводят на массирование спинной области и боковых участков.

//-- Приемы, применяемые для массажа области живота --//

Для массажа данной области применяют поглаживание, растирание, разминание, ударные приемы и вибрацию.

//-- Поглаживание --//

Перед массажем область живота нужно хорошо расслабить. Для этого ладонями, мягкими движениями поглаживают от середины грудины до паховой области.

Используют несколько разновидностей приема: поперечное, прямолинейное, зигзагообразное, S-образное, V-образное, щипцеобразное, граблеобразное, гребнеобразное поглаживания и глажение.

Массирование начинают с прямолинейного поглаживания. Его проводят сверху вниз или снизу вверх одной или двумя руками. Кисти рук двигают параллельно или с небольшим отставанием. Сначала прием выполняют подушечками пальцев (четырех и большого), затем – ладонями и основаниями ладоней, но только без нажима. Количество поглаживаний на данном участке – 7–8.

Зигзагообразное поглаживание выполняют аналогично прямолинейному в продольном или поперечном направлении. Прием проводят разными способами (чаще всего подушечками четырех пальцев) в среднем темпе, близком к медленному.

В медленном темпе зигзагообразное поглаживание осуществляют сверху вниз, одной или двумя руками, двигаясь по участку параллельно или с небольшим отставанием.

2. Поперечное поглаживание часто применяют при массаже области живота. Прием выполняют ладонью, пальцами, подушечками или фалангами четырех пальцев, основанием ладони. Движение производят справа налево и слева направо, как в одном направлении, например к правому боку, так и в разных. Правой рукой совершают поглаживание справа налево, левой – слева направо. Руки двигают одновременно навстречу друг другу, а достигнув точки соприкосновения, возвращают обратно в исходное положение.

S-образное поглаживание чаще всего выполняют подушечками двух или четырех пальцев в продольном или поперечном направлении. Массирование проводят одной или двумя руками.

Спиралевидное поглаживание осуществляют как одной, так и двумя руками. При выполнении приема одной рукой отягощение не применяют. Следует знать, что его совсем не используют при массаже области живота.

Щипцеобразное поглаживание выполняют большим и указательным пальцами, которыми захватывают определенный участок кожи. Не выпуская из пальцев захваченного участка, движение продолжают снизу вверх и сверху вниз. Данный прием производят в продольном направлении, реже в поперечном.

V-образное поглаживание проводят широко разведенными наподобие буквы V указательным и средним пальцами в продольном или поперечном направлении. Движения совершают одной или двумя руками.

Кругообразное поглаживание выполняют слегка разведенными в стороны подушечками четырех пальцев. Большой палец при этом играет роль опоры. Прием подушечками пальцев проводят в среднем темпе, ладонью – в замедленном, выступом большого пальца – в медленном. Необходимо помнить о том, что при массаже следует избегать сильного нажима.

Граблеобразное поглаживание выполняют подушечками четырех пальцев, сильно разведенными в стороны. Кисть при этом должна быть приподнята над массируемым участком. Прием осуществляют чаще всего двумя руками, реже одной. Руки двигают навстречу друг другу, собирая кожу в складку. Прием производят сверху вниз и снизу

вверх, а также по диагонали в продольном или поперечном направлении.

Гребнеобразное поглаживание выполняют фалангами согнутых, плотно прижатых друг к другу или чуть разведенных в стороны пальцев. Кисть руки должна быть немного приподнята над массируемым участком. Прием выполняют поверхностно, без нажима, в прямолинейном продольном и поперечном направлении.

Завершающим приемом является глажение. Его проводят тыльными сторонами пальцев, согнутых под прямым углом. Прием выполняют сначала правой рукой, затем левой, а после этого двумя руками одновременно. В процессе массирования смена положения рук может происходить 7–8 раз. В завершение следует широкими мягкими движениями провести ладонями по всему массируемому участку живота.

//-- Растирание --//

При массировании области живота применяют различные виды растирания: подушечками больших пальцев, указательного и среднего или четырех пальцев, фалангами пальцев и ладонями. Растирание опорной частью кисти не используют, так как этот прием подходит только для массирования области спины. Близость внутренних органов к поверхности кожи предполагает поверхностный, а не глубокий массаж данного участка, без надавливаний.

На растирание подушечками двух пальцев отводят больше всего времени. При этом массируют сравнительно небольшой участок тела. Пальцы чаще всего держат сомкнутыми, (за исключением вилкообразного растирания). Прием выполняют как одной, так и двумя руками, одновременно или попеременно.

Растирание подушечками пальцев проводят чаще всего продольно, то есть по ходу мышечных волокон, снизу вверх (от паховой области до середины грудины) или сверху вниз по направлению к лимфатическим узлам. Если движения выполняют двумя руками, то они должны все дальше и дальше расходиться по диагонали, пока не дойдут до нужной точки. Прием следует проводить в среднем темпе, чтобы не вызвать болевых ощущений. Если такие появятся, массаж данного участка нужно на время прекратить и возобновить по мере исчезновения болей.

Растирание подушечками пальцев проводят не только по диагонали, но и параллельно снизу вверх. Сверху вниз прием выполняют двумя способами:

с помощью опоры на большой палец или без его использования. В последнем случае большой палец тесно прижимают к указательному.

Зигзагообразное растирание чаще всего осуществляют одной рукой. Плавными движениями массируют все зоны области живота.

Очень часто при растирании области живота используют расходящееся и сходящееся движения. Прием выполняют обеими руками. При сходящемся растирании движения совершают сверху вниз или снизу вверх из разных точек, при расходящемся – снизу вверх или сверху вниз, но не прямо, а по диагонали из одной точки.

При растирании подушечками больших пальцев четыре остальных пальца слегка сгибают и используют в качестве опоры. Прием производят в прямолинейном направлении вверх и вниз от паховой области до середины грудины.

При массаже подушечками средних пальцев опоры чаще всего нет, а кисти рук находятся на весу.

Массаж фалангами пальцев выполняют только после того, как уже сделано растирание подушечками пальцев. Данный прием усиливает эффект от предыдущих.

S-образное растирание выполняют одной или двумя руками медленными, плавными движениями, чтобы массируемый хорошо чувствовал воздействие. Прием лучше всего проводить подушечками больших пальцев, без опоры на четыре пальца. При выполнении

растирания руки лучше всего использовать попеременно: сначала правой рукой выписывают на массируемом участке букву S, затем левой. Движения проводят в продольном направлении, а иногда и в поперечном.

Для выполнения щипцеобразного растирания пальцы захватывают участок точно также, как при поглаживании. Однако движение производят вверх или вниз, выполняя указательным и средним пальцами короткие растирания на одном месте 3–4 раза. Прием выполняют как одной, так и двумя руками, двигаясь прямолинейно в продольном направлении.

При V-образном растирании массирование производят указательным и средним пальцами, широко отставленными друг от друга. Растирание осуществляют с небольшим нажимом. Лучше всего прием выполнять одной рукой, а другой поглаживать промассированный участок. На растирание отводят немного времени.

Кругообразное растирание выполняют с помощью опоры (полусогнутый указательный или большой палец). Начинают выполнение приема с малых кругов, постепенно увеличивая диаметр окружности массируемой области. Круговое растирание фалангами пальцев проводят в медленном темпе – чем больше область растирания, тем медленнее темп.

Граблеобразное и гребнеобразное растирания схожи по технике выполнения. Но при граблеобразном растирании пальцы рук разводят в стороны и массирование проводят кончиками пальцев, при гребнеобразном пальцы сгибают и выполняют массирование фалангами пальцев. Прием осуществляют в поперечном направлении, двигаясь от боковых участков к центру. Движения должны быть мягкими и плавными, без лишних нажимов и совершать их следует в медленном темпе.

//-- Разминание --//

Как правило, разминание начинают с основных приемов, то есть с разминания продольного и поперечного. Продольное разминание выполняют по ходу мышечных волокон. Для этого становятся так, чтобы оси плеч находились параллельно осям плеч массируемого. При поперечном разминании оси плеч массажиста и массируемого оказываются взаимно перпендикулярными. При выполнении приема массажист может изменять свое положение. Продольное разминание производят от середины грудины вниз. Кисть руки совершает движение из отправной точки вдоль продольных мышц в сторону лимфатических узлов.

Разминание проводят большими, четырьмя остальными пальцами или основаниями кистей рук. При захвате мышцы необходимо следить за тем, чтобы не оставалось зазоров между рукой и массируемым участком. Кисть руки должна прилегать к зоне массирования достаточно плотно. Именно в этом случае и достигается хороший эффект от разминания. Кровь начинает активнее циркулировать, мышца теряет свое напряжение и становится более эластичной. Следует помнить о том, что разминание не является основным приемом, на него затрачивают времени гораздо меньше, чем на поглаживание и растирание; кроме этого, всякое излишнее давление на данную область недопустимо. Разминание области живота следует проводить крайне осторожно.

При продольном разминании используют большие пальцы рук. Их отводят в стороны и противопоставляют четырем остальным пальцам, которые немного сгибают. При выполнении приема кисти рук располагают близко друг к другу, при этом пальцы правой руки должны находиться чуть выше левой. Большими пальцами проводят разминание в течение 5-10 секунд, затем меняют положение и передвигают кисть вперед на 2–3 см.

При продольном разминании четырьмя пальцами движение происходит к себе. Из-за этого его чаще всего выполняют сверху вниз. Продольное разминание основанием кисти

не должно быть затяжным, так как в результате массирования оказывается сильное воздействие на область живота.

Поперечное разминание выполняют следующим образом: пальцы рук накладывают на участок тела в виде треугольника так, чтобы указательные пальцы правой и левой руки слегка соприкасались, а большие пальцы располагались один под другим. При такой постановке рук зона воздействия будет не очень большой. Если большие пальцы правой и левой руки отвести подальше друг от друга так, чтобы они слегка соприкасались кончиками, то зона воздействия будет несколько больше.

Данное разминание проводят как в прямом, так и в обратном направлении. Для массажа области живота применяют ординарное и кругообразное разминание, а также его подвиды (кругообразное клювовидное, кругообразное фалангами четырех пальцев, кругообразное фалангами больших пальцев).

Клювовидное разминание области живота производят следующим образом: сложенными в виде клюва пальцами массируют участок, делая развороты в сторону мизинца или указательного пальца. Движения в сторону мизинца достаточно легко выполнимы. При движении в сторону указательного пальца должно ощущаться некоторое напряжение в кисти, при этом воздействие на участок будет более жестким, а давление намного сильнее. Можно чередовать эти движения, чтобы массирование на участке проводилось с разной интенсивностью.

Кругообразное разминание подушечками четырех пальцев практически всегда проводят с опорой на большой палец. Диаметр описываемых кругов может быть различным: от маленького (4–5 см) до большого (10–12 см). Прием осуществляют одной или двумя руками. В последнем случае движения выполняют обеими руками одновременно или попеременно. Большой палец устанавливают в определенной точке, а правой рукой выполняют массирующие круговые движения. Затем руку смещают, в эту же самую точку устанавливают большой палец левой руки и совершают такие же круговые движения подушечками четырех пальцев левой руки. Затем движения повторяют в следующей точке. При использовании правой руки движение идет по часовой стрелке, а при использовании левой – против часовой стрелки.

При кругообразном разминании подушечкой большого пальца в качестве опоры используют четыре пальца. Движения проводят сверху вниз. Большой палец при этом описывает четверть круга или половину окружности.

При щипцеобразном разминании большим и указательным пальцами крепко схватывают мышцу, приподнимают ее и слегка поворачивают из стороны в сторону. Данное разминание выполняют не очень долго, так как прием очень интенсивный и может спровоцировать болевые ощущения. Выполнять щипцеобразное разминание лучше одной рукой. При выполнении двумя руками рекомендуется передвигать их по участку не параллельно, а с некоторым отставанием друг от друга.

Сдвигание проводят двумя способами: с опорой и фиксацией и без них.

В первом случае кисть руки фиксируют на участке и плотно прижимают ладонь к поверхности массируемой зоны. Кисти рук располагают таким образом, чтобы кончики пальцев были устремлены друг к другу. Быстрыми ритмичными движениями поверхность участка сдвигают между пальцами рук. Прием выполняют в поперечном направлении, так как в этом случае легче произвести массирование. Однако неплохой эффект дает смена продольного и поперечного направлений. На одном участке их можно чередовать 3–4 раза, а затем переходят на другой участок.

Подергивание – довольно простой прием. Большим и указательным пальцами захватывают мышцу, приподнимают ее быстрым движением вверх, оттягивают и

отпускают. Подергивания выполняют в быстром темпе, двигаясь по всему массируемому участку. Движения должны быть легкими, немного напоминать пощипывания.

//-- Ударные приемы --//

Для массажа области живота можно применять следующие ударные приемы: пунктирование, поколачивание, похлопывание. Рубление исключают, так как это очень сильный и резкий прием.

Пунктирование выполняют четырьмя или пятью пальцами. В первом случае кисть руки немного приподнята, а четыре пальца располагаются на поверхности массируемого участка под углом. Пунктирование совершают кончиками расслабленных пальцев, приподнимая их над поверхностью участка на расстояние 3–4 см. Движение выполняют в любом направлении – продольном или поперечном, по диагонали или хаотично.

При выполнении приема пятью пальцами кисть также приподнимают над поверхностью участка. Движения выполняют аналогично пунктированию четырьмя пальцами.

Поколачивание – более интенсивный прием, чем пунктирование, и выполняют его разными способами: одним или несколькими пальцами. При массаже чаще всего их комбинируют. Например, прием можно начинать с поколачивания концевыми фалангами больших пальцев, затем перейти к поколачиванию двумя пальцами, после этого – четырьмя. Прием лучше всего выполнять двумя руками, двигая их параллельно. Также можно проводить прием одной рукой.

Похлопывание выполняют расслабленной ладонью и пальцами. Лучше всего выполнять прием одной рукой, расположив ее поперек массируемого участка.

//-- Вибрация --//

Для массажа области живота используют как прерывистую, так и непрерывистую вибрацию. При выполнении приема используют только пальцы. Темп вибрации зависит от состояния больного.

//-- Приемы, используемые при массаже спинной области и боковых участков --//

При массаже области спины и боковых участков используют различные приемы, более интенсивные, чем те, что применяют для массажа живота. К ним относят поглаживание, растирание, разминание, ударные приемы и потряхивание.

//-- Поглаживание --//

При заболеваниях желудка, желчного пузыря, печени и поджелудочной железы наиболее эффективными являются: поперечное, продольное, прямолинейное, зигзагообразное, щипцеобразное, спиралевидное, S-образное, V-образное, кругообразное, граблеобразное, гребнеобразное поглаживания и глажение. Каждый из этих приемов в свою очередь имеет несколько разновидностей выполнения.

Прямолинейное поглаживание (как и любое другое) выполняют подушечками пальцев, фалангами пальцев, внутренней стороной ладони, тыльной стороной ладони, ребром ладони, сжатыми в кулак пальцами. Прием производят в продольном или поперечном направлениях, снизу вверх или сверху вниз по спинной области вдоль позвоночного столба. В поперечном направлении движение осуществляют от одного бока к другому.

При продольном поглаживании руку или руки продвигают прямо, проглаживая мышцы от копчика до середины спины. При поглаживании подушечками четырех пальцев их немного разводят в стороны. Большой палец в поглаживании не участвует, его отставляют в сторону или прижимают к указательному пальцу.

Поглаживание большим пальцем проводят на небольшом участке. При этом четыре пальца противопоставляют большому и играют роль опоры, либо не используются в массаже совсем. Подобное поглаживание лучше всего осуществлять в районе позвоночного столба.

Поглаживание ладонью и пальцами начинают от копчика и заканчивают в центре спинной области. Если проводить прямое поглаживание ладонями, то пальцы должны быть соединены вместе и чуть приподняты. При поглаживании основанием ладони проводят не поверхностное, а более глубокое массирование участка. При прямолинейном продольном поглаживании руки или руку двигают в двух направлениях. Движения выполняют сверху вниз от середины спины до копчика и по диагонали от середины спины вниз до верхней части бедра.

Поперечное поглаживание производят подушечками или фалангами четырех пальцев, только ладонями рук или основанием ладони, пальцами, сжатыми в кулак. Руку или руки двигают по всему участку справа налево и слева направо, как в одном направлении, например к правому боку, так и в разных. К примеру, правая рука совершает поглаживание справа налево, а левая рука – слева направо. Руки двигаются одновременно навстречу друг другу, а достигнув нужной точки, возвращаются обратно.

Зигзагообразное поглаживание проводят одной или двумя руками чаще всего в быстром темпе. В медленном темпе прием выполняют сверху вниз. Данное поглаживание, также как и прямолинейное, производят не только ordinarily, но и с отягощением. Для этого кисть левой руки помещают на кисть правой руки. Расположение левой кисти может быть различным: в продольном направлении (в этом случае пальцы левой руки накладывают на пальцы правой), под небольшим углом и поперек правой кисти.

Спиралевидное поглаживание проводят так же, как и зигзагообразное, только фаланги пальцев выписывают на участке не зигзаги, а спирали. Данное поглаживание выполняют одной или двумя руками, в первом случае с отягощением. Темп лучше всего применять средний.

При щипцеобразном поглаживании указательным и большим пальцами захватывают небольшой участок и массируют в продольном или поперечном направлении, по диагонали. Данный прием выполняют одной или двумя руками. При выполнении одной рукой можно применять отягощение. Для этого кисть левой руки помещают на кисть правой руки.

Вилкообразное поглаживание выполняют широко расставленными указательным и средним пальцами сверху вниз, снизу вверх и по диагонали. Отягощение применяют при проведении приема одной рукой. Нередко используют чередование рук и данные приемы комбинируют.

При выполнении кругообразного поглаживания пальцы рук должны быть немного разведены. Поглаживание осуществляют подушечками четырех пальцев с опорой на большой палец. При выполнении данного приема кожу захватывают в складку, производят вращательное движение, а затем возвращают кисть в исходное положение.

Кругообразное поглаживание ладонью выполняют в среднем темпе, выступом большого пальца – в медленном. В этом случае поглаживание будет не поверхностным, а глубоким.

Для более сильного воздействия на участок применяют поглаживание основанием ладони и пальцами, сжатыми в кулак. Движения осуществляют в продольном, поперечном направлении или по диагонали. Как в первом, так и во втором случае кругообразное поглаживание выполняют не только ordinarily, но и с отягощением.

Граблеобразное поглаживание проводят подушечками четырех пальцев, немного разведенных в стороны. Кисть руки при этом должна быть приподнята над массируемым участком и повернута к нему под углом 60–70°. Прием выполняют чаще всего обеими руками, реже одной. Руки двигают навстречу друг другу, собирая кожу в складку. Кисти руки перемещают как в прямом направлении, то есть сверху вниз и снизу вверх, так и по диагонали. Кроме этого, граблеобразное поглаживание проводят одной рукой с

отягощением.

Гребнеобразное поглаживание выполняют фалангами согнутых пальцев, плотно прижатых друг к другу или чуть разведенных в стороны. Кисть руки при этом должна быть приподнята и располагаться почти под прямым углом к массируемому участку. Если костные выступы касаются кожи без нажима, то поглаживание будет поверхностным, если же давление будет чуть сильнее, то более глубоким. Данный прием выполняют двумя способами:

1. Внутренние стороны ладоней обращены друг к другу, кончики согнутых пальцев при движении соприкасаются.

2. Кисти рук развернуты тыльными сторонами друг к другу. При выполнении приема они будут соприкасаться на массируемом участке.

Данный вид массажа, как и другие, можно выполнять с отягощением.

Завершающим приемом поглаживания является глажение. Данный прием проводят как одной, так и двумя руками, тыльными сторонами пальцев, согнутых под прямым углом. Нередко используют комбинированное глажение. Сначала прием проводят двумя руками, затем одной рукой с отягощением, после этого снова двумя руками. В процессе массирования смена положения рук происходит 6–7 раз.

//-- Растирание --//

При заболеваниях органов пищеварения применяют такие виды растирания, как поперечное, продольное, прямолинейное, зигзагообразное, спиралевидное, S-образное, вилкообразное, кругообразное, граблеобразное, гребнеобразное, штрихование, пиление, пересекание. Каждый из этих приемов включает в себя несколько подвидов и имеет различные техники выполнения.

Прямолинейное растирание выполняют концевыми фалангами большого и четырех остальных пальцев, ладонью, основанием ладони, пальцами, сжатыми в кулак. Прием проводят сверху вниз и снизу вверх по всему массируемому участку, а также по диагонали.

Если массирование выполняют концевыми фалангами больших пальцев, то четыре пальца слегка сгибают и двигают по коже чуть впереди больших пальцев. При этом получается двойное растирание: основное проводят концевыми фалангами больших пальцев, а вспомогательное – фалангами четырех пальцев. Но пальцы могут быть и выпрямлены.

В этом случае они будут чуть касаться кожи при движении больших пальцев вперед.

При растирании концевыми фалангами четырех пальцев кисть руки может лишь слегка касаться поверхности массируемого участка. В этом случае большие пальцы будут выполнять дополнительное растирание. В том случае, когда кисть руки приподнята, а пальцы занимают положение под углом друг к другу, большие пальцы не принимают участия в массировании.

При продольном растирании пальцы рук двигают параллельно друг другу. Движение в этом случае может быть сходящимся или расходящимся. Пальцы рук в сходящемся положении встречаются в определенной точке массируемого участка, а в расходящемся – отходят от одной точки.

При поперечном растирании пальцы рук двигают навстречу друг другу по массируемому участку, а после соприкосновения в определенной точке руки возвращают в исходное положение. В другом случае кисти рук могут располагаться не друг против друга, а параллельно. В этом случае правая рука будет производить растирание справа налево, а левая рука – слева направо. Пальцы рук при этом не соприкасаются, а достигнув нужной точки, возвращаются в исходное положение.

Щипцеобразное растирание выполняют аналогично щипцеобразному поглаживанию. Но в данном случае указательный и большой палец будут не просто продвигать захваченный участок кожи сверху вниз или снизу вверх, но и выполнять растирающие движения на каком-то определенном участке. После растирания в одном месте кисть руки передвигают на другой участок.

Щипцеобразное растирание выполняют одной и двумя руками, часто с отягощением. После растирания какого-либо участка рекомендуется выполнить несколько резких надавливаний в этом месте.

S-образное растирание выполняют указательным и средним пальцами, тесно прижатыми друг к другу. Ими производят на верхнем участке спины S-образные движения в продольном, поперечном направлении, а также по диагонали. Прием выполняют одной или двумя руками попеременно, с нажимом или отягощением. Отягощение проводят двумя способами. В первом случае на указательный и средний пальцы правой руки накладывают указательный и средний пальцы левой руки. Во втором случае ладонь левой руки помещают на фаланги пальцев правой руки.

Спиралевидное и зигзагообразное растирания сходны между собой по технике выполнения. Данные приемы выполняют как ordinarily, так и с отягощением. Движения совершают в продольном или поперечном направлении по всему массируемому участку.

Вилкообразное растирание выполняют широко расставленными указательным и средним пальцами. По технике выполнения данный прием очень похож на S-образное растирание, поэтому эти два приема часто комбинируют. Растирание выполняют как одной, так и двумя руками, ordinarily или с отягощением.

Кругообразное растирание имеет несколько вариантов выполнения. Растирание концевыми фалангами больших пальцев выполняют на небольших участках тела. При этом кисть должна быть чуть приподнята, а четыре пальца играют роль опоры. Большой палец устанавливают в определенной точке и растирают им по окружности диаметром 3–4 см. Затем круги постепенно увеличивают до 8–9 см. Кругообразное растирание можно проводить как одной, так и двумя руками.

При кругообразном растирании концевыми фалангами четыре пальца соединяют вместе или чуть разводят в стороны. Данное растирание имеет два вида выполнения: с опорой на большой палец или без опоры. Часто применяют растирание концевыми фалангами среднего и указательного пальцев без опоры. Подобный прием подходит для массажа на небольших участках. Кругообразное растирание фалангами согнутых пальцев применяют на больших участках. Прием лучше выполнять двумя руками, в этом случае растирание будет не поверхностным, а глубоким.

Клювообразное растирание подходит для точечного массажа небольшой зоны. Движения производят в сторону мизинца. Прием выполняют ordinarily или с отягощением.

Граблеобразное и гребнеобразное растирания схожи по технике выполнения. Граблеобразное растирание проводят концевыми фалангами четырех пальцев, при этом кисти рук сильно приподняты над массируемым участком. Прием проводят на больших участках верхней половины спинной области. Кисти рук двигают навстречу друг другу так, чтобы между пальцами образовалась небольшая складка кожи.

Чаще всего применяют попеременное граблеобразное растирание, то есть массируют участок сначала одной, а затем двумя руками. После этого массаж продолжают одной рукой с отягощением.

Гребнеобразное растирание проводят фалангами согнутых пальцев. Прием выполняют одной или двумя руками, ordinarily или с отягощением.

Данные приемы хорошо подходят для массажа боковых участков. Все движения выполняют от боковых участков в сторону позвоночного столба.

При заболеваниях органов пищеварения довольно часто используют такие приемы, как штрихование, пиление, пересекание. Штрихование выполняют на небольших участках тела указательным и средним пальцами, выпрямленными и тесно прижатыми друг к другу. Остальные пальцы сгибают и прижимают к внутренней стороне ладони. Концевыми фалангами пальцев производят короткие быстрые движения, напоминающие штрихи. Прием выполняют снизу вверх, сверху вниз, по диагонали или хаотично; ординарно или с отягощением.

Пиление выполняют на сравнительно больших участках тела. Прием осуществляют ребром ладони в быстром темпе, короткими энергичными движениями. Пиление выполняют одной или двумя руками в одном направлении или хаотично.

Пересекание проводят лучевым краем кисти. Большой палец при этом отводят далеко в сторону. Кистью обхватывают определенный участок тела и производят растирание. Движения при пересекании проводят от себя, то есть в направлении указательного пальца, или к себе – в направлении большого пальца. Прием выполняют одной или двумя руками. В последнем случае кисти рук располагают на расстоянии 2–3 см друг от друга.

//-- Разминание --//

При массаже спины и боковых областей много времени отводят на разминание. Используют следующие виды разминаний: ординарное, двойное ординарное, двойное кольцевое, двойное кольцевое комбинированное, двойной гриф, кругообразное, сдвигание, накатывание, растяжение, надавливание, проминание.

Разминания выполняют концевыми фалангами четырех пальцев, концевыми фалангами больших пальцев, основанием ладони и пальцами, сжатыми в кулак.

Большинство приемов разминания выполняют в два этапа. Это можно рассмотреть на примере ординарного разминания. Сначала мышцу плотно обхватывают поперек хода волокон пальцами рук и немного приподнимают вверх. Большим и четырьмя остальными пальцами выполняют вращательное движение. Это первый этап разминания. На втором этапе пальцы возвращают в исходное положение, но мышцу не отпускают. Движение повторяют еще раз и только после этого переходят на другой участок. При этом ладонь должна быть все время плотно прижата к коже, чтобы между пальцами и кожей не оставалось просвета.

При проведении двойного ординарного разминания используют технику выполнения такую же, как и при ординарном разминании. Собственно, двойное ординарное разминание – это два ординарных разминания, которые выполняют поочередно то правой, то левой рукой. Движения чаще направлены снизу вверх, реже – сверху вниз. Нередко применяют поочередно ординарное и двойное ординарное разминание. Смена этих разминаний происходит 5–6 раз в течение массажа всего участка, после чего переходят к следующему массажному приему.

Двойное кольцевое разминание выполняют двумя руками. Кисти рук устанавливают поперек массируемого участка, расстояние между ними – примерно 6–7 см. Большие пальцы должны находиться по разные стороны массируемого участка. Выпрямленными пальцами мышцу плотно захватывают и приподнимают вверх. Движения производят в разных направлениях: одна рука смещает участок от себя, а другая – к себе. Через некоторое время движения рук меняют. Прием должен быть глубоким, но выполнять его нужно плавно, без резких движений. Этот вид разминания помогает хорошо промассировать мышцы нижнего отдела спинной области.

Двойное кольцевое комбинированное разминание по технике своего выполнения очень напоминает предыдущий прием. Но при этом одна рука выполняет ординарное разминание пальцами, а другая массирует участок ладонью. Для лучшего захвата мышцы указательный палец левой руки помещают на средний палец правой руки. Кисти при этом совершают движения в разных направлениях. Этот прием также является глубоким и помогает хорошо

промассировать мышцы. При выполнении данных приемов нередко используют нажим.

Двойной гриф проводят так же как и ординарное разминание, то есть с захватом мышцы, но с отягощением. Четыре пальца одной руки накладывают на четыре пальца другой руки. Большие пальцы также помещают друг на друга. Двойной гриф весьма энергичный и глубокий прием, проводящийся на крупных и сильно развитых мышцах верхней части спины.

Можно применять два способа выполнения двойного грифа. В первом случае большой и четыре пальца левой руки совмещают с пальцами правой руки, во втором основанием ладони производят отягощение на область большого пальца. Например, мышцу плотно захватывают правой рукой, а основанием ладони левой руки с силой надавливают на большой палец правой. Нередко эти два вида двойного грифа комбинируют, чтобы достичь лучшего эффекта при массажировании.

Клювовидное кругообразное разминание проводят на небольших участках. Воздействие на мышцы оказывает кисть руки, которой выполняют движение по часовой стрелке, то есть в сторону мизинца. Массирование проводят кругообразно или спиралевидно. В том случае, когда разминание выполняют двумя руками, кисти рук совершают движения попеременно и в разные стороны.

Кругообразное разминание нередко проводят концевыми фалангами больших или четырех остальных пальцев. В последнем случае кисть руки располагают так, чтобы большой палец проходил вдоль мышечных волокон, а четыре других пальца находились по диагонали к мышцам. При выполнении разминания большой палец должен быть расслаблен и скользить по коже. Остальными пальцами захватывают мышцу и производят разминание.

При кругообразном массажировании кистью руки совершают движение вперед вдоль мышц, а пальцами производят вращение в сторону мизинца. Этот прием выполняют как одной, так и двумя руками или чередуют их.

При кругообразном разминании концевыми фалангами больших пальцев кисть руки находится в том же положении, что и при выполнении предыдущего приема. При этом четыре пальца должны быть расслаблены, а большой палец – напряжен. Большим пальцем совершают кругообразные движения в сторону указательного пальца. В начале движения давление большого пальца на массируемый участок должно быть наиболее сильным, постепенно его ослабляют. Массируемую мышцу смещают вместе с пальцем, затем кисть руки перемещают на несколько сантиметров вперед и движение повторяют.

Прием выполняют и двумя руками поочередно, нередко с отягощением. Большой палец одной руки, размещенный вдоль большого пальца другой руки, помогает движению. Также его можно расположить поперек всей кисти, чтобы усилить давление на массируемый участок.

Разминание пальцами, сжатыми в кулак, выполняют с опорой на большой палец. Фаланги сжатых в кулак пальцев тыльной стороной придавливают мышцу и смещают ее в сторону мизинца. Данный прием выполняют как одной, так и двумя руками, нередко с отягощением. При массажировании часто комбинируют разминание кулаком одной руки с разминанием кулаками обеих рук и разминанием кулаком одной руки с отягощением.

Разминание основанием ладони относят к простым приемам, легко выполнимым. На массируемый участок накладывают ладонь, а ее основанием совершают кругообразные движения в сторону мизинца. Кисть двигают снизу вверх, сверху вниз или по диагонали. Данный прием выполняют одной или двумя руками. Две руки двигают одновременно в одном направлении на расстоянии 5-10 см друг от друга. Разминание одной рукой можно усилить, если выполнять прием с отягощением. Для этого ладонь левой руки накладывают на запястье правой руки. Прием лучше всего выполнять в среднем темпе.

Накатывание выполняют в два этапа. Сначала производят поглаживание нужного участка, для того чтобы максимально расслабить мышцы. После этого ребром ладони левой руки сильно

надавливают на мышцу, словно погружая руку внутрь мышцы. Левую руку фиксируют, а правой захватывают участок мышцы и производят накатывание на фиксированную кисть. Мышцу при этом интенсивно разминают круговым движением. Кисть правой руки возвращают в исходное положение, а движение повторяют. После повторения его 4–5 раз переходят на следующий участок. Сдвигание производят большими пальцами рук, которыми захватывают мышцу в складку и слегка приподнимают ее. Прием выполняют ритмично, в быстром темпе. Иногда сдвигание осуществляют концевыми фалангами пальцев. Прием выполняют одной или двумя руками в любом направлении – сверху вниз, снизу вверх или по диагонали.

Сдвигание ладонью выполняют аналогично предыдущему приему, также в любом направлении – поперечном, продольном или по диагонали.

При растяжении пальцы захватывают участки мышцы и отводят их в стороны как можно дальше друг от друга. Выполнять растяжение нужно в медленном темпе, спокойно, без рывков, но с нажимом.

Надавливание выполняют короткими быстрыми движениями концевыми фалангами больших пальцев. Кисти рук должны находиться на расстоянии примерно 10 см друг от друга. Надавливания совершают в среднем или быстром темпе, приблизительно 20–25 раз в минуту, сверху вниз или снизу вверх, можно с отягощением. Данный прием можно осуществить и сжатыми в кулак пальцами, которые накладывают на пальцы руки, выполняющей прием.

Проминание делают обычно фалангами согнутых пальцев, применяя несколько разновидностей выполнения. Это продольное, поперечное, сходящееся, расходящееся и сжимающее проминание.

Продольное проминание выполняют фалангами согнутых пальцев одной руки. Движения производят от указательного пальца в сторону мизинца. Прием повторяют на участке 3–4 раза, затем переходят на другой. Для достижения наилучшего эффекта прием выполняют с отягощением. Для этого пальцы левой руки накладывают на тыльную поверхность ладони правой руки.

Поперечное проминание выполняют двумя руками, двигая их по участку параллельно. Движения производят от указательного пальца в сторону мизинца.

При расходящемся и сходящемся проминании кисти рук располагают под углом друг к другу. В расходящемся проминании указательные пальцы отталкиваются, а в сходящемся – сталкиваются.

Сжатие выполняют с опорой на большой палец. Фаланги согнутых пальцев совершают проминание от мизинца к указательному пальцу, вслед за перекатом смещают мышцу в сторону большого пальца. Между указательным и большим пальцем образуется складка, которая исчезает, когда производят обратное движение от указательного пальца к мизинцу. Движение повторяют 3–4 раза и переходят на другой участок.

//-- Ударные приемы --//

Ударные приемы вызывают в мышечных волокнах сокращения, благодаря чему увеличивается приток крови к массируемому участку и повышается тонус мышц. Они также способствуют улучшению состояния внутренних органов, улучшают работу кишечника.

При массаже спины и боков применяют поколачивание, похлопывание, рубление, пунктирование.

Обычно используют поколачивание локтевым краем кулака и тыльной стороной согнутых пальцев, то есть кулаком, установленным поперечно на массируемом участке. При этом пальцы массажиста немного согнуты, а кончики указательного и среднего пальцев касаются внутренней стороны ладони. Внутри ладони образуется небольшое пустое пространство, которое смягчает удары.

Движения при массаже направлены сверху вниз, снизу вверх, по диагонали или

хаотично по всей массируемой зоне спинной области. Данный прием может вызвать слабые болевые ощущения.

При поколачивании локтевым краем кулака пальцы должны быть слегка согнуты и касаться ладони. Большой палец прижимают к указательному, а мизинец немного отводят в сторону. Кисти располагают перпендикулярно к массируемой области и сгибают в момент нанесения удара.

Поколачивания выполняют обычно обеими руками, изредка одной. Чаще всего приемы комбинируют, что дает хороший эффект при лечении.

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта не используют массирование концевыми фалангами пальцев. Это объясняется тем, что подобное поколачивание окажется слабым и не даст нужного эффекта.

Похлопывание выполняют ладонями рук. Прием проводят одной или двумя руками, часто с отягощением. В последнем случае воздействие производят попеременно, то есть ординарное похлопывание одной рукой сменяют похлопыванием одной рукой с отягощением, а затем похлопыванием двумя руками. При выполнении приема пальцы руки или рук слегка сгибают, чтобы при ударе образовывалась воздушная подушка, смягчающая удар. Иногда похлопывание производят не только ладонями, но и пальцами. В этом случае кисти рук сильно расслабляют, а удары совершают за счет тяжести самих пальцев. Лучше всего использовать для похлопывания средний темп, иногда быстрый.

Рубление выполняют ребром ладони, пальцы при этом должны быть разведены, выпрямлены и расслаблены. Удар наносят ребром ладони и мизинцем, остальные пальцы в момент удара смыкают, а затем снова разводят. Если этого не делать, а выполнять прием сжатыми пальцами, то удар будет сильным и болезненным.

Рубление может сопровождаться головокружением или другими неприятными ощущениями у массируемого, в этом случае следует приостановить процедуру и продолжить ее после того, как состояние пациента нормализуется.

Пунктирование выполняют кончиками пальцев одной или двух рук. Проводят его с некоторым нажимом на массируемый участок, но без отягощения.

//-- Потряхивание --//

При заболеваниях органов пищеварения наибольший эффект дают встряхивание, сотрясение, стегание, потряхивание, подталкивание, подергивание, пощипывание. Каждый из подвидов имеет свою технику выполнения.

Потряхивание выполняют мизинцем и большим пальцем. Остальные пальцы при этом слегка приподняты и не касаются массируемого участка. Темп выполнения – быстрый (12–15 движений за 20 секунд).

Сотрясение проводят двумя руками, отдельными пальцами или всей кистью. Быстрые ритмичные колебания осуществляют в произвольном направлении вверх или вниз. Расстояние между руками не должно быть большим.

При стегании быстрые, ритмичные и легкие удары наносят по касательной. Прием выполняют одним или несколькими пальцами. Если используют обе руки, то стегание осуществляют ими попеременно. Прием считается выполненным правильно, если массируемый чувствует подобие легкого быстрого ожога, какой бывает от прикосновения крапивы к коже. Следует также помнить о том, что стегание исключает болевые ощущения, и если такие появились, то прием следует прекратить.

Чтобы выполнить такой прием, как подталкивание, руки располагают на соседних участках. Левую фиксируют, а правой рукой выполняют короткие быстрые толчки, смещая мышцы с одного участка на другой, в зону фиксации. Данный прием выполняют по всему массируемому участку в произвольном направлении.

Подергивание осуществляют большим и указательным пальцами. Ими за-хватывают большой участок мышцы, резко приподнимают его вверх и резко отпускают. Подергивание проводят одной или двумя руками. Движение по участку осуществляют произвольно, в любом направлении.

Пощипывание проводят большим и указательным пальцами, которыми за-хватывают небольшой участок, легко и быстро приподнимают, а затем отпускают. Пощипывание выполняют в быстром темпе в произвольном направлении.

Встряхивание проводят после серии всех приемов и применяют для снятия напряжения. Встряхивание способствует активизации кровообращения и быстро освежает мышцы.

Заболевания кишечника

1. Кишечник состоит из тонкой и толстой кишки, выполняющих разные функции. В тонкой кишке происходит расщепление и всасывание белков, жиров, углеводов. В толстой кишке всасываются вода, электролиты и формируются каловые массы.

Причины, приводящие к заболеваниям кишечника, различны: бактерии, вирусы, глисты, радиация, аллергия, наследственные заболевания. Эти факторы повреждают слизистую оболочку кишечника и вызывают так называемые органические заболевания: энтериты (тонкая кишка) и колиты (толстая кишка). Однако значительно чаще встречаются функциональные заболевания кишечника – дискинезии, при которых не изменяется слизистая, а страдает только функция кишки, преимущественно двигательная.

Причинами этих заболеваний являются прежде всего нервные факторы (нервная система регулирует деятельность кишечника), неправильное питание (избыток белковой или углеводной пищи), а также дисбактериоз кишечника. Дисбактериозом называется нарушение нормального состава микрофлоры кишечника. У здорового человека в толстой кишке живут полезные бактерии, которые участвуют в синтезе витаминов группы В, переваривании клетчатки, а также защищают слизистую от патогенных микроорганизмов. При инфекции или длительном лечении антибиотиками эти бактерии погибают, их место занимают другие, вызывающие гнилостную или бродильную диспепсию, что нарушает функцию кишки.

Причины заболеваний кишечника различны, а реакции на повреждения однообразны – прежде всего нарушение стула. Считается, что стул у здорового человека может быть и несколько раз в день, и лишь 3–4 раза в неделю. Стул должен быть оформленным, без патологических примесей (кровь, слизь, гной), а акт дефекации не должен приносить болезненных ощущений. Главное, считают некоторые гастроэнтерологи, не частота стула, а изменение его обычного характера. Хотя большинство врачей придерживаются мнения, что стул реже 1 раза в сутки уже указывает на начинающиеся запоры.

Для заболеваний тонкой кишки характерно появление поноса – обильного кашицеобразного стула 2–3 раза в день с неприятным зловонным запахом, покрытого пленкой жира (плохо смываемого). Возникает вздутие живота, не-определенные боли вокруг пупка. При органических заболеваниях тонкой кишки (энтеритах) происходят также нарушения всасывания белков, жиров, углеводов, витаминов. В результате постепенно развиваются похудение, появляются отеки, ухудшение зрения, нарушение кожной чувствительности и т. д.

Функциональные заболевания толстой кишки (дискинезии толстой кишки) тоже в основном проявляются нарушениями стула: поносами, которые сменяются запорами. Испражнения при поносах имеют водянистый вид, необильные (меньше 200 г в сутки).

Опорожнение кишечника частое – до 5-10 раз и более, могут быть ложные позывы к дефекации. В случае органического заболевания толстой кишки (неспецифический язвенный колит и др.) могут появляться патологические примеси в кале, температура, слабость, поражение других органов: кожи, суставов, печени и т. д.

Органические заболевания кишечника лечат в стационаре, где используют салазопрепараты (салазодиметоксин, салазолпиридазин, салофальк), гормоны, вливают белки, солевые растворы и т. д. Диагноз устанавливают после рентгенологического и функционального обследования, в ряде случаев – после биопсии кишки.

Дискинезии лечат амбулаторно. Диета должна быть полноценной, содержащей достаточное количество белков, жиров, углеводов. Запорам способствует такая пища, как крутые яйца, манная и рисовая каша, белый хлеб, какао, кофе, крепкие бульоны, красные вина. Рекомендуются натощак холодные овощные и фруктовые соки, минеральные воды или просто стакан холодной кипяченой воды. Полезны по утрам овощные салаты (морковь, редька, брюква, тыква), заправленные подсолнечным маслом, сметаной, майонезом.

При поносах, наоборот, исключают черный хлеб, свежие овощи и фрукты, морскую капусту, чернослив, грецкие орехи, сардины, майонез, сметану. Пища должна быть теплой, механически обработанной, хорошо прожевываться. Часто на больных с заболеванием кишечника плохо действует молоко. Но боли, метеоризм и понос могут наблюдаться и у здоровых людей после употребления молока. В этом случае его следует заменить кисломолочными продуктами.

При хроническом воспалении тонкой (энтерит) или толстой кишки (колит), сопровождающемся вздутием и болями в животе, поносами, потерей массы тела, нарушением нормальной микрофлоры кишечника, необходимо в первую очередь наладить функцию кишечника. Для этого используют продукты и блюда, содержащие вяжущие дубильные вещества (отвары и кисели из сухой черники и малины, ягод черемухи, груш, кизила, айвы, сок и отвар кожуры гранатов, сок калины, плоды и сок терна, крепкий чай и др.). Настой из семян укропа сокращает газообразование в кишечнике, уменьшая тем самым боли. В диету входят блюда, обволакивающие слизистую оболочку кишечника, – отвары круп, особенно рисовой, протертые каши, слизистые супы. Напитки и пищу нужно использовать обязательно только в теплом виде, запрещаются блюда с температурой ниже комнатной, газированные напитки и все продукты, усиливающие перистальтику кишечника.

Поскольку нарушена микрофлора кишечника, необходимо обязательно использовать кисломолочные напитки, небольшое количество хорошо протертых фруктов, ягод, овощей. Эффективны при нормальной переносимости яблочные, овощно-фруктовые диеты. В связи с тем что при поносах значительны потери белка, витаминов и минеральных веществ, их в рационе должно быть несколько больше обычного, в основном за счет вареных мясорыбных, творожных, яичных блюд, а также обогащения пищи синтетическими поливитаминными продуктами.

2. Из лекарственных средств при поносах применяют антибактериальные, так как дискинезии кишечника способствуют развитию дисбактериоза, что усугубляет функциональные нарушения. Желательно начинать со следующих препаратов: энтеросептол, интестопан, мексаза, мексаформ. Они не влияют на нормальную микрофлору, но патогенные бактерии к ним чувствительны. Эти лекарства принимают по 1–2 таблетки 3–4 раза в день, курс не более 5–7 дней, его можно повторить через 7-10 дней. Противопоказанием к назначению указанных средств служит поражение зрительного нерва, нарушение функции щитовидной железы, аллергия на йод и бром.

При неэффективности перечисленного выше используют такие средства, как фурадонин, фуразолидон, 5-НОК или сульфаниламиды (бисептол, сульгин, фталазол). В последнюю очередь прибегают к антибиотикам: левомицетин, тетрациклин, олететрин и др.

После 1–2 коротких курсов приема антибактериальных средств проводят лечение биопрепаратами, содержащими культуру полезных бактерий: бифидум-бактерин, колибактерин, лактобактерин, бификол, бактисубтил. Улучшают процессы пищеварения и ферментные препараты, а также витамины.

Для устранения поносов рекомендуется имодиум, порошки с кальцием, висмутом, белая глина, плоды черники, черемухи, кора граната. При запорах лучше не начинать со слабительных средств, так как к ним можно привыкнуть, а попытаться исправить положение диетой. При неэффективности последней назначают бисакодил и щадящий массаж области живота. Также нередко применяют изафенин. Данные средства усиливают секрецию кишечного сока, не влияя на моторику кишки, и рекомендуются особенно при спастических запорах, сопровождающихся болями в животе.

Следующая группа средств усиливает моторику кишечника и показана при атонических запорах, развивающихся часто у пожилых малоподвижных людей. Это сеннаде, сеннадексин, корень ревеня, рамнил, кора крушины, фенолфталеин (пурген), плоды фенхеля, тмина, жостера. Можно применять такой слабительный сбор: кора крушины, листья крапивы, трава тысячелистника или листья сенны, плоды жостера, плоды аниса, корни солодки. Данные сборы используют в виде настоев по 0.5 стакана на ночь. Для снижения вязкости кала применяют масла: вазелиновое (обязательно натошак), касторовое, глицериновые свечи. Уменьшают всасывание воды из кишечника солевые слабительные: ксилит, сорбит, глауберова соль, карловарская соль.

Иногда запоры бывают связаны с нарушением акта дефекации из-за трещин заднего прохода, геморроя. В этом случае показаны свечи с белладонной, новокаином.

Врач Куреннов П. М. в своем «Лечебнике» советует при геморроях следующие средства: ледяные свечи, применение в течение 3–5 минут сидячей ванны с холодной водой, противогеморройный чай. Ледяные свечи изготавливают самостоятельно. В бумажные цилиндрические трубочки наливают воду и замораживают. Перед вводом в задний проход трубочку опускают в теплую воду, чтобы убрать шероховатости, или смазывают вазелином. Первое время ледяные свечи вводят на полминуты, затем каждые 5 дней прибавляют по полминуты. Противогеморройный чай готовят из почечуйной травы (горец птичий или спорыш). Заваривают как обычный чай и пьют несколько раз в день. Также хорошо помогает орошение заднего прохода холодной водой в течение 2–3 минут 3–4 раза в день до ощущения онемения.

При заболеваниях кишечника также применяют массаж и лечебную физкультуру.
//-- Массаж при заболеваниях кишечника --//

При заболеваниях кишечника назначают особый массаж области живота, спины и боковых участков. Следует учитывать, что для массажа живота интенсивные силовые приемы не применяют, а сам массаж не должен длиться более 8–10 минут. Остальное время отводят на массаж спины и боковых участков.

Массаж выполняют на чистой коже в хорошо проветренном помещении. Для лучшего скольжения по коже используют специальные смягчающие кремы.

//-- Приемы, используемые при массаже области живота --//

Для массажа данной области применяют поглаживание, растирание, разминание, ударные приемы и вибрацию.

//-- Поглаживание --//

Поглаживание выполняют ладонью и пальцами, медленными движениями от

подреберного участка до области паха. Прием осуществляют одной или двумя руками попеременно. Область живота массируют ладонью или подушечками пальцев продольно, поперечно, прямолинейно, зигзагообразно, S-образно, V-образно, щипцеобразно, граблеобразно, гребнеобразно.

Массирование рекомендуется начинать с прямолинейного поглаживания. Прием проводят сверху вниз, затем, не отрывая рук, снизу вверх по всему участку. Массирование выполняют одной или двумя руками. Кисти рук двигают параллельно или с небольшим отставанием. После того, как прием проделан подушечками пальцев (четырех и большого), производят массирование ладонями без нажима. Количество поглаживаний на данном участке – 8-10.

Зигзагообразное поглаживание выполняют аналогично прямолинейному. Движения производят в продольном или поперечном направлении. Зигзагообразное поглаживание выполняют разными способами, но лучше всего проводить его подушечками четырех пальцев. Темп массирования средний, близкий к медленному. В медленном темпе зигзагообразное поглаживание проводят сверху вниз. Данный прием выполняют одной или двумя руками, двигаясь по участку параллельно или с небольшим отставанием.

Спиралевидное поглаживание чаще всего проводят комбинированно, массируя попеременно ладонью и пальцами. Кроме этого, применяют массирование подушечками или фалангами четырех пальцев, или только ладонями. Руку или руки двигают по всему участку справа налево и слева направо, как в одном направлении, например к правому боку, так и в разных. Правой рукой выписывают спирали справа налево, левой рукой – слева направо. Руки двигают одновременно навстречу друг другу, а достигнув точки соприкосновения, возвращают обратно в исходное положение. S-образное поглаживание выполняют подушечками двух, трех или четырех пальцев. Движение производят как в продольном, так и поперечном направлении. Массирование проводят одной или двумя руками. Помимо S-образного поглаживания применяют также и C-образное поглаживание. Иногда после S-образного поглаживания сразу переходят к C-образному. Прием проводят как одной, так и двумя руками. Чередование этих видов поглаживания дает хороший результат при массировании, а частая смена приемов приводит к тому, что улучшается перистальтика кишечника. Различные застойные явления, которые сопровождаются болезненными спазмами, при выполнении массирования данными способами исчезают, спазмы прекращаются.

Щипцеобразное поглаживание выполняют большим и указательным пальцами, которыми захватывают определенный участок кожи, как щипцами. Не выпуская из пальцев захваченного участка, начинают движение в продольном направлении – снизу вверх и сверху вниз, или в поперечном направлении.

V-образное поглаживание проводят широко разведенными наподобие буквы V указательным и средним пальцами. Для выполнения приема подходит продольное и поперечное направление. Движения совершают одной или двумя руками.

Кругообразное поглаживание выполняют немного разведенными в стороны подушечками четырех пальцев с опорой на большой палец, ладонью или выступом большого пальца. Прием проводят в медленном темпе. Следует помнить, что массирование осуществляют без нажима.

Граблеобразное поглаживание выполняют подушечками четырех пальцев, сильно разведенными в стороны. При этом кисть должны быть приподнята над массируемым участком. Прием осуществляют двумя руками, двигая их навстречу друг другу и собирая кожу в складку. Поглаживание выполняют в прямолинейном направлении (сверху вниз и снизу вверх), в продольном, поперечном, а также в противоположных направлениях – от

середины живота к боковым участкам.

Гребнеобразное поглаживание выполняют фалангами согнутых пальцев, плотно прижатых друг к другу или чуть разведенных в стороны. Кисть руки немного приподнимают, чтобы костные выступы касались кожи без нажима. Гребнеобразное поглаживание проводят в прямолинейном продольном или поперечном направлении.

После проведения всех приемов медленно и осторожно проводят ладонями от подреберной зоны до паховой области 2–3 раза.

//-- Растирание --//

При заболеваниях кишечника растирание является основным приемом, на который отводят больше всего времени. В данном случае массаж производят подушечками пальцев, фалангами пальцев и ладонями.

Растирание подушечками пальцев чаще всего проводят в продольном направлении, то есть по ходу мышечных волокон. Движение начинают снизу вверх, от паховой до подреберной области. Затем массируют сверху вниз по направлению к лимфатическим узлам. Если движения выполняют двумя руками, то они должны все дальше и дальше расходиться по диагонали, пока не дойдут до нужной точки. Прием проводят в среднем темпе, чтобы не вызвать болевых ощущений. Если такие появятся, массаж данного участка на время прекращают.

Зигзагообразное растирание чаще всего осуществляют одной или двумя руками расходящимися и сходящимися движениями. При сходящемся растирании движения совершают из разных точек сверху вниз или снизу вверх, при расходящемся растирании – из одной точки снизу вверх или сверху вниз, но не прямо, а по диагонали.

Растирание подушечками четырех пальцев проводят аналогично массажу подушечками двух пальцев, но с более сильным давлением на массируемый участок. Большой палец используют в качестве опоры или прижимают к указательному пальцу. Можно чередовать массаж двумя и четырьмя пальцами.

Растирание большими пальцами хорошо проводить на определенных участках, а не на всей поверхности живота. Сначала массируют небольшую область под пупком, затем симметричные зоны справа и слева на два сантиметра ниже пупка, после этого – зону над паховой областью. На массаж каждой зоны отводят 30–40 секунд. При массаже подушечками больших пальцев четыре остальных пальца сгибают и используют в качестве опоры или прижимают к ладони; кисти рук должны быть приподняты на 5–7 см. При массаже подушечками больших пальцев можно совершать прямолинейное массажирование вверх и вниз в указанных зонах.

При растирании подушечками средних пальцев опоры не используют, кисти рук держат на весу. Массаж фалангами пальцев выполняют только после того, как уже сделано растирание подушечками пальцев. Данное растирание усилит эффект от предыдущих приемов.

S-образное растирание выполняют одной или двумя руками медленными, плавными движениями в медленном темпе.

После S-образного выполняют спиралевидное, щипцеобразное и вилкообразное растирания. S-образное растирание проводят без опоры на четыре пальца подушечками больших пальцев. Чаще всего данный прием выполняют попеременно: сначала правой рукой выписывают букву S, затем левой. Движения обычно проводят в продольном направлении, иногда – в поперечном.

Для выполнения щипцеобразного растирания пальцами захватывают участок так же, как при поглаживании. Данный прием выполняют как одной, так и двумя руками прямолинейно в продольном или поперечном направлении.

При V-образном растирании указательным и средним пальцами массируют участок тела с небольшим нажимом. Лучше всего данный прием выполнять одной рукой, а ладонью другой руки поглаживать пройденный участок. На данный прием отводят 50–60 секунд, темп выполнения средний.

Кругообразное растирание выполняют с опорой на полусогнутый указательный или большой палец. Начинают прием с малых кругов, постепенно увеличивая диаметр окружности. Движения производят подушечками пальцев, осторожно, без нажима. Чем больше диаметр окружности, тем легче должно быть прикосновение к участку и медленнее темп.

При граблеобразном растирании пальцы рук разводят в стороны, массирование проводят кончиками пальцев, а при гребнеобразном пальцы сгибают, массаж выполняют фалангами пальцев. Воздействие осуществляют в поперечном направлении, двигаясь от боковых участков к центру, а затем от центра к бокам. Массирование должно быть мягким и плавным, без лишних нажимов.

//-- Разминание --//

При массажировании области живота применяют только некоторые подвиды разминания. Это связано с тем, что разминание – очень интенсивный прием, а массажирование данной области должно быть крайне осторожным. Массаж призван стимулировать работу кишечника, процедура не должна становиться причиной резких болевых спазмов. Поэтому из всех видов разминания для данной области подходят только ординарное продольное, поперечное и кругообразное разминания.

Продольное разминание выполняют по ходу мышечных волокон. Прием начинают от подреберной области и проводят по направлению к паху. Кистью руки совершают движение из отправной точки вдоль продольных мышц в сторону лимфатических узлов. Разминание проводят большими или четырьмя остальными пальцами. Кисть руки должна плотно прилегать к массируемому участку, чтобы при захвате мышцы не оставалось зазоров между ладонью и кожей.

При продольном разминании большие пальцы рук отводят в стороны и противопоставляют четырем остальным пальцам, немного согнутым. Большим пальцем захватывают мышцу и встречным движением вместе с четырьмя остальными пальцами сдавливают мышцу с обеих сторон. При выполнении приема кисти рук располагают близко друг к другу, так чтобы пальцы правой руки располагались чуть выше пальцев левой. Во время массажирования большой палец левой руки может касаться большого пальца правой руки. При продольном разминании мышцу сдвигают от себя.

Разминание большими пальцами рук производят в течение 3–4 секунд, затем меняют положение и передвигают кисть вперед на 2–3 см.

При разминании захватывают небольшой участок кожи и мышц, исключение делают только в том случае, если массируемый имеет избыточный вес и толстый жировой слой. В такой ситуации захват проводят как обычно, а разминают более интенсивно.

При продольном разминании четырьмя пальцами движение производят к себе сверху вниз. Массирование основанием кисти не должно быть затяжным, так как оно оказывает сильное воздействие на массируемый участок.

Гребнеобразное разминание выполняют концевыми фалангами пальцев.

При поперечном разминании пальцы рук накладывают на массируемый участок в виде треугольника. Указательные пальцы правой и левой руки должны слегка соприкасаться, а большие располагаться один под другим. В этом случае зона воздействия будет не очень большой. Если большие пальцы правой и левой руки отвести подальше друг от друга, чтобы они едва соприкасались кончиками, образуется более широкое основание

треугольника, и зона воздействия будет немного больше. Данный вид разминания проводят как в прямом, так и в обратном направлении.

Кругообразное клювовидное разминание выполняют сложенными в виде клюва пальцами. Ими массируют участок, делая развороты в сторону мизинца или указательного пальца. При выполнении приема следует избегать сильного нажима. Для лучшей эффективности можно чередовать эти движения, чтобы массирование на участке проводилось с разной интенсивностью.

Кругообразное разминание подушечками пальцев практически всегда проводят с опорой на большой палец. Он является центром, вокруг которого происходит кругообразное движение. Диаметр кругов различный: от маленького – 4–5 см, до большого – 10–12 см. Прием проводят одной или двумя руками параллельно или попеременно. Большой палец устанавливают в определенной точке, правой рукой массируют круговыми движениями. Затем руку смещают, в точку устанавливают большой палец левой руки и совершают такие же круговые движения подушечками четырех пальцев левой руки. Затем движения повторяют в следующей точке. Следует помнить, что при использовании правой руки движение идет по часовой стрелке, а при использовании левой – против часовой стрелки.

При кругообразном разминании подушечкой большого пальца в качестве опоры используют четыре пальца. Движения проводят сверху вниз. Большой палец при этом описывает четверть или половину окружности.

Кругообразное разминание может проводиться и без опоры. В этом случае четыре пальца отставляют в сторону. Диаметр массируемой зоны – 4–5 см.

После выполнения основных приемов разминания выполняют вспомогательным приемами: сдвигание и подергивание.

При сдвигании массируемую поверхность захватывают большими пальцами так, чтобы образовалась складка. Мышцу при этом сдвигают в сторону. Массирование производят с опорой и фиксацией либо без них. В первом случае ладони фиксируют на участке и прижимают к поверхности массируемой зоны. Кисти рук разворачивают таким образом, чтобы кончики пальцев были устремлены друг к другу. Быстрыми ритмичными движениями поверхность участка сдвигают между пальцами рук. Прием проводят в поперечном направлении либо чередуют продольное и поперечное. На одном участке их можно менять 3–4 раза, а затем переходят на другой участок. Следует помнить, что движения не должны быть резкими и сильными, проводят их без всякого нажима.

При подергивании большим и указательным пальцами захватывают мышцу, затем приподнимают ее быстрым движением вверх, оттягивают и отпускают. Подергивания следует выполнять в быстром темпе, двигаясь по всему массируемому участку. Движения должны быть легкими, немного напоминать пощипывания.

//-- Ударные приемы --//

Для улучшения работы кишечника применяют следующие ударные приемы: пунктирование, поколачивание, похлопывание. Рубление исключают из-за чрезмерной силы воздействия.

Пунктирование – легкий и быстрый прием, выполняемый кончиками пальцев. При массировании используют четыре или пять пальцев. В первом случае кисть руки приподнимают, а четыре пальца располагают на поверхности участка под углом. Пунктирование совершают расслабленными кончиками пальцев, приподнимая их над поверхностью участка на 3–4 см. Движения выполняют в любом направлении – продольном или поперечном, по диагонали или хаотично.

Если данный прием выполняют пятью пальцами, то в этом случае кисть приподнимают над поверхностью участка, а пальцы сдвигают. Движения выполняют как и при

пунктировании, то есть четырьмя пальцами.

Поколачивание – более интенсивный прием. Осуществляют его одним или несколькими пальцами. Нередко приемы чередуют: начинают с поколачивания концевыми фалангами больших пальцев, затем переходят к поколачиванию двумя пальцами, после этого – четырьмя. Прием выполняют двумя руками, двигая их по участку параллельно, или одной рукой.

Похлопывание выполняют расслабленной ладонью и пальцами. Лучше всего осуществлять прием одной рукой, расположив ее поперек массируемого участка.

//-- Вибрация --//

Для массажа области живота можно применять оба вида вибрации – прерывистую и непрерывистую.

При воздействии на область живота используют только пальцы. Темп вибрации лучше всего применять медленный, иногда убыстряя его. Сначала массируют подпупочную область, затем две симметричные зоны ниже пупка, после этого – надпупочную зону.

//-- Приемы, используемые при массаже спинной области и боковых участков --//

При заболеваниях кишечного тракта массируют не только нижнюю часть спины и боковые участки, но и область таза, а также верхние части конечностей. Массаж этих участков должен быть интенсивным, выполняться с нажимом, отягощением.

//-- Поглаживание --//

Используют следующие виды поглаживания: прямолинейное, продольное, поперечное, зигзагообразное, щипцеобразное, спиралевидное, S-образное, V-образное, кругообразное, граблеобразное, гребнеобразное. Поглаживание осуществляют подушечками пальцев, фалангами пальцев, внутренней стороной ладони, тыльной стороной ладони, ребром ладони, сжатыми в кулак пальцами.

Лучше всего начинать массаж с прямолинейного продольного поглаживания. Движение осуществляют сначала сверху вниз, затем снизу вверх вдоль позвоночного столба в медленном или среднем темпе. Все движения должны быть плавными, тягучими. В поперечном направлении массаж производят от одного бока к другому.

При поглаживании подушечками четырех пальцев их смыкают вместе или немного разводят в стороны. Большой палец в поглаживании не участвует, его отставляют в сторону или прижимают к указательному. Поглаживание большим пальцем проводят на небольшом участке с опорой на четыре пальца или без нее (в этом случае пальцы поднимают вверх). Прием выполняют в районе позвоночного столба.

Поглаживание ладонью и пальцами начинают от верхней части бедра, массируют ягодицы, копчик, затем поднимаются вверх и заканчивают на середине спинной области.

При проведении прямого поглаживания ладонями пальцы соединяют вместе и чуть приподнимают. При прямолинейном продольном поглаживании руки двигают в двух направлениях. Движения выполняют сверху вниз от середины спины до копчика и по диагонали от середины спины вниз до верхней части бедра.

От прямолинейного продольного поглаживания переходят к поперечному поглаживанию. Его осуществляют подушечками или фалангами четырех пальцев, ладонями или основанием ладони, пальцами, сжатыми в кулак. Руку или руки при таком массаже двигают по всему участку справа налево и слева направо, как в одном направлении, например к правому боку, так и в разных. Правой рукой совершают поглаживание справа налево, а левой – слева направо. Руки двигают одновременно навстречу друг другу, а после достижения нужной точки возвращают в исходное положение.

Зигзагообразное поглаживание можно выполнять как одной рукой, так и двумя.

Рекомендуется проводить его в среднем или быстром темпе. В медленном темпе воздействие осуществляют сверху вниз, выписывая кистью большие зигзаги вдоль позвоночного столба, а затем на ягодичах. Данное поглаживание, как и прямолинейное, выполняют не только ординарно, но и с отягощением. Для этого кисть левой руки помещают на кисть правой руки. Расположение левой кисти может быть различным: в продольном направлении (в этом случае пальцы левой руки накладывают на пальцы правой руки), под небольшим углом и поперек правой кисти.

Спиралевидное поглаживание проводят аналогично. Массирование выполняют фалангами пальцев, выписывая на участке спирали. Данное поглаживание осуществляют одной или двумя руками, в первом случае с отягощением. Темп лучше всего применять средний.

При щипцеобразном поглаживании используют указательный и большой пальцы. Прием проводят в продольном или поперечном направлении, по диагонали. Массирование выполняют одной или двумя руками с отягощением. Для этого кисть левой руки помещают на кисть правой руки, делая упор на пальцы, проводящие массаж.

V-образное поглаживание проводят широко расставленными указательным и средним пальцами. Ими совершают движение по участку сверху вниз, снизу вверх и по диагонали. К отягощению прибегают при выполнении приема одной рукой. Зигзагообразное, спиралевидное, щипцеобразное и V-образное поглаживания нередко комбинируют.

При кругообразном поглаживании пальцы рук немного разводят в стороны. Прием проводят с опорой на большой палец. Подушечками четырех пальцев захватывают мышцу, выполняют вращательное движение и возвращают руки в исходное положение.

Кругообразное поглаживание ладонью выполняют в среднем темпе, выступом большого пальца – в медленном.

Для более интенсивного воздействия на участок применяют поглаживание основанием ладони и пальцами, сжатыми в кулак. Движение производят в продольном или поперечном направлении, по диагонали. Как в первом, так и во втором случае кругообразное поглаживание выполняют не только ординарно, но и с отягощением.

Граблеобразное поглаживание проводят подушечками четырех пальцев, немного разведенными в стороны. Кисть руки приподнимают под углом над массируемым участком. Прием выполняют чаще всего обеими руками, реже одной. Руки двигают навстречу друг другу, собирая кожу в складку, как в прямом направлении, то есть сверху вниз и снизу вверх, так и по диагонали. Граблеобразное поглаживание одной рукой выполняют с отягощением.

Гребнеобразное поглаживание осуществляют фалангами согнутых пальцев, плотно прижатых друг к другу или чуть разведенных в стороны. Кисти рук приподнимают и располагают почти под прямым углом к массируемому участку. Массирование проводят либо без нажима, когда костные выступы едва касаются кожи, либо с нажимом. Прием выполняют двумя способами. В первом случае внутренние стороны ладоней должны быть обращены друг к другу, а кончики согнутых пальцев при движении соприкасаться. Во втором случае кисти рук разворачивают тыльными сторонами друг к другу, а при выполнении приема они соприкасаются на массируемом участке. Данный вид массажа можно выполнять с отягощением.

Глажение осуществляют тыльными сторонами ладоней и проводят как одной, так и двумя руками. Прием выполняют тыльными сторонами пальцев, согнутых под прямым углом. Для достижения лучшего эффекта используют комбинированное глажение. Сначала прием выполняют двумя руками, затем одной рукой с отягощением, и снова двумя руками. В процессе массирования смена положения рук происходит 5–6 раз. Лучше всего выполнять прием в среднем темпе, а на некоторых участках в медленном.

//-- Растирание --//

При массажировании области спины, боков, таза и верхней части конечностей применяют следующие виды растирания: поперечное, продольное, прямолинейное, зигзагообразное, спиралевидное, S-образное, V-образное, кругообразное, граблеобразное, гребнеобразное, штрихование, пиление, пересечение.

Прямолинейное растирание выполняют концевыми фалангами большого и четырех остальных пальцев, ладонью, основанием ладони, пальцами, сжатыми в кулак. Его проводят сверху вниз, снизу вверх или по диагонали по всему массируемому участку.

Когда массажируют концевыми фалангами больших пальцев, то четыре остальных сгибают и передвигают по коже чуть впереди больших пальцев. При этом получается двойное растирание. Основным приемом проводят концевыми фалангами больших пальцев, а дополнительный – фалангами четырех пальцев.

При растирании концевыми фалангами четырех пальцев кисть руки опускают до поверхности массируемого участка. В этом случае большие пальцы будут выполнять дополнительное растирание. Если кисть руки приподнята, то пальцы занимают положение под углом друг к другу, а большие пальцы не принимают участия в выполнении приема.

При продольном растирании пальцы рук передвигают параллельно друг другу. Движение в этом случае может быть сходящимся или расходящимся. Пальцы рук при сходящемся движении встречаются в определенной точке массируемого участка, а в расходящемся – отходят от одной точки. При поперечном растирании пальцы рук передвигают навстречу друг другу по массируемому участку, а после соприкосновения в определенной точке возвращают в исходное положение. Если кисти рук расположены параллельно, то правая рука будет производить растирание справа налево, а левая рука – слева направо. Пальцы рук при массажировании не соприкасаются, а достигнув нужной точки, возвращаются в исходное положение.

При щипцеобразном растирании кожу захватывают большим и указательным пальцами и смещают сверху вниз или снизу вверх и выполняют растирающие движения. После проведения растирания в одном месте кисть руки перемещают на другой участок. Щипцеобразное растирание выполняют одной или двумя руками, в первом случае обязательно с отягощением. Нередко после растирания какого-либо участка производят несколько резких надавливаний в этом месте. Особенно важно правильно провести надавливания в области поясницы и около копчика.

S-образное растирание выполняют указательным и средним пальцами, тесно прижатыми друг к другу. Правой и левой руками вместе или попеременно выписывают на верхнем участке спины S-образные движения. Осуществляют их в продольном или поперечном направлении, по диагонали. Прием применяют нажим или отягощение, которое выполняют двумя способами. В первом случае на указательный и средний пальцы правой руки накладывают указательный и средний пальцы левой руки, а во втором ладонь левой руки помещают на костные выступы пальцев правой.

Спиралевидное и зигзагообразное растирания сходны по технике выполнения. Разница заключается в производимых движениях – спиральных или зигзагообразных. Данные приемы выполняют как ordinarily, так и с отягощением. Движения осуществляют как в продольном, так и поперечном направлении по всему массируемому участку.

V-образное растирание осуществляют широко расставленными указательным и средним пальцами. По технике выполнения данный прием очень напоминает S-образное растирание, поэтому нередко эти два вида растирания проводят комбинированно. Растирание выполняют как одной, так и двумя руками, ordinarily или с отягощением.

Кругообразное растирание концевыми фалангами больших пальцев проводят на небольших участках с опорой на четыре пальца. При выполнении приема кисть должна быть слегка

приподнята. Большой палец устанавливают в определенной точке и растирают им по окружности диаметром 3–4 см. Затем круги постепенно увеличивают до диаметра 8–9 см. Данный вид растирания проводят как одной, так и двумя руками.

При выполнении кругообразного растирания концевыми фалангами четырех пальцев их соединяют вместе или немного разводят в стороны. Прием имеет два вида выполнения: с опорой на большой палец и без опоры. Часто применяют растирание концевыми фалангами среднего и указательного пальцев без опоры. Подобный прием хорошо подходит для массажа на небольших участках. Кругообразное растирание фалангами согнутых пальцев применяют на более протяженных участках. Данный прием лучше выполнять двумя руками, тогда растирание будет не поверхностным, а глубоким. Такое же воздействие получается и при отягощении. Именно этот вид растирания хорошо применять для массажа толстых мышц нижнего отдела спины, ягодиц и верхней части бедер.

Клювообразное растирание имеет важное значение при массаже небольших участков. Кончиками пяти пальцев выполняют движение в сторону мизинца. Прием осуществляют ординарно или с отягощением.

Граблеобразное и гребнеобразное растирания проводят концевыми фалангами четырех пальцев. Кисти рук приподнимают над массируемым участком и передвигают навстречу друг другу так, чтобы между пальцами образовалась небольшая складка кожи. При граблеобразном растирании пальцы должны быть выпрямлены, а при гребнеобразном – согнуты. Нередко применяют попеременное граблеобразное растирание, то есть массируют участок сначала одной, а затем двумя руками. После этого массаж продолжают одной рукой с отягощением. При гребнеобразном растирании также нередко чередуют одну и две руки, ординарное растирание и массаж с отягощением. Данные приемы осуществляют на больших участках верхней половины спины, на боковых участках, ягодицах и верхней части бедер. Руки с боковых участков постепенно сдвигают к позвоночному столбу, затем вниз в ягодичную область до бедер.

Штрихование выполняют сложенными вместе указательным и средним пальцами, плотно прижатыми друг к другу и выпрямленными. Остальные пальцы сгибают и прижимают к внутренней стороне ладони. Прием проводят на небольших участках. Концевыми фалангами пальцев производят короткие быстрые движения. Выполняют штрихование снизу вверх, сверху вниз, по диагонали или хаотично, ординарно или с отягощением.

Пиление выполняют на более протяженных участках ребром ладони. Прием весьма эффективен, так как благодаря ему хорошо массируются мышцы нижней части спинной области. Для воздействия на боковые участки и ягодичную область применяют нажим. Пиление, как и штрихование, проводят в быстром темпе, короткими энергичными движениями. Его можно выполнять одной или двумя руками в продольном или поперечном направлении.

Пересечение выполняют лучевым краем кисти. Большой палец отводят далеко в сторону, кистью обхватывают нужный участок и производят растирание. Движения при пересечении проводят от себя, то есть в направлении указательного пальца, и к себе – в направлении большого пальца. Выполняют пересечение как одной, так и двумя руками. В последнем случае кисти рук располагают на расстоянии 3–4 см друг от друга и поворачивают тыльными поверхностями. Использование двух рук при пересечении дает более глубокое смещение тканей, которые сдвигаются попеременно в поперечном направлении от себя или к себе. Это очень важно использовать при массаже боковых участков и ягодиц. Как и при пилении, на массируемом участке возникает своеобразный валик из смещенных тканей. Этот валик перемещается по поверхности массируемого участка вместе с руками. Пересечение выполняют в медленном темпе.

//-- Разминание --//

Для стимуляции работы кишечника используют ординарное, двойное ординарное, двойное кольцевое, двойное кольцевое комбинированное, двойной гриф, кругообразное разминание, сдвигание, накатывание, растяжение, надавливание, проминание. Приемы выполняют концевыми фалангами четырех пальцев, концевыми фалангами большого пальца, основанием ладони и пальцами, сжатыми в кулак.

При выполнении разминания пальцами рук захватывают кожу и мышцы, оттягивают, сжимают и раскатывают. Мышцу плотно обхватывают поперек хода волокон и немного приподнимают вверх. Пальцами выполняют вращательное движение, двигаясь по коже вперед. Затем пальцы возвращают в исходное положение, но мышцу не отпускают. Повторив движение, переходят на следующий участок. Все это время ладонь должна быть плотно прижата к коже, чтобы между пальцами и кожей не было зазора.

Двойное ординарное разминание представляет собой два ординарных разминания, которые выполняют поочередно правой и левой рукой. Направление движения – снизу вверх или сверху вниз. Нередко чередуют ординарное и двойное ординарное разминания. После 5–6 смен переходят к следующему массажному приему.

Двойное кольцевое разминание выполняют двумя руками. Кисти рук устанавливают поперек массируемого участка на расстоянии 5–6 см друг от друга. Большие пальцы противопоставляют остальным и располагают по разные стороны массируемого участка. Выпрямленными пальцами мышцу плотно захватывают и приподнимают вверх. Движения производят в разных направлениях: одной рукой смещают участок от себя, а другой – к себе. Прием выполняют плавно, без резких движений, но с нажимом при массировании боков и ягодиц. Разминание помогает хорошо проработать мышцы нижнего отдела спинной и тазовой областей и верхние части бедер.

При проведении двойного кольцевого комбинированного разминания одной рукой выполняют ординарное разминание пальцами, ладонью другой – легкое массирование. Для лучшего захвата мышцы указательный палец левой руки помещают на средний палец правой руки. Кистями совершают движения в разных направлениях. Этот прием является глубоким и помогает хорошо промассировать толстые мышцы. Нажимы, надавливания и отягощения используют при массировании боковых участков и ягодиц.

Двойной гриф проводят на крупных и сильно развитых мышцах нижней части спины, ягодицах и боковых участках. Большой и четыре пальца левой руки совмещают с пальцами правой руки. Также можно выполнить отягощение основанием ладони на область большого пальца: правой рукой плотно захватывают мышцу, а основанием ладони левой руки с силой надавливают на большой палец правой руки. Нередко эти два вида двойного грифа комбинируют.

Кругообразное разминание выполняют концевыми фалангами пальцев, ладонями, основаниями ладоней, пальцами, сжатыми в кулак, и пальцами, сложенными в виде розетки (клювовидное разминание).

Клювовидное кругообразное разминание проводят на небольших участках массируемой зоны. Воздействие на мышцы оказывают кистью руки, которой выполняют движение в сторону мизинца. Массирование проводят вверх и вниз. Если данное разминание выполняют двумя руками, кистями рук совершают движения попеременно в разные стороны.

Кругообразное разминание можно проводить концевыми фалангами больших или четырех других пальцев. В последнем случае кисть руки располагают таким образом, чтобы большой палец проходил вдоль мышечных волокон, а четыре других находились по диагонали к мышцам. При выполнении разминания большой палец расслаблен и скользит по коже. Остальными пальцами захватывают мышцу и разминают, надавливая на массируемый участок. Плотно сжатыми пальцами массируют мышцы вдоль позвоночного столба, верхнюю часть

бедер, немного разведенными – крупные мышцы (толстые мышцы нижней части спины, ягодицы и боковые участки).

При кругообразном разминании кистями совершают движение вперед вдоль хода мышц, а пальцами массируют в сторону мизинца. Прием выполняют как одной, так и двумя руками, иногда их чередуют.

При кругообразном разминании концевыми фалангами больших пальцев кисти находятся в том же положении, что и при выполнении предыдущего приема. Четыре пальца расслаблены, а большой находится в напряженном состоянии. Большим пальцем совершают кругообразные движения в сторону указательного. В начале движения давление большого пальца на массируемый участок наиболее сильное, но постепенно ослабевает. После массирования кисть перемещают на несколько сантиметров вперед и повторяют прием.

Если массируют двумя руками, то движения кистями производят поочередно с отягощением или нажимом. В этом случае большой палец одной руки помещают вдоль большого пальца другой руки.

Разминание пальцами, сжатыми в кулак, производят с опорой на большой палец. Его устанавливают в определенную точку на участке. Фалангами сжатых в кулак пальцев придавливают мышцу и смещают ее в сторону мизинца. Данный прием выполняют как одной, так и двумя руками, нередко с отягощением. При массировании часто комбинируют разминания кулаком одной руки, кулаками обеих рук, кулаком одной руки с отягощением.

Разминание основанием ладони – простой прием. На массируемый участок накладывают ладонь и ее основанием совершают кругообразное движение в сторону мизинца. Кисть перемещают снизу вверх, сверху вниз или по диагонали. Данный прием выполняют одной или двумя руками, передвигая их одновременно в одном направлении на расстоянии 5-10 см друг от друга. Разминание одной рукой производят с отягощением или нажимом. Для этого ладонь левой руки накладывают на запястье правой. Прием выполняют в среднем темпе.

Щипцеобразное разминание выполняют концевыми фалангами пальцев. Прием осуществляют одной или двумя руками, иногда с отягощением.

Накатывание выполняют в два этапа. Сначала массируемый участок поглаживают для того, чтобы максимально расслабить мышцы. После этого ребром ладони левой руки сильно надавливают на мышцу. Левую руку фиксируют, а правой захватывают участок мышцы и производят накатывание на фиксированную кисть. Затем кисть правой руки возвращают в исходное положение. Прием повторяют 4–5 раз, после чего кисть перемещают на следующий участок.

Сдвигание проводят большими пальцами рук. Ими захватывают мышцу в складку и немного приподнимают. Сдвигание выполняют ритмично, в быстром темпе. Прием осуществляют концевыми фалангами пальцев. Выполняют его одной или двумя руками сверху вниз, снизу вверх или по диагонали, в поперечном или продольном направлении.

При растяжении пальцами захватывают участки мышцы и отводят их в стороны, как можно дальше друг от друга. Прием выполняют в медленном темпе, спокойно, без рывков, но с некоторым давлением.

Надавливание осуществляют концевыми фалангами больших пальцев. Кисти рук помещают на расстоянии 10 см друг от друга. Надавливания совершают в среднем или быстром темпе, то есть 20–25 раз в минуту, короткими быстрыми движениями сверху вниз или снизу вверх. Если пациент слабо ощущает давление, то прием выполняют с отягощением, особенно на боковых участках, толстых мышцах спины и ягодицах.

Проминание выполняют фалангами согнутых пальцев расходящимися или сходящимися движениями в продольном или поперечном направлении. Продольное проминание проводят, осуществляя перекат от указательного пальца к мизинцу, а затем в обратном направлении.

Прием повторяют 3–4 раза, затем перемещают кисть на другой участок. Для достижения лучшего эффекта используют отягощение. Для этого пальцы левой руки накладывают на тыльную поверхность ладони правой руки.

Поперечное проминание выполняют двумя руками, которые передвигают по участку параллельно. Движения производят синхронно в направлении от указательного пальца в сторону мизинца, а затем обратно.

В начале движения левая и правая рука отталкиваются друг от друга большими пальцами, а при возвращении в исходное положение большие пальцы сталкиваются.

При расходящемся и сходящемся проминании кисти рук располагают под углом друг к другу. В расходящемся проминании указательные пальцы отталкиваются, а в сходящемся сталкиваются.

При сжимании большой палец используют в виде опоры. Фалангами согнутых пальцев проминают мышцу в направлении от мизинца к указательному пальцу и вслед за перекатом смещают ее в сторону большого пальца. Между указательным и большим пальцами образуется складка, которая исчезает, когда производится обратное движение от указательного пальца к мизинцу. Движение повторяют 3–4 раза, затем руки перемещают на несколько сантиметров и прием повторяется.

//-- Ударные приемы --//

Наиболее эффективного воздействия на область спины, боков, таза и бедер при заболеваниях кишечника позволяет добиться применение таких ударных приемов, как поколачивание, похлопывание, рубление, пунктирование. Все приемы, особенно в области таза, выполняют с нажимом или давлением.

Поколачивание выполняют локтевым краем кулака или тыльной стороной согнутых пальцев. Руку устанавливают поперечно на массируемом участке. Пальцы немного согнуты, а кончики указательного и среднего пальцев касаются внутренней стороны ладони. Внутри ладони должна быть воздушная подушка, смягчающая удары. Движения производят сверху вниз, снизу вверх, по диагонали.

При поколачивании локтевым краем кулака пальцы слегка согнуты и касаются к ладони, большой палец прилегает к указательному пальцу, а мизинец немного отведен в сторону. Кисти рук располагают перпендикулярно к массируемой области и сгибают в момент нанесения удара.

Данные виды поколачивания выполняют двумя руками или одной с отягощением.

Похлопывание производят одной или двумя ладонями, часто с отягощением. Если используют две руки, то прием проводят попеременно: сначала выполняют похлопывание одной рукой, затем одной рукой с отягощением, после этого похлопывание двумя руками. При выполнении приема пальцы слегка сгибают, чтобы при ударе образовывалась воздушная подушка, смягчающая удар.

При выполнении похлопывания пальцами кисти рук должны быть сильно расслаблены. Удары совершают за счет тяжести самих пальцев в среднем или быстром темпе.

При рублении в момент удара пальцы смыкают, а затем разводят. Это необходимо для того, чтобы сделать удар менее болезненным. Прием осуществляют в среднем темпе.

Пунктирование производят кончиками пальцев, одной или двумя руками. Отягощение не применяют, однако массажирование можно производить с нажимом, особенно в зоне ягодиц, на боковых участках и толстых мышцах спины.

//-- Потряхивание --//

При массаже спины, боков, тазовой области и верхней части нижних конечностей применяют все разновидности данного приема: встряхивание, сотрясение, стегание, подталкивание, подергивание, пощипывание.

Сотрясение выполняют двумя руками, пальцами или всей кистью. Направление движений

произвольное. Руки передвигают по массируемому участку вверх или вниз. На прием отводят 10–15 секунд.

Стегание представляет собой быстрые ритмичные и легкие удары, которые наносят по касательной. Прием выполняют одним или несколькими пальцами, одной рукой или попеременно двумя.

Подталкивание выполняют двумя руками. Левую руку фиксируют на определенном участке, а правой производят короткие быстрые толчки с соседнего участка в зону фиксации. Прием проводят по всему массируемому участку в произвольном направлении. Темп движений средний, ближе к медленному.

Подергивание осуществляют большим и указательным пальцами, одной или двумя руками. Ими захватывают участок мышцы, резко приподнимают его вверх и резко отпускают. Движение по участку осуществляют в любом направлении.

Пощипывание выполняют большим и указательным пальцами. Ими захватывают небольшой участок кожи, легко и быстро приподнимают, а затем отпускают. Пощипывание выполняют в быстром темпе в произвольном направлении.

Встряхивание проводят большим, указательным и средним пальцами. Ими захватывают мышцу, слегка оттягивают ее и встряхивают. На боковых участках и ягодицах встряхивание проводят сильно и энергично. Время проведения приема – 15–20 секунд, темп – средний.

Самомассаж при заболеваниях органов пищеварения

1. Приемы самомассажа важно знать любому человеку, не только больному, но и здоровому. Умение расслабиться, избавиться от напряжения очень важно при нынешнем темпе жизни. Техника приемов самомассажа довольно проста, и освоить ее может любой желающий. Но еще более важно знать эти приемы человеку, страдающему каким-либо заболеванием. Это касается и тех, у кого имеются заболевания органов пищеварения. При внезапной резкой боли, коликах, спазмах можно применить нужные приемы и вернуть себе хорошее самочувствие.

При данных заболеваниях особое внимание, бесспорно, уделяется массажу живота. При болезнях желудка, печени и желчного пузыря сначала массируют верхнюю часть живота, затем его среднюю часть. Кроме этого, массируют боковые участки, нижнюю часть спины.

Самомассаж живота выполнять довольно легко, этот участок открыт для зрения. Массирование проводят сидя или стоя перед зеркалом. Следует помнить, что при массаже живота используют поглаживание, растирание, разминание и ударные приемы. На поглаживание и растирание отводится 80 % времени, на разминание и ударные приемы – всего 20 %.

В том случае, если после поглаживания самочувствие улучшилось, остальные приемы можно провести быстро. Если же боли сохранились, то применяют растирание.

При заболеваниях кишечника особый упор делают на массаж средней и нижней части живота, а также боковых участков, нижней части спины, ягодиц и верхней части бедер.
/-- Поглаживание --//

При болезненных и неприятных ощущениях в области живота нужно лечь на спину и полежать 1–2 минуты. После этого осторожными движениями осуществляют поглаживание по часовой стрелке. Массирование производят фалангами пальцев или ладонью. При поперечном массаже концевые фаланги средних пальцев устанавливают на участке, чтобы они соприкасались, затем начинают движение вперед

кистями навстречу друг другу. Большие пальцы в массаже не участвуют (их плотно прижимают к указательным).

При продольном поглаживании пальцы передвигают снизу вверх и сверху вниз в области живота. Прием выполняют одной или двумя руками попеременно или одновременно.

Зигзагообразное поглаживание производят фалангами пальцев в поперечном направлении. Массирование проводят одним или несколькими пальцами.

Кругообразное поглаживание выполняют четырьмя пальцами с опорой на большой палец. Движение совершают в сторону мизинца. Данный прием осуществляют чаще всего одной рукой. Выполняя прием, нужно следить за тем, чтобы не возникло сильных болевых ощущений. Диаметр массируемой области сначала небольшой – 3–5 см, но затем его увеличивают до 7–10 см.

Спиралевидное поглаживание по технике своего выполнения аналогично зигзагообразному, но движения производят не зигзагообразно, а спиралевидно. Прием выполняют мягко, в среднем темпе, чтобы не вызвать болевых ощущений.

Щипцеобразное поглаживание проводят двумя пальцами – указательным и большим, которыми захватывают нужный участок. Прием выполняют одной или двумя руками попеременно в поперечном направлении. В последнем случае кисти рук передвигают навстречу друг другу, пока кончики пальцев не соприкоснутся.

Граблеобразное поглаживание выполняют выпрямленными и разведенными в сторону пальцами, а гребнеобразное – фалангами согнутых пальцев. Этот прием проводят на всей области живота и на боковых участках. В этом случае поглаживание можно проводить не только фалангами пальцев, но и ладонями, в результате чего воздействие будет более сильным.

Зигзагообразное поглаживание выполняют одной или двумя руками. Если используют две руки, то движение начинают от подреберной зоны. Руками совершают зигзагообразные движения одновременно или попеременно.

Самомассаж нижней части спинной области провести несколько сложнее. Легче всего выполнять поглаживания в поперечном направлении.

Достаточно просто массировать зону ягодиц и верхней части бедра. Для этого применяют все известные виды поглаживаний: продольное, поперечное, прямолинейное, спиралевидное, зигзагообразное, кругообразное, щипцеобразное, грабле- и гребнеобразное, глажение.

//-- Растирание --//

При проведении самомассажа применяют несколько видов растирания: прямолинейное, спиралевидное, зигзагообразное, кругообразное. Их выполняют фалангами пальцев, ладонью или ее основанием.

Прямолинейное растирание области живота проводят концевыми фалангами четырех пальцев (большой палец прижимают к указательному) в поперечном направлении. Движение начинают от подреберной зоны и заканчивают в нижнем отделе живота над паховой областью. Прием повторяют несколько раз в среднем темпе.

Зигзагообразное растирание выполняют аналогично прямолинейному, только зигзагообразными движениями.

Подобно прямолинейному и зигзагообразному осуществляют спиралевидное растирание.

При продольном растирании движения начинают от подреберной зоны вниз, затем возвращаются вверх. Движения выполняют пальцами и ладонями.

Кругообразное растирание проводят четырьмя пальцами с опорой на большие пальцы. Перед массажем их фиксируют на участке и все движения совершают вокруг них. Прием начинают выполнять от подреберной зоны в направлении к паховой области.

Растирание боковых участков по технике выполнения очень похоже на поглаживание, но этот прием более энергичный. Пальцами рук производят растирающие движения от подреберной зоны до начала бедра. Прямолинейное, зигзагообразное и спиралевидное растирания отличаются только характером своего движения – прямо, зигзагом или по спирали.

Кругообразное растирание выполняют четырьмя пальцами с опорой на большие пальцы. Их фиксируют на боковых участках в нужных местах. Кругообразные движения производят в сторону мизинцев. Постепенно кисти рук смещают, большие пальцы отодвигают дальше. Диаметр кругов в данной зоне должен быть очень большим. Все движения лучше выполнять в среднем или медленном темпе.

Растирание спинной области производят одной или двумя руками. Наиболее удобно выполнять продольное растирание, двигаясь от позвоночного столба к боковым участкам. При самостоятельном массаже спины применяют зигзагообразное и спиралевидное растирание. В поперечном направлении самомассаж лучше всего проделывать одной рукой от одного бокового участка к другому.

Кругообразное растирание легче выполнять в средней части спинной области. Большой палец фиксируют в определенном положении, четырьмя пальцами выполняют кругообразные движения в сторону мизинца. Кроме этого можно сделать кругообразное клювовидное растирание на доступных участках спины.

При массаже ягодиц и верхней части бедра применяют все известные виды растираний. Эти зоны без особых усилий можно помассировать самостоятельно.

//-- Разминание --//

При самомассаже используют такие приемы разминания, как ординарное, двойной гриф, двойное кольцевое, продольное, двойное ординарное. Следует помнить, что массаж живота проводят осторожно, а боковых участков, спины, ягодиц и верхней части бедра – интенсивно.

Для самомассажа области живота применяют следующие виды разминания: ординарное в поперечном направлении, ординарное в продольном направлении и кругообразное. Обычно прием проводят концевыми фалангами пальцев в поперечном направлении. Кисти рук передвигают от боковых участков до середины живота. Достигнув нужной точки, кисть руки возвращают в исходное положение и прием повторяют. Реже ординарное разминание выполняют в продольном направлении. Пальцы рук передвигают сверху вниз от подреберной зоны до надпупковой области. Затем возвращают их в исходное положение.

Кругообразное разминание проводят с опорой на большие пальцы. Движения совершают в сторону мизинца, при этом кисти передвигают сверху вниз, снизу вверх и по диагонали по всему массируемому участку.

Сдвигание выполняют концевыми фалангами четырех пальцев: передвигая их навстречу друг другу, смещают массируемый участок.

При растяжении большими пальцами раздвигают кожу на массируемом участке в противоположных направлениях.

Кроме сдвигания и растяжения используют надавливание. Его производят концевыми фалангами четырех пальцев по всей области живота. Следует помнить, что надавливания нужно выполнять очень осторожно. При заболеваниях желчного пузыря, печени, желудка, поджелудочной железы, кишечника прием выполняют в зоне расположения больного органа.

Разминание боковых участков провести гораздо проще, но для этого подходят всего несколько приемов: ординарное разминание, которое выполняют в продольном и поперечном направлениях; круговое разминание и двойной гриф.

Ординарное поперечное разминание выполняют от подреберной зоны. Прием проводят в среднем или медленном темпе, или чередуя их.

Ординарное продольное разминание проводят концевыми фалангами четырех пальцев. Кисти рук передвигают сверху вниз и снизу вверх. Движения начинают от подреберной зоны и заканчивают в верхней части бедра.

При выполнении двойного грифа мышцы на боковых участках захватывают большим и четырьмя остальными пальцами и разминают.

При самомассаже боковых участков сдвигание выполняют от спинной области по боковым участкам в сторону живота. Концевые фаланги пальцев передвигают навстречу друг другу.

Растяжение выполняют большими пальцами. Ими разводят кожу и мышцы в стороны насколько возможно, затем прием повторяют на другом участке.

Надавливание выполняют концевыми фалангами пальцев по всему массируемому участку. Движения должны быть быстрыми, ощутимыми, но не вызывать дискомфорта и боли. Данный прием является самым легким в исполнении.

Разминание нижней части спинной области, ягодиц и верхней части бедра выполняют с помощью тех же приемов, что и на предыдущих участках, но с большим нажимом. Поперечное разминание совершают от середины позвоночного столба до боковых участков. В продольном направлении кисти рук передвигают сверху вниз и снизу вверх. Кругообразное разминание проводят с опорой на большой палец в сторону мизинца.

Двойной гриф выполняют с отягощением. Для этого накладывают пальцы левой руки на пальцы правой или основание ладони левой руки на большой палец правой. Данный вид разминания, выполняемый на толстых мышцах нижнего отдела спинной области, значительно улучшает работу кишечного тракта.

Двойное кольцевое разминание проводят с захватом мышцы. Пальцами мышцу приподнимают немного вверх и разминают ее. Правой рукой совершают движение к себе, левой – от себя.

Сдвигание осуществляют концевыми фалангами пальцев. Расстояние между руками должно быть не более 4–5 см.

При растяжении большими пальцами раздвигают ткань в разные стороны как можно дальше. Прделав прием на одном участке 3–4 раза, переходят на другой участок.

Надавливание производят концевыми фалангами четырех пальцев. Прием выполняют в быстром темпе, движения производят по всему участку в произвольном направлении.

//-- Ударные приемы --//

Ударные приемы включают в себя рубление, поколачивание, похлопывание, пунктирование.

При массаже области живота используют все приемы, кроме рубления.

Поколачивание проводят слегка согнутыми концевыми фалангами пальцев без нажима в быстром темпе в течение 40–50 секунд. Похлопывание выполняют внутренней стороной пальцев и ладонью. Это легкий и быстрый прием, который выполняют 50–55 секунд.

Пунктирование выполняют кончиками пальцев, которыми легко и быстро наносят удары по массируемому участку. Данные приемы лучше всего выполнять одной рукой или поочередно двумя руками.

При массаже боковых участков поколачивание выполняют концевыми фалангами пальцев в продольном направлении от спинной области до области живота. Прием проводят с небольшим нажимом, в быстром темпе в течение 40–50 секунд. Похлопывание осуществляют концевыми фалангами пальцев с небольшим нажимом. Это быстрый и кратковременный прием, проводят в течение 50 секунд. Рубление – жесткий прием, на него отводят не более 30–40 секунд. Пунктирование выполняют по всему участку без всяких ограничений. Прием можно проводить как одной, так и двумя руками в течение 40–45 секунд.

Для массажа спины подходят все ударные приемы. Начинать лучше всего с поколачивания. Прием выполняют концевыми фалангами пальцев и основанием ладони. Начать

можно с поколачивания фалангами пальцев, а затем перейти к поколачиванию основанием ладони. Похлопывание также проводят концевыми фалангами пальцев или основанием ладони. Движения совершают по всему массируемому участку в произвольном направлении. Пунктирование выполняют кончиками пальцев в произвольном направлении в быстром темпе в течение 30–40 секунд.

//-- Потряхивание --//

При самомассаже используют такие виды потряхивания, как пощипывание, подергивание, сотрясение, стегание, встряхивание.

При массаже живота пощипывание выполняют двумя руками. Большим и указательным пальцами захватывают небольшие участки, оттягивают, а затем отпускают. Прием проводят по всему массируемому участку в произвольном направлении.

Подергивание выполняют указательным и большим пальцами, захватывая ими большие участки. Прием осуществляют по всему участку в произвольном направлении.

При самомассаже боковых участков пощипывание проводят в продольном или поперечном направлении или произвольно по всему участку. Подергивание осуществляют пальцами. Ими захватывают небольшой участок, выполняют несколько коротких движений вперед и назад и отпускают. При встряхивании мышцы на боках слегка оттягивают и встряхивают 10–12 раз, после чего переходят к массажированию следующего отдела.

Самомассаж области спины включает следующие приемы: пощипывание, стегание, потряхивание, подергивание.

Пощипывание нижнего участка спины проводят в продольном или поперечном направлении или произвольно по всему участку. Подергивание выполняют легкими движениями от нижнего отдела спины по ягодицам до верхней части бедра сверху вниз. Стегание осуществляют пальцами, которыми наносят быстрые резкие удары по касательной – 5–6 ударов в нижней части спины, 7–8 ударов по ягодицам, 4–5 ударов по верхней части бедра. Встряхивание выполняют на толстых мышцах спины и в области ягодиц. Указательным и большим пальцами захватывают мышцу и встряхивают. На каждом участке выполняют по 5–6 раз.

После выполнения всех приемов живот можно погладить в продольном или поперечном направлении легкими кругообразными движениями по часовой стрелке. Не следует сразу переходить к водным процедурам, лучше 2–3 минуты спокойно полежать без движений.

МАССАЖ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В конце прошлого века приобрели актуальность болезни сердечно-сосудистой системы. Наиболее распространенными среди них можно назвать атеросклероз, коронарную недостаточность, объединенные под общим названием «ишемическая болезнь сердца»; инфаркт миокарда; гипертонию; ревматические пороки сердца.

Современные кардиологи в содружестве с физиологами, патоморфологами, рентгенологами, иммунологами, химиками, кардиохирургами и инженерами по электронной аппаратуре разработали новые методы лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Однако, как бы ни были велики успехи в лечении заболеваний сердца, гораздо большее значение имеет их профилактика. Развитию сердечно-сосудистых заболеваний способствует ряд причин – таких, как переедание и неправильный характер питания, малоподвижный образ жизни, курение, злоупотребление алкоголем и др.

Кроме официальной медицины, справиться с различными заболеваниями пытаются народные

целители. Многие приемы нетрадиционной медицины появились на заре человечества и опробованы в течение тысячелетий. Они весьма эффективны не только в качестве профилактики, но и при лечении многих заболеваний.

Одним из таких методов является массаж. При сердечно-сосудистых заболеваниях он может оказать неоценимую помощь в качестве профилактического и общеукрепляющего средства.

Чаще всего применяют классический массаж, техника выполнения которого исходит из характера заболевания. В данном случае, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, пользуются методиками массажа при ишемической болезни, гипертонии и т. д.

Для каждого заболевания методику массажа разрабатывают с учетом этиологии, тяжести и формы болезни и специфики воздействия отдельных приемов в соответствии с этими факторами. Методика массажа может изменяться в зависимости от стадии заболевания и состояния пациента на данный момент.

Лечение дает больший эффект при сочетании классического, сегментарного, точечного и других видов массажа.

От клиники течения заболевания зависят форма воздействия массажа и самомассажа (общая или частная), длительность процедуры и количество сеансов.

Анатомо-физиологические данные сердечно-сосудистой системы

У здорового человека основание сердца находится на уровне II ребра, а верхушка – у пятого межреберья слева и фиксируется большими сосудами. Масса сердца взрослого человека составляет приблизительно 300 г.

Сердце продольной перегородкой разделяется на две половины (левую и правую), каждая из которых делится на предсердие и желудочек. Предсердия и желудочки сообщаются между собой при помощи предсердно-желудочковых отверстий.

Кроме того, сердце состоит из трех оболочек: внутренней (эндокард), средней (миокард) и наружной (перикард). В месте перехода одной сердечной полости в другую эндокард утолщается, образуя складки, называемые клапанами сердца. Тот, который расположен между левым предсердием и левым желудочком, – митральный, а находящийся между правым желудочком и правым предсердием, – трикуспидальный. Правый желудочек и легочную артерию разделяют полулунные клапаны легочной артерии, а левый желудочек и аорту – полулунные аортальные клапаны.

Средняя оболочка сердца состоит из волокон миокарда, которые, переплетаясь между собой, контролируют сокращение и возбуждение всего сердца. Причем миокард правого желудочка развит меньше левого.

Наружная оболочка сердца – перикард – состоит из двух листков: наружного и внутреннего, между которыми имеется полость, наполненная серозной жидкостью.

Система кровообращения делится на два круга – большой и малый. В малом круге венозная кровь из верхней и нижней полой вены поступает в правое предсердие, затем в правый желудочек, а оттуда через легочную артерию в легкие.

В легких происходит насыщение венозной крови кислородом. Капилляры, на которые делится легочная артерия, в легких соединяются в вены. По ним кровь поступает в левое предсердие и далее в левый желудочек, откуда через аорту и артериальную сеть разносится по всему организму по большому кругу кровообращения (рис. 119).

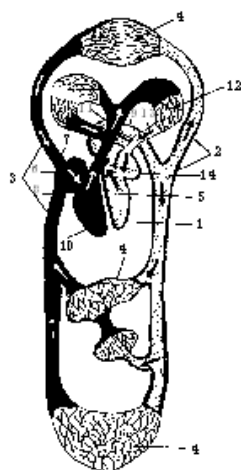


Рис. 119. Система кровообращения: 1 – сердце; 2 – артерия; 3 – вены; 4 – капилляры; 5 – левый желудочек; 6 – правое предсердие; 7 – верхняя полая вена; 8 – нижняя полая вена; 9 – аорта; 10 – правый желудочек; 11 – легочный ствол; 12 – капилляры легких; 13 – легочные вены; 14 – левое предсердие

Движение крови осуществляется благодаря периодическим сокращениям сердца. Сокращение сердца называется систолой, расслабление – диастолой. На частоту сокращений сердца оказывают влияние блуждающий и симпатический нервы. Возбуждение блуждающего нерва замедляет сердечный ритм, а возбуждение симпатического нерва учащает его.

Движение крови в большом круге кровообращения осуществляется за счет сокращений сердца и сужения артерий во время диастолы и расширения в период систолы. Поэтому давление крови в аорте и артериях постоянно меняется.

Ток крови по венам происходит из-за того, что давление в грудной клетке ниже атмосферного. Кровь из области большого давления, с периферии, стремится в область с меньшим давлением, к сердцу. Кроме того, при вдохе давление в грудной клетке снижается еще больше, то есть грудная клетка играет немаловажную роль в процессе кровообращения. Кровотоку способствуют и сокращения мышц, которые, сжимая вены, выдавливают кровь по направлению к сердцу.

Артерии в организме человека разветвляются на более мелкие сосуды, оканчивающиеся капиллярами. Кровь, протекающая в капиллярах, отдает клеткам кислород и питательные вещества, а забирает отработанные продукты. Капилляры имеют два колена – артериальное и венозное, которые складываются в петлю. Как правило, большая часть капилляров находится в спавшемся состоянии, но при физической нагрузке они заполняются кровью.

Примечательно, что при этом не происходит понижения давления. Дело в том, что из 5–6 л крови, содержащейся в организме, около трети находится в печени, селезенке, мышцах и коже, и во время физической нагрузки она поступает в артерии, увеличивая массу циркулирующей крови, повышая ее ударный минутный объем.

Сердечно-сосудистые заболевания и приемы массажа, используемые при их лечении

1. Сердце здорового человека сокращается ритмично, что обусловлено его автоматической деятельностью. Нарушения работы этого органа вызывают ряд заболеваний. Сбой сердечного ритма вызывает аритмии, при которых нарушается автоматизм, возбудимость или проводимость. Часто сердечные аритмии возникают при изменении возбудимости блуждающего и симпатического нервов и проводящей системы сердца, а также при поражении мышцы предсердий и желудочков.

Тахикардия, брадикардия или синусовая аритмия возникают при нарушении функции

автоматизма. Экстрасистолии, пароксизмальные тахикардии или мерцательная аритмия являются следствием нарушения возбудимости. Предсердно-желудочковые блокады или блокада ножек пучка Гиса возникают при нарушении проводимости.

Дефекты клапанного аппарата или нарушение целостности внутрисердечных перегородок являются пороками сердца, а воспаление сердечной мышцы и ее поражение без признаков воспаления – миокардитами и миокардиопатиями.

Кроме вышеназванных, современная медицина классифицирует довольно большой ряд сердечно-сосудистых заболеваний. К ним относят перикардиты, ишемическую болезнь, кардиосклероз, сердечно-сосудистую недостаточность и др.

//-- Аритмии --//

Аритмии – это нарушения ритма сердца. Синусовая тахикардия является следствием перевозбуждения симпатического нерва или подавления блуждающего нерва. Особенно часто она наблюдается при сердечной недостаточности, интоксикациях, анемии, волнении, физической нагрузке, высокой температуре и при заболеваниях сердца. При синусовой тахикардии с числом сердечных сокращений до 100 в минуту специального лечения не требуется, нужно только устранить причину возникновения заболевания, то есть ту болезнь, которая ее вызвала.

Синусовая брадикардия чаще всего является следствием повышения тонуса блуждающего нерва, также она появляется при некоторых инфекционных заболеваниях (в частности, при желтухе), отравлении свинцом, у женщин в послеродовом периоде и т. д.

Это заболевание в большинстве случаев также не требует специального лечения. При его возникновении главное внимание уделяют лечению основного заболевания.

Синусовая аритмия вызывается нарушением частоты сердечных сокращений, связанных с актом дыхания. Этот вид аритмии еще называют дыхательным. Чаще всего она наблюдается у детей и подростков, а также при неврозах и в период выздоровления после инфекционных заболеваний. Специального лечения не требует.

Экстрасистолия выражается в преждевременном сокращении сердца и воспринимается больными как перебои в работе сердца. Чаще всего она наблюдается при поражении клапанного аппарата или миокарда. В зависимости от характера заболевания назначают медикаментозное лечение.

Пароксизмальные тахикардии представляют собой учащение ритма сердца, при котором число его сокращений достигает 180–200 в минуту, внезапно начинающееся и прекращающееся. Артериальное давление в этот момент снижено. Пароксизмальные тахикардии возникают при атеросклеротическом кардиосклерозе, инфаркте миокарда, гипертонии, пороках сердца, при вегетативно-сосудистой дистонии и диафрагмальной грыже.

У больных на фоне обычного состояния возникает приступ сердцебиения, сопровождающийся ощущением толчка в начале и в конце приступа. Частота приступов различная – от нескольких раз в сутки до одного-двух приступов в год.

//-- Массаж при экстрасистолической аритмии --//

При экстрасистолической аритмии массируют воротниковую область, грудную клетку и нижние конечности, исключая приемы рубления и поколачивания. Обычно назначаемый курс – 15–20 процедур по 10–15 минут каждая.

//-- Пороки сердца --//

К порокам сердца относятся: недостаточность митрального клапана, митральный стеноз (стеноз левого предсердно-желудочкового отверстия), недостаточность аортальных клапанов, стеноз устья аорты, недостаточность трехстворчатого клапана.

Порок сердца представляет собой дефект клапанного аппарата сердца или нарушение

целостности внутрисердечных перегородок. Пороки сердца бывают врожденными и приобретенными.

Врожденные пороки сердца образуются в результате ненормального формирования и развития сердца и сосудов во внутриутробном периоде жизни.

Приобретенные пороки являются следствием различных заболеваний – ревматизма, атеросклероза, сифилиса, сепсиса и других, в результате которых чаще всего поражается митральный клапан, реже – аортальный или трехстворчатый, и еще реже – клапан легочной артерии.

Поражения клапанного аппарата бывают двух видов – стеноз и недостаточность. При стенозе происходит сужение отверстия, через которое проходит кровь. Недостаточность – это неполное смыкание клапанных створок, в результате которого возникает обратный ток крови. Очень часто эти два вида пороков сочетаются друг с другом.

//-- Массаж при недостаточности митрального клапана --//

В период ремиссии проводят массаж спины, грудной клетки, дыхательной мускулатуры, нижних и верхних конечностей. Причем сначала массируют правую, а затем левую руку.

По времени процедура не должна занимать больше 15 минут. Как правило, назначают 2–3 курса в год по 15–20 процедур.

//-- Массаж при недостаточности трехстворчатого клапана --//

При недостаточности трехстворчатого клапана массируют спину, нижние конечности и живот, используя поглаживание, растирание и разминание. Курс массажа состоит из 15–20 процедур по 8–10 минут каждая.

2. /-- Массаж при митральном стенозе --//

Массаж проводят в положении больного лежа на кушетке с приподнятым изголовьем. Массируют нижние конечности, живот, верхние конечности (сначала правую руку, а затем левую) и грудь, применяя поглаживание, растирание и разминание. Затем больного кладут на правый бок и проводят массаж спины.

При митральном стенозе рекомендуется выполнять 2–3 курса массажа в год по 15–20 процедур каждый. Продолжительность массажа не должна превышать 12 минут.

//-- Ишемическая болезнь сердца --//

Ишемическая болезнь сердца – это нарушение доставки крови к миокарду в связи с атеросклерозом венечных сосудов. Заболевание имеет четыре формы: стенокардию, инфаркт миокарда, острую коронарную недостаточность и безболевую форму, которая проявляется недостаточностью кровообращения или нарушениями ритма сердца.

Возникновению ишемической болезни способствует гипертоническая болезнь. Предрасполагающими факторами являются сахарный диабет, ожирение, курение и наследственность.

//-- Массаж при ишемической болезни сердца --//

Массаж начинают в положении больного сидя. Сначала массируют воротниковую область, а затем продолжают в положении пациента лежа массаж нижних конечностей и живота, применяя поглаживание, растирание и разминание.

В области грудной клетки можно использовать только приемы поглаживания, а такие приемы, как рубление, поколачивание и похлопывание, исключают.

Больным ишемической болезнью можно проводить 3–4 курса массажа в год, по 12–14 процедур продолжительностью по 15–20 минут.

//-- Массаж при инфаркте миокарда --//

В комплексном лечении инфаркта миокарда, наряду с фармакологическими средствами и кислородотерапией, применяют массаж, под действием которого устраняется венозный застой, увеличивается скорость кровотока, улучшается тканевый обмен, что заметно

облегчает состояние больных и позволяет легче переносить первые дни постельного режима. Кроме того, массаж помогает снять болевой приступ, психоэмоциональное напряжение, ускорить мышечный кровоток, снять спазмы венечных сосудов.

Однако, прежде чем приступить к массажу, необходимо посоветоваться с врачом, поскольку основное заболевание может быть осложнено сопутствующими. Массаж категорически запрещен при отеке легких, эмболии легочной артерии, желудочно-кишечном кровотечении, инфаркте легкого, ухудшении коронарного кровообращения и тяжелом общем состоянии.

Проводя массаж при инфаркте миокарда, необходимо придерживаться разработанной методики. Первую процедуру общего массажа проводят в первый день, а затем повторяют 1–2 раза в сутки в течение 5–15 дней (по назначению врача). В зависимости от глубины и распространенности инфаркта, общего самочувствия больного и функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем варьируется методика и продолжительность массажа.

При инфаркте миокарда массируют спину, нижние конечности, живот, верхние конечности и грудную клетку, используя поглаживание, растирание и неглубокое ординарное разминание.

Массаж спины проводят в положении больного лежа на правом боку, при этом массажист поддерживает левую руку пациента.

//-- Массаж при стенокардии --//

Поскольку заболевание носит хронический характер, то массаж проводят в межприступный период (2–3 курса), для того чтобы предотвратить болевые проявления, снять психоэмоциональное напряжение и усилить микроциркуляцию крови. Курс массажа, как правило, содержит 10–15 процедур по 5–8 минут.

Массаж проводят в положении больного сидя. Сначала массируют воротниковую область, затем спину (до нижних углов лопаток) и, наконец, грудную клетку, применяя поглаживание, растирание и разминание, полностью исключая рубление и поколачивание.

В области сердца проводят вибрацию ладонной поверхностью, направляя движения от грудины к позвоночнику. После этого можно провести массаж верхних конечностей, массируя сначала правую, а затем левую руку.

//-- Недостаточность кровообращения --//

Недостаточность кровообращения возникает при уменьшении сократительной силы миокарда и мышечной оболочки сосудов. В результате нарушается доставка органам и тканям веществ, необходимых для жизнедеятельности. Очень часто один из компонентов (сердечный или сосудистый) выражен недостаточно ярко, поэтому можно говорить о сердечной или сосудистой недостаточности. Сосудистая недостаточность может быть хронической или острой. Хроническая сосудистая недостаточность проявляется гипотонией (пониженным артериальным давлением). Она возникает в результате уменьшения кровенаполнения кровеносных сосудов.

Сердечная недостаточность – это ослабление сократительной функции миокарда. Она появляется при пороках, гипертонии, ишемической болезни сердца, нарушении обмена веществ в сердечной мышце, воздействии на миокард токсических веществ. Сердечная недостаточность может быть правожелудочковой, левожелудочковой или лево- и правожелудочковой одновременно.

При левожелудочковой недостаточности наблюдается застой крови в легких, а при длительных застойных явлениях – мокрота, цианоз, которые нередко осложняются бронхопневмонией; появляется одышка.

Правожелудочковая недостаточность определяется задержкой крови в венозной системе

большого круга кровообращения, что приводит к застойным явлениям в печени, выражающимся цианозом губ, щек и конечностей, нарушением кровотока в почках. При сердечной недостаточности нагрузка на сердце превосходит его способность совершать работу по перекачиванию крови.

//-- Массаж при сердечной недостаточности --//

Правильно проведенный массаж нормализует кровообращение, ликвидирует отеки, усиливает обменные процессы и метаболизм в тканях. Обычно проводят 15–20 процедур по 10–12 минут. В положении пациента лежа на правом боку выполняют массаж спины, живота, нижних и верхних конечностей и заканчивают массированием грудной клетки, применяя поглаживание, растирание и разминание.

//-- Гипертония --//

Термин «гипертония» («гипертензия») с латинского языка переводится как «повышенное давление, повышенный тонус». Речь идет о повышении артериального давления крови.

В некоторых случаях гипертензия может быть вызвана заболеванием внутренних органов (например, почек). В таком случае она является симптомом другой болезни.

Собственно гипертоническая болезнь – это склонность к повышению давления, не вызванная органическими заболеваниями.

Учеными предложены формулы для расчета артериального давления в зависимости от возраста:

систолическое (максимальное) давление = $102 + (0,6 \times \text{возраст})$,

диастолическое (минимальное) давление = $63 + (0,4 \times \text{возраст})$. Например, человеку 25 лет. В таком случае артериальное давление у него должно быть не выше 117/73 мм рт. ст.

В жизни человека есть этапы, когда опасность заболевания гипертонией увеличивается. В первую очередь это периоды, когда меняется функция эндокринного аппарата, нарушается гормональный баланс в организме. Гормональные нарушения часто происходят в период климакса, когда половые железы угасают, особенно если это происходит довольно быстро, в виде скачка. У некоторых женщин в климактерический период наблюдаются неустойчивость давления, тенденция к его подъему. В последующем давление может прийти в норму. Климакс способствует более частому возникновению неврозов и ослаблению регуляторных систем организма в связи с перестройкой обменных процессов.

Во время полового созревания – такой же ступени в гормональном равновесии – особенно лабильны вегетативные нервные механизмы, легко нарушается взаимосвязь между нервной и эндокринной регуляцией артериального давления и, как следствие, может развиваться гипертоническая болезнь.

Нынешнее поколение болеет гипертонией на 15–20 лет раньше, чем предыдущее. Болезнь, по-видимому, закладывается еще в раннем детстве и, возможно, связана с информационным бумом, который переживают дети, с огромным количеством знаний, которые они должны усваивать в учебном процессе. Большую роль играет также наследственный фон. В семьях, где один или оба родителя страдают гипертонической болезнью, дети имеют в 2,5 раза больше шансов на развитие этого заболевания, чем дети здоровых родителей.

Исследователи отмечают, что с возрастом повышается как систолическое, так и диастолическое артериальное давление, особенно у юношей.

Способствуют возникновению и развитию болезни тяжелые и частые стрессы, психофизические перегрузки. Тяжело переносится гипертензия, если она сопровождается ожирением. Провоцирует приступы употребление соленой и острой пищи и алкоголя.

На начальном этапе становления болезни под действием стрессов, повторяющихся отрицательных эмоций нарушается баланс нервных и эндокринных механизмов, отвечающих за регуляцию кровообращения. При этом возрастает активность симпатического отдела нервной системы и выработка организмом адреналина. В результате увеличивается сила сердечных сокращений, их частота, повышается максимальное давление и кровоснабжение тканей.

Восстановить нарушенное равновесие призваны барорецепторы, расположенные в стенках аорты и важнейших артерий. Они подают сигнал о фактическом давлении крови в сосудодвигательные центры. Сигналы будут поступать до тех пор, пока не выработаются вещества типа брадикинина, вызывающие расширение сосудов и снижение давления. В этот период может уменьшиться почечный кровоток, что приведет к выделению почками фермента ренина, который опосредованно способствует повышению артериального давления: он стимулирует выработку надпочечниками гормона альдостерона, регулирующего водно-солевой обмен в организме.

Под действием альдостерона уменьшается выделение с мочой натрия и воды, т. е. увеличивается объем циркулирующей крови, а также возрастает содержание натрия в клетках организма, в том числе в клетках гладкой мускулатуры артериальных сосудов. Вслед за натрием в клетки притягивается вода, они набухают, происходит уменьшение просвета сосудов, которое приводит к повышению давления. Четверть больных гипертонией потребляют избыточное количество поваренной соли, которая в химическом отношении представляет собой хлорид натрия.

В начальной стадии гипертонии включаются механизмы самозащиты: вслед за выделением ренина почки начинают вырабатывать простагландины, которые способствуют расширению сосудов. В итоге давление приходит в норму.

Если раздражающие факторы действуют постоянно, компенсаторные возможности организма исчерпываются и болезнь стабилизируется. Под действием длительного повышенного давления крови барорецепторы настраиваются на высокий уровень давления как на норму. Стойко повышается тонус огромной сети артериол, нарушается почечный кровоток, обмен натрия и других веществ, меняется работа желез внутренней секреции. В таких условиях в ответ на действие адреналина и норадреналина давление повышается еще больше. Нормализовать его можно при активном медицинском вмешательстве.

Согласно последним рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, нормальным считается давление 140/90 мм рт. ст. у молодых и ниже у взрослых. Давление 160/95 мм рт. ст. является повышенным. Лица моложе 40 лет, у которых давление колеблется в этих границах, считаются склонными к гипертонической болезни и должны наблюдаться у врача.

Не все переносят повышение давления болезненно. Иногда люди могут много лет жить с гипертонией без особого ухудшения самочувствия, не теряя работоспособности. Особенно это касается начальной стадии болезни.

Типичным симптомом при гипертонии является головная боль – тяжесть в области затылка, которая иногда проявляется уже в утренние часы, часто сопровождается мельканием перед глазами, головокружением, а иногда тошнотой. В некоторых случаях происходят носовые кровотечения, приводящие к облегчению состояния. Не всегда бывает, что чем выше давление, тем сильнее головная боль. Более мучительны головные боли при резкой смене давления. Гипертония обычно сопровождает другие сердечные болезни, которые могут давать дополнительные симптомы во время приступа, особенно часто возникает боль в области сердца.

Комитет экспертов Всемирной организации здравоохранения рекомендует выделять три стадии в развитии гипертонии: I – гипертония без признаков органических изменений сердечно-сосудистой системы; II – гипертония с гипертрофией (расширением) сердца; III – гипертония с вторичным повреждением органов (сердца, мозга, почек). Как особая форма рассматривается злокачественная гипертония.

Каждая стадия имеет две фазы: IA – предгипертоническая (отнесение таких лиц к больным гипертонической болезнью спорно); IB – транзиторная (обратимая); IIA – неустойчивая; IIB – устойчивая; IIIA – компенсированная, без существенных нарушений функций органов; IIIB – декомпенсированная.

Гипертоническая болезнь обычно развивается исподволь. Повышения давления бывают недлительными. В ряде случаев наблюдаются нарушения сна, повышенная раздражительность, головные боли, изредка сердцебиения и неприятные ощущения в сердце. Затем жалоб становится больше, снижается работоспособность, давление повышается чаще. Электрокардиограмма показывает перегрузку левого желудочка.

Гипертоническая болезнь протекает неравномерно. Для нее характерны периоды обострений, в тяжелых случаях – кризы. Иногда она может стабилизироваться на некоторое время. В редких случаях давление стойко приходит в норму без каких бы то ни было осложнений.

Современный метод измерения давления не дает сведений обо всех зонах кровообращения. Возможна гипертензия в каком-либо органе при нормальном давлении в плечевой артерии.

В последние годы появилось представление об органах-мишенях, которые больше других страдают от нарушения давления: это сосуды мозга, сердца и почек. Восприимчивость этих органов у разных больных неодинакова.

При лечении гипертонии важно не только снижать уровень давления, но и осуществлять наблюдение за страдающими органами, чтобы излишним снижением давления не ухудшить их состояние еще больше. Подбор лечебных процедур и лекарственных препаратов для каждой стадии болезни должен осуществлять врач.

На ранней стадии болезнь обратима. Если гипертония развивалась много лет, комплекс терапевтических мероприятий может остановить ее развитие. Успех лечения гипертонии часто определяется сроками ее диагностики, правильным подбором медикаментозного лечения, соблюдением всех предписаний врача.

Гипертония, вовремя не остановленная, опасна своими осложнениями, среди которых обострение ишемической болезни сердца, гипертоническая энцефалопатия, сердечная недостаточность и гипертонический криз.

//-- Массаж при гипертонии --//

При классическом массаже воздействию подвергают шейно-воротниковую зону, что оказывает заметное успокаивающее действие; массируют также волосистую часть головы, что способствует расширению сосудов, нормализации давления и снятию головной боли; легкому массажу подвергают лицо. Если больной тучный, проводят массаж живота.

Положение больного – сидя. Голова опущена, глаза закрыты. Массажист располагается за спиной пациента. Начинают массаж с шейно-воротниковой зоны. Движения направлены сверху вниз. Массируют шею, трапецевидные мышцы, область лопаток. Производят поглаживание плоскостное и обхватывающее; растирание кончиками пальцев, большим пальцем и гребнеобразное; разминание продольное и поперечное, щипцеобразное, фалангами пальцев, гребнями кулаков; вибрацию непрерывистую и прерывистую. Между лопатками поколачивающие элементы следует осуществлять осторожно. Приемы нужно проводить мягко, не причиняя боли. Затем переходят к

массажу волосистой части головы. Движения направлены от лба к затылку в соответствии с направлением роста волос. Сначала растирают теменную область, затем затылочный бугор и виски. Производят приемы: вилкообразное поглаживание, растирание, разминание путем смещения, надавливание и вибрацию, особенно эффективен при гипертонии «пальцевой душ». Далее проводят легкий согревающий массаж лица.

В завершение делают несколько поглаживаний и растираний шейно-воротниковой зоны. При массировании этих зон полезно включать элементы других разновидностей массажа: сегментарно-рефлекторного, точечного и других.

При массаже живота используют следующие приемы: плоскостное круговое поверхностное и глубокое поглаживание, обхватывающее поглаживание верхней половины живота к подмышечным, а нижней – к паховым лимфатическим узлам; растирание подушечками пальцев, локтевым краем ладони, штрихование; продольное и поперечное разминание; вибрацию в виде сотрясения живота.

Продолжительность процедуры – 10–15 минут. Курс лечения – 20–24 процедуры, ежедневно или через день.

//-- Гипотония --//

Гипотония, в отличие от гипертонии, своим главным признаком имеет понижение артериального давления до 105/65-90/50 мм рт. ст. и меньше.

Давление может понижаться в некоторых случаях и у здоровых людей. Это называется физиологическая гипотония. Болезненных симптомов при этом не наблюдается.

Пониженное давление может быть симптомом какого-либо инфекционного заболевания, например туберкулеза, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, опухолей, пороков сердца, различных интоксикаций.

Гипотония возникает также как результат значительных потерь крови. Пониженное давление наблюдается при недостаточной функции надпочечников и в некоторых других состояниях. Чтобы избавиться от гипотонии в таком случае, необходимо в первую очередь лечить основное заболевание, симптомом которого она является.

Почти всегда гипотония сопровождает острые состояния человеческого организма – кризы: острую сердечно-сосудистую недостаточность, анафилактический шок (аллергический криз) и др. Кризы требуют квалифицированной медицинской помощи, причем экстренной, так как могут привести к летальному исходу. Для быстрого подъема давления и стимуляции сердечной мышцы существует ряд препаратов, хорошо известных врачам «скорой помощи».

Гипотония, которая не вызвана органическими нарушениями, целиком относится к психоэмоциональной сфере, она возникает вследствие первичного нарушения функции центрального нервного аппарата, который регулирует сосудистый тонус, артериальное давление. Ее называют хронической артериальной гипотонией или гипотонической болезнью.

Причины гипотонической болезни различны: перенапряжение центральной нервной системы, нервно-психические травмы, гиподинамия и др.

Артериальная гипотония (гипотоническая болезнь) имеет своими истоками, так же как и гипертоническая болезнь, неврозы, которые вызывают нарушения в точном и быстром управлении работой сердца и сосудов. Сходны не только причины этих заболеваний, но во многом даже общая суть главных изменений.

Неслучайно многие больные, в юности гипотоники, с возрастом становятся гипертониками. Эти заболевания родственны, а не антагонистичны.

В отличие от гипертонии, которую вызывает невроз, связанный с усилением деятельности симпатического отдела нервной системы, гипотонию провоцирует другой

невроз, протекающий с усилением функции парасимпатической системы. Преобладание тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы значительно выражено у молодых больных.

В то время как возбуждение симпатического отдела нервной системы бывает связано с выбросом в кровь большого количества катехоламинов, возбуждение парасимпатической нервной системы приводит к выбросу ацетилхолина – вещества депрессорного действия. Возбуждение и усиленная функция парасимпатического аппарата вызывают и повышение поступления в кровь гормона инсулина, во многих отношениях являющегося антагонистом катехоламинов.

В формировании гипотонии определенную роль играют химические, гуморальные факторы: недостаток прессорных агентов или избыток антипрессорных или депрессорных веществ. К числу последних относятся простагландины А и ЕА, а также кинины, особенно брадикинин. Одна из функций брадикининового аппарата у здоровых людей – быстро снять избыток давления после физической или психической нагрузки.

Иногда организм вырабатывает повышенное количество брадикинина. Это может быть связано с неврозом. Играет роль генетическая предрасположенность. На увеличение выработки брадикинина влияют также длительные тренировки или другие значительные физические нагрузки.

При гипотонии снижается приспособляемость организма к меняющимся условиям внешней среды. Больные плохо переносят жару, колебания атмосферного давления, резкие запахи, спиртные напитки.

Больные жалуются на вялость, апатию, сонливость, ощущение резкой слабости и утомленности по утрам, отсутствие бодрости даже после длительного сна, ухудшение памяти, рассеянность и неустойчивость внимания. Работоспособность таких больных существенно понижается. Они могут испытывать ощущение нехватки воздуха в состоянии покоя, а одышка появляется даже при небольшой физической нагрузке. В некоторых случаях к вечеру ноги у таких больных отекают.

Почти всегда гипотензия приводит к снижению полового влечения, у мужчин нарушается потенция, а у женщин – менструальный цикл. Часто гипотония сопровождается общим ухудшением настроения. Могут появиться раздражительная слабость и слезливость. Иногда единственной жалобой больного бывает привычная головная боль, которая возникает после сна (часто дневного) или вследствие усталости, несоразмерной проделанной работы (физической или умственной). Усталость принимает черты изнеможения. Чаще всего головная боль охватывает лобно-височную или лобно-теменную область, она может быть тупой, давящей, стягивающей, распирающей или пульсирующей и длиться от нескольких часов до двух суток. Головная боль при гипотонии в ряде случаев имеет сходство с мигренью, сопровождается тошнотой и рвотой.

Приступ гипотонии может быть спровоцирован резким перепадом атмосферного давления. Иногда он возникает в результате обильного приема пищи или длительного неподвижного пребывания в положении стоя, так как в первом случае кровь устремляется к животу, а во втором застаивается в ногах. Давление иногда падает у лиц, которые злоупотребляют напитками, содержащими кофеин, – чаем или кофе.

Головная боль при гипотонии проходит от воздействия холода, после прогулки на свежем воздухе или физических упражнений. Она может прекратиться сама собой. Некоторые больные испытывают приступы головной боли несколько раз в день.

Кроме головной боли, беспокоить больного могут головокружения и повышенная чувствительность к яркому свету, шуму, громкой речи, кожным ощущениям.

Головокружение приводит к тому, что человек пошатывается при ходьбе, в связи с чем ему тяжело переносить пребывание на высоте, а иногда не просто даже перейти мост или улицу.

Гипотония может вызывать кратковременную потерю сознания – обморок, который считается гипотоническим кризом. Чаще всего обмороки случаются в душных и жарких помещениях, при езде в городском транспорте, особенно при резком торможении автомобиля. Высокие худощавые мужчины иногда теряют сознание в результате длительного неподвижного пребывания в вертикальном положении.

Существует так называемая гипотензия положения. Она проявляется во внезапном снижении давления после резкого перехода из горизонтального положения в вертикальное, который может заканчиваться обмороком. Артериальное давление и пульс при гипотонии очень подвижны, на них влияет положение тела, время суток, настроение больного.

Лечение гипотензии ведется в трех направлениях: нормализация нарушенной регуляции тонуса сосудов, повышение артериального давления и общее укрепление организма.

3.

4. При надлежащем режиме гипотония устранима, в некоторых случаях даже довольно быстро. Нередко происходит самоизлечение за счет включения регулирующих давление механизмов в организме больного. Как уже было сказано, физиологическую гипотонию лечить не требуется, но за такими пациентами наблюдение все-таки ведется, потому что пониженное давление может сигнализировать о том, что в каких-то внутренних органах происходит патологический процесс, который пока еще не проявился.

//-- Массаж при гипотонии --//

При гипотонии существуют разные способы лечения. В некоторых случаях назначают массаж воротниковой зоны и головы, как при гипертонии, советуя выполнять энергичные, тонизирующие приемы. В других случаях применяют общий массаж.

Большинство специалистов рекомендуют при гипотонии массаж пояснично-крестцовой области, ягодичных мышц, нижних конечностей и живота.

Исходное положение больного – лежа на животе.

Начинают массаж с пояснично-крестцового отдела и ягодичных мышц. Движения направлены сверху вниз, а на пояснице – от позвоночника к подвздошным костям. Выполняют все приемы. Завершают сотрясанием таза. Далее массируют заднюю поверхность нижних конечностей. Выполняют плоскостное и обхватывающее поглаживание голеней и бедер; растирание мышц голеней и бедер подушечками пальцев, ладонью, строгание, пиление; разминание продольное и поперечное; вибрацию (сотрясение, похлопывание ладонью и кулаком поперек), нежное рубление, вибрационное поглаживание. Затем больной поворачивается на спину. Приступают к массажу передней поверхности нижних конечностей. Выполняют приемы: плоскостное и обхватывающее поглаживание голеней и бедер; растирание ладонной поверхностью кисти, подушечками пальцев; разминание продольное и поперечное, валяние; вибрационное поглаживание, похлопывание, рубление, встряхивание конечностей. Делать акцент на суставах нет необходимости.

Завершают процедуру массажем живота. Приемы: плоскостное круговое поверхностное и глубокое поглаживание, обхватывающее поглаживание верхней половины живота к подмышечным, а нижней – к паховым лимфатическим узлам; растирание подушечками пальцев, локтевым краем ладони, штрихование; продольное и поперечное разминание; вибрация в виде сотрясения живота в горизонтальном и вертикальном направлениях. При атонии кишечника выполняют массаж кишечника.

Продолжительность массажа – 15–20 минут. Курс лечения – 15–20 сеансов, проводимых через день.

5. Сегментарно-рефлекторный массаж при сердечно-сосудистых заболеваниях

6. Очень часто при сердечно-сосудистых заболеваниях врачи назначают сегментарно-рефлекторный массаж. Его проводят при врожденном пороке сердца, гипертонии, гипотонии, стенокардии (в межприступный период), кардиосклерозе, хронической сердечной недостаточности, после перенесения инфаркта миокарда, миокардодистрофии и при неврозах, протекающих с нарушением работы сердца.

При данных заболеваниях сегментарно-рефлекторный массаж стимулирует приток крови к сердцу и активизирует кровообращение в сердечной мышце; улучшает сократительную способность кровеносных сосудов; содействует устранению застойных явлений во внутренних органах; нормализует артериальное давление и т. д.

Однако при некоторых заболеваниях сердца массаж может ухудшить состояние больного. К таким болезням относятся начальная стадия воспаления клапанов сердца, инфаркт миокарда, тяжелая форма ангиосклеротической стенокардии.

Для достижения наибольшего эффекта массаж лучше всего проводить в утренние часы. К сожалению, такая возможность не всегда имеется, поэтому днем массаж проводят через 2–3 часа после еды, а вечером – через 2 часа после легкого ужина, но, как минимум, за 2 часа до сна.

Сегментарно-рефлекторный массаж при заболеваниях сердечно-сосудистой системы начинают с поглаживания. Плоскостное сегментарное поглаживание выполняют обеими руками, располагая их параллельно друг другу, по направлению к шейному позвонку и производят поглаживание сначала одной стороны спины, а затем с другой, с усилением давления на соответствующие участки. Массаж начинают с сегмента ниже пораженной зоны.

Пиление выполняют двумя руками, расположенными так, что большие и указательные пальцы разведены и находятся по обе стороны позвоночника, а между ними образуется валик из кожи, который перекачивается при выполнении пилящих движений, производимых в противоположных направлениях. Несмотря на то что техника выполнения приема довольно проста, нужно постоянно следить за тем, чтобы руки не скользили по коже, а двигались вместе с ней. Проведение приема начинают с нижней части спины.

Кругообразное разминание проводят одной рукой, которую располагают на области крестца таким образом, чтобы позвоночник находился между большим пальцем (являющимся опорой) и всеми остальными пальцами, которыми производят кругообразные движения в направлении к позвоночнику. Массаж тканей проводят снизу вверх.

Поясное сегментарное поглаживание выполняют одной или двумя руками при одностороннем воздействии на участок тела, расположенный ниже уровня необходимого сегмента, постепенно продвигаясь к вышерасположенному участку ладонными поверхностями кистей и усиливая давление в областях, расположенных ближе к позвоночному столбу.

Вилкообразное растирание можно выполнять с отягощением и без него. Его проводят подушечками указательного и среднего пальцев с обеих сторон позвоночного столба, при этом используют скользящие прямолинейные движения снизу вверх от крестца до VII шейного позвонка.

Вилкообразное штрихование. Этот прием является разновидностью вышеописанного.

Его выполняют подушечками указательного и среднего пальцев по обе стороны позвоночного столба. Движения производят вверх и вниз со смещением кожи, воздействуя на каждый сегмент зоны. Прием можно проводить с отягощением.

Круговое вилкообразное движение выполняют попеременно подушечками указательного и среднего пальцев, расположенных по обе стороны позвоночного столба. Делают кругообразные движения в направлении снизу вверх. Прием можно проводить с отягощением.

Воздействие на промежуток между остистыми отростками позвонков выполняют концевыми фалангами указательного и среднего пальцев или большим и указательным пальцами обеих рук, расположенных так, чтобы остистый отросток позвонка находился между четырьмя пальцами, образуя крестообразную складку, которую разминают, совершая круговые движения в противоположных направлениях сначала ниже, а затем выше отростков в течение 4–5 секунд. Прием выполняют в положении пациента сидя или лежа.

Надавливание производят подушечками пальцев правой руки с отягощением левой (большими пальцами обеих рук или кулаком) в глубь тканей, причем сила надавливания ослабевает к концу приема. При выполнении приема кисть располагают вдоль позвоночного столба.

Двойной кольцевой щипцеобразный прием, как правило, применяют для разминания мышц шеи. Воздействие на окололопаточную область проводят всеми пальцами, исключая большой. Выполняют мелкие растирания от места прикрепления широчайшей мышцы спины в сторону наружного нижнего края правой лопатки, поднимаются вдоль внутреннего края лопатки до плечевого уровня, а затем растирают и разминают верхний край трапецевидной мышцы до затылка.

После этого массируют левую лопатку. Для этого сначала растирают ее большим пальцем от места прикрепления широчайшей мышцы спины, доходя по наружному краю до нижнего угла лопатки, а затем всеми остальными пальцами производят кругообразные движения, массируя внутренний край лопатки до затылка.

После массажа области лопаток воздействуют на ткани под лопаткой. Прием проводят правой рукой, которую располагают под плечевым суставом, а левую кладут на область, расположенную рядом с нижним краем лопатки. Правой рукой сдвигают лопатку на пальцы левой руки, которой разминают подлопаточную область.

Растяжение грудной клетки применяют для активизации дыхания. Сначала грудную клетку массируют, используя приемы классического поглаживания и растирания межреберных промежутков. Затем, во время вдоха массируемого, массажист перемещает руки к позвоночнику, а на выдохе – к груди. Не останавливаясь в момент глубокого выдоха, массажист производит сдавливание грудной клетки. Для ритмичного выполнения приема необходимо следить за дыханием пациента, давая команды «Вдох!» и «Выдох!».

Рефлекторные изменения при сердечно-сосудистых заболеваниях локализуются в сегментах C4-8, D1-12 и L1 и лучше всего наблюдаются при заболеваниях, сопровождающихся болями.

Рефлекторные изменения затрагивают не только кожный покров, но и мышцы, соединительную ткань и надкостницу.

1. Мышечные изменения: трапецевидная (C4, C6), трапецевидная (D6-D7), подостная (C8-D1), выпрямляющая туловище (D2-D3 и D5), большая круглая в месте ее прикрепления (D4, D5), большая грудная (в грудино-реберной области) (D1-D5), грудино-ключично-сосцевидная (C4), верхняя задняя зубчатая мышца (D2-D5), большая грудная (D2, D3, D5, D6), прямая мышца живота (D8, D9), подвздошная (D12, L1).

2. Изменения кожных покровов в области верхней части трапециевидной мышцы с левой стороны (C6-D7), под ключицей слева (D1-D2), наружной поверхности грудной клетки с левой стороны (D5-D7), края ребра слева (D8-D9), ниже грудины слева (D6-D7), между лопаткой и позвоночником слева (D3-D6).

3. Изменения в соединительной ткани: нижний край грудной клетки с левой стороны (D8-D9), наружная поверхность грудной клетки (D5-D8), место прикрепления ребер к грудины с левой стороны от ключицы (D1-D5), область над ключицей с левой стороны (C4), область между внутренним краем лопатки и позвоночником с левой стороны (C3-C5).

4. Изменения в надкостнице: область грудины, ребер и лопаток. Максимальные точки находятся на зубчатой и большой грудной мышцах (в грудино-реберной области); в мышцах, выпрямляющих туловище.

При сердечно-сосудистых заболеваниях массаж начинают с воздействия на паравerteбральные зоны, используя плоскостное поглаживание от сектора D9 до C4, производя 7–8 движений (особое внимание следует обратить на левую сторону тела); поясное сегментарное поглаживание D9-D2, производя по 3–5 движений каждого приема; классическое растирание левой стороны спины, выполняя 2–3 движения; плоскостное поглаживание всей поверхности спины (D9-C4), выполняя 3–4 движения; круговое разминание с левой стороны спины (D9-C4), выполняя 2–3 движения; массаж остистых отростков позвоночника (2–3 движения); поглаживание вдоль позвоночного столба (2–3 движения); пиление с левой стороны спины (D9-C4), выполняя 2–4 движения, между которыми производят поглаживание; плоскостное поглаживание вдоль позвоночного столба (2–3 движения); поглаживание и растирание левой нижней области грудной клетки (2–3 движения).

После проведения общего массажа сначала массируют поверхность левой лопатки, применяя поглаживание в области наружного и внутреннего края лопатки (3–5 движений); растирание всех краев лопатки, усиливая давление на ее левый нижний край (2–3 движения); надавливание подлопаточной мышцы (2–3 движения).

Подлопаточную и нижнюю левую области между секторами D6 и D4 массируют, используя растирание, надавливание и поглаживание, которыми начинают и заканчивают процедуру.

Массаж межреберных промежутков совершают в направлении от грудины к позвоночному столбу, обращая особое внимание на место прикрепления ребер к грудины. При массаже межреберных промежутков совершают сегментарное поясное поглаживание, направленное снизу вверх (2–4 движения); растирание левой части грудной клетки (4–5 движений); легкую вибрацию слегка согнутыми пальцами по нижнему краю реберных дуг (3–4 движения); поглаживание с левой стороны от грудины через большую грудную мышцу к позвоночному столбу.

При проведении массажа левой подмышечной впадины больной отводит левую руку в сторону и фиксирует ее в таком положении. Массаж проводят по средней боковой линии грудной клетки в направлении снизу вверх, применяя поглаживание (5–6 движений) и растирание (4–5 движений).

В заключение массируют область надплечья, плеча, предплечья, локтевую область, кисть и проводят поглаживание области от левого соска по 2-й линии груди (5–6 движений).

Курс сегментарного массажа при сердечно-сосудистых заболеваниях состоит из 8–10 процедур, по 2–3 сеанса в неделю, и сочетается с другими видами массажа.

Продолжительность сеанса зависит от тяжести заболевания, возраста пациента и его

состояния на данный момент и составляет от 20 до 30 минут.

Во время проведения сегментарного массажа может произойти смещение рефлекса. Например, при воздействии на максимальную точку D2D3 снимается напряжение на передней стенке грудной клетки и в нижних спинно-мозговых сегментах, но может появиться боль в сердце. Для предотвращения подобных эффектов нужно помассировать левую нижнюю часть грудной клетки, а также межреберные промежутки (от места прикрепления ребер к груди) в направлении к позвоночному столбу.

Сегментарный массаж при пороке сердца выполняют в положении больного сидя, голова на подголовнике. Сначала проводят поглаживание вдоль позвоночного столба от L1-D12 до D5-D2 и от C7 до C3. Затем в направлении снизу вверх выполняют прямолинейное и круговое растирание, надавливание, пиление и вибрацию концевыми фалангами пальцев.

После этого разминают широчайшие мышцы спины, боковую поверхность спины и трапециевидные мышцы (область надплечий).

В области межреберья используют растирание межреберных дуг (усиливая давление на левой половине), легкие ударные приемы и сотрясение грудной клетки.

Переднюю часть грудной клетки поглаживают, растирают, разминают и проводят легкую вибрацию. При массаже области сердца выполняют поглаживание, растирание, разминание, лабильную вибрацию (прерывистую и непрерывистую) и дыхательные упражнения.

В конце сеанса при положении массируемого лежа на спине воздействуют в течение 3–5 минут на верхние и нижние конечности, проводя поглаживание, разминание, пассивные и активные движения в суставах.

Курс массажа при пороках сердца, как правило, состоит из 12 процедур по 15–20 минут каждая, проводимых через день.

Массаж при миокардиодистрофии проводят в положении больного лежа на спине. Сначала массируют сегменты от L1 до D5-D8 и C7-C4 в области позвоночника и массаж воротниковой зоны, проводя поглаживания, растирание (прямолинейное и круговое), пиление, разминание (надавливание, растяжение, щипцеобразное сдвигание), непрерывистую лабильную вибрацию.

После этого массируют область VII шейного позвонка, используя растирание, надавливание и вибрацию; межреберных промежутков, применяя поглаживание, растирание, разминание, вибрацию, сотрясение и сдавливание грудной клетки.

Сеанс заканчивают массажем верхних и нижних конечностей, проводя обхватывающее поглаживание, разминание (продольное, поперечное, разнонаправленное, валяние), вибрацию (сотрясение, встряхивание).

Курс рассчитан на 10–15 сеансов, проводимых ежедневно или через день по 20–25 минут.

Массаж при ишемической болезни сердца проводят по назначению врача и под его наблюдением, поскольку необходимо учитывать ответную реакцию организма на процедуры. Методика проведения зависит от стадии лечения, а продолжительность – от состояния больного, она может составлять от 4 до 10 минут.

В больнице массаж проводят в положении больного лежа. Сначала массируют нижние конечности от стопы к бедру, применяя поглаживание, растирание концевыми фалангами пальцев, неглубокое валяние и продольное разминание.

В послебольничный период пациент при проведении процедур может находиться в положении лежа на животе или сидя. Сначала массируют спину по направлению снизу вверх от копчика до шейного отдела, затем трапециевидные, широчайшие, межреберные

мышцы спины, окололопаточную и воротниковую зоны, а после этого нижние конечности от стопы к бедру с применением всех приемов массажа и пассивных движений в суставах.

Массаж заканчивают воздействием на область проекции грудной клетки, особое внимание уделяя груди и левому плечу.

При положительной реакции организма на проведенные процедуры можно выполнить массаж живота и верхних конечностей.

Курс массажа назначается лечащим врачом. Его проводят ежедневно или с интервалом через день по 10–20 минут.

В санаторно-курортный период массаж выполняют в положении больного лежа на животе. Методика практически не отличается от той, которую проводят в послебольничном периоде. Только в конце массажа выполняют пассивные движения конечностей, не делая акцента на отдельных суставах.

Курс такого массажа состоит из 12–15 сеансов по 15–20 минут, которые совмещают с другими видами лечения.

Массаж при стенокардии начинают с воздействия на участок вдоль позвоночного столба (сегменты L1-D1, D6-D2, C6-C2) в направлении снизу вверх, выполняя поглаживание, растирание, разминание и вибрацию.

Массаж спины проводят в следующем порядке: широчайшая мышца спины, левая лопатка, надплечье, верхняя и передняя часть грудной клетки, грудина, межреберье, левое плечо. Нижние и верхние конечности массируют в положении пациента лежа на спине.

Курс массажа составляет 10–12 сеансов по 15–20 минут, проводимых ежедневно или через день.

7. МАССАЖ ПРИ ОЖИРЕНИИ

8.

Природа подарила человеку счастливую способность – откладывать питательные вещества про запас в виде жира и гликогена, чтобы можно было выжить в трудных условиях. Пища – это строительный материал. Перевариваясь и расщепляясь, жиры, белки и углеводы высвобождают энергию, которая идет на поддержание обмена веществ, работу всех органов и систем организма. Особенно много калорий расходует мышечный аппарат. Но количество потребляемой организмом энергии ограничено. И тогда излишки откладываются про запас в различных органах, нарушая их жизнедеятельность.

Жировые вещества, в основном холестерин, налипают в виде бляшек на стенки сосудов, вызывая развитие атеросклероза. Артерии уплотняются, теряют способность расширяться, ограничивают кровоток к органам. Прежде всего при этом страдает сердце: возникают боли, возможно развитие инфаркта миокарда.

Лишний жир откладывается в подкожной (чаще в области живота и бедер) и забрюшинной клетчатке, окружает кишечник, скапливается возле почек и печени, около сердечной сумки, мешая работе внутренних органов.

Причинами простого ожирения являются переедание и недостаточно активный образ жизни. Мы стали мало двигаться, мало ходить. А ведь только мышечная активность позволяет тратить много энергии, не давая организму обременять себя жировыми запасами.

Для определения степени ожирения учитывают избыток массы тела по сравнению с идеальной. Разработаны соответствующие таблицы с учетом пола, возраста, роста и конституции. Наиболее популярен, пожалуй, расчет массы тела с использованием индекса Брока: идеальная масса равняется росту (в сантиметрах) минус 100.

Но полнота полноте рознь. С одной надо бороться, другую лечить. Чаще всего мы имеем дело с простым ожирением, возникающим в результате увеличения количества или размеров жировых клеток. Жировые клетки закладываются еще на первом году жизни, поэтому, перекармливая годовалого малыша, родители оказывают ему медвежью услугу: у ребенка увеличивается количество жировых клеток – резервуаров для хранения жировых запасов.

К ожирению может вести и генетическая предрасположенность, определяющая скорость обменных процессов в организме, а тем самым и энергетических затрат. Однако бывает, что человек и ест немного, и активен, и в роду у него не было полных, а все же он не может избавиться от лишнего веса. В этом случае речь идет не просто об ожирении, а о болезни.

Центр жирового обмена располагается в головном мозге. При опухолях мозга, психических травмах, алкоголизме, воспалении мозговых оболочек, а также после сотрясения мозга в нем могут начаться изменения, патологически усиливающие аппетит, нарушающие жировой обмен. Чаще всего от ожирения страдает все тело, но эта болезнь может принимать и причудливые формы.

Круглое лицо с двойным подбородком, огромная грудь состоят почти исключительно из жировой ткани. Толстый живот свисает в виде передника чуть не до колен; на руках, бедрах, иногда на ногах – жировые подушки и складки; на затылке – жировой валик.

В противоположность огромным размерам тела бросаются в глаза маленькие руки и ноги. Реже, и только у женщин, жир с верхней части тела как бы стекает на нижнюю. Сильно похудевшее лицо – «лицо ведьмы» – резко контрастирует с огромными ягодицами и толстыми, как столбы, ногами; часто жир откладывается в виде галифе.

Нарушение жирового обмена происходит и при болезнях щитовидной и поджелудочной желез, половых органов, надпочечников.

При заболевании щитовидной железы ожирение распространено равномерно по всему телу, но особенно оно выражено на тыльной поверхности кистей («лапы»), над запястьями и лодыжками (жировой браслет). При болезни надпочечников лицо круглое, на шее жировой горб, ожирение касается верхней и средней части живота, не распространяется на конечности.

Существует разница во влиянии на самочувствие человека отложений жира в области живота и ниже – на бедрах и ягодицах. Даже минимальный избыток жира на животе увеличивает вероятность инфаркта миокарда, гипертонической болезни.

Давление жирового слоя на грудную клетку, усиленное давлением из брюшной полости на диафрагму, уменьшает жизненную емкость легких, мешая расправляться им при вдохе и затрудняя дыхание. Возникает одышка (даже при незначительной физической нагрузке), уменьшается вентиляция легких, в крови задерживается углекислый газ. Все ткани и системы организма работают в режиме кислородного голодания.

Ожирение нижней части тела (ягодиц, бедер) не так опасно для жизни человека, но и оно приводит к различным костным нарушениям, проявляясь болями в пояснице, коленных, голеностопных, тазобедренных суставах; способствует прогрессированию артрита, плоскостопия. Часто возникают огромные мозоли на стопах и пятках.

Ожирение также провоцирует различные заболевания. Даже при легкой его степени наблюдается нарушение менструального цикла у женщин. Мужчины жалуются на снижение полового влечения, стерильность. Но даже если половые функции сохранены, внешний непривлекательный вид больного часто приводит его к мысли о собственной неполноценности. А это уже психическая травма.

Избыточной массе тела сопутствуют нарушения обмена веществ и тяжелые заболевания,

которые развиваются после 40 лет: атеросклероз (встречается в 2 раза чаще, чем у людей, не страдающих ожирением), гипертоническая болезнь (почти в 3 раза чаще), ишемическая болезнь сердца (в 1,5 раза чаще), сахарный диабет (в 4 раза чаще).

Камни в желчном пузыре у полных встречаются в 6 раз чаще, чем у людей с нормальной массой тела, варикозное расширение вен нижних конечностей – в 2–3 раза, артрита – в 4, подагры – в 3 раза чаще.

Коррекции избыточного веса – похудению – ученые с древности уделяли немало внимания. Но в последние годы медицина открыла радикальный способ лечения людей с тяжелым ожирением – хирургический.

Операции направлены не на удаление жира, а на уменьшение объема желудка. Желудок, который мог вмещать ведро пищи, сокращают до объема 25 мл. Потеря массы тела после такой операции составляет со временем 40–60 кг.

И все же, как и всякое хирургическое вмешательство, это крайняя мера.

9.

10. Поэтому до сих пор наиболее популярный метод похудения – диета. Отец медицины Гиппократ еще 23 столетия назад написал специальную книгу по питанию под названием «Диететика». В ней сказано: «Идти на прибавление пищи следует гораздо реже, так как часто бывает полезно совершенно отнять ее там, где больной выдержит».

Современная наука о лечебном питании ратует за частичное «отнятие пищи». Если обычная калорийность суточного рациона составляет 2500–3500 ккал, следует снизить ее до 1800. Снижение достигается исключением из меню сахара, мучных и кондитерских изделий, ограничением употребления в пищу животных жиров, приправ, пряностей.

Следует сохранять в рационе нормальное количество белков (70–80 г) за счет мяса, рыбы или птицы, а употребление овощей и фруктов увеличить. Во время диеты пищу принимают малыми порциями 5 раз в день. Когда исчезает чувство голода и неизбежная слабость, калорийность можно снизить еще. При диете следует ограничить потребление хлеба до 50 г в день, уменьшить поступление в организм жира.

Один-два дня в неделю необходимо сделать разгрузочными. В течение такого дня за 5 приемов можно съесть: в овощной или фруктовый день – 1,5 кг каких-либо фруктов или овощей; в молочный или кефирный – 1,5 л молока или кефира; в творожный – 1600 г обезжиренного творога, 60 г сметаны и выпить 2 стакана настоя шиповника. Интересно, что за один разгрузочный день можно сбросить 400–600 г. Этот результат нужно закрепить умеренностью в еде в последующие дни.

Конечно, выдержать диету мешает труднопреодолимое чувство голода. Справиться с ним можно разными способами. Скажем, по примеру индейцев туго перевязать верхнюю часть живота или выпить 0,5 л воды – стенки желудка растянутся, чувство голода ослабнет.

Случается, для лечения ожирения врачи назначают таблетки, но лишь в редких случаях, когда человек никак не может сдержать свой непомерный аппетит. Сейчас широко рекламируют таблетки, с помощью которых, не ограничивая себя в еде, можно чуть ли не мгновенно сбросить лишний вес. Похудение является нелегким процессом, требующим труда, усилий, выдержки. Готовые формы, отпускаемые без рецепта, как правило, неэффективны и в лучшем случае безвредны.

Физические нагрузки – еще одно испытанное средство борьбы с лишним весом. Авиценна упоминает «постоянное купание в бане перед едой», «быстрые физические упражнения», массаж. Начать следует с прогулок, быстрой ходьбы, постепенно переходя на равномерный бег не менее трех раз в неделю по 30 минут и более при частоте пульса не ниже 120 ударов в минуту. Полезны также ходьба на лыжах, плавание и закаливающие

процедуры.

Ожирение хоть и с трудом, но излечивается. Однако проще его предотвратить. Способы профилактики просты и широко известны: постоянно следить за весом, не увлекаться сладким и мучным, вставать из-за стола с легким чувством голода и желанием съесть еще что-нибудь, медленно и тщательно пережевывать пищу, стараться всегда есть в одно и то же время, не есть на ночь, больше двигаться.

11. Физиологические аспекты ожирения

12. Ожирение можно назвать биологическим процессом, который с давних пор присутствует в жизни человека. Об этом свидетельствуют фигурки, дошедшие до нас из каменного века. Рассуждать об ожирении можно двояко: с одной стороны, оно является следствием переедания, а с другой – это проблема со здоровьем.

Вполне вероятно, что такой же взгляд на ожирение был у людей и в древности. Разумеется, когда продовольствия было мало, когда питались мясом убитых животных и растительной пищей, что не способствовало перееданию, ожирение встречалось в очень редких случаях.

В те времена полнота была предметом зависти соплеменников. От болезней и бедности худели, и на основании этого легко зародилась связь между избытком массы тела и состоянием здоровья.

В общем можно сказать, что понимание процесса ожирения как нарушения энергетического обмена пришло со временем. Необходимость научных исследований ожирения была вызвана социальными и цивилизаторскими переменами современности.

Сейчас изучены различные физиологические факторы, которые касаются способа возникновения, поддержания и лечения ожирения. Обнаружено, что этот синдром вызван целым рядом нарушений физиологического, метаболического и клинического типа.

Исследования выявляют разные аспекты равновесия системы, которая регулирует энергетический обмен в организме, накопление и освобождение жиров.

При ожирении происходит увеличение массы жировой ткани как составной части всего организма. Следовательно, этот процесс может сопровождаться многими осложнениями, которые отрицательно влияют на состояние здоровья человека, а также на продолжительность его жизни.

Такое состояние обуславливает развитие диабета, дегенеративных заболеваний сердца, атеросклероза, некоторых заболеваний почек, печени, легких, кожи, костно-суставной системы, подагры и многих других болезней.

Ожирение является фактором, который затрудняет оперативное лечение.

С помощью рационального питания и двигательной деятельности можно контролировать течение этого процесса. Однако рационализация питания имеет свои границы в воздействии на массу жировой ткани. Она должна соотноситься с требованием, чтобы количество мышечной работы удерживалось на физиологическом уровне.

Мышечная работа является главным фактором энергетического баланса, а также стимулом, который увеличивает работоспособность тканей и органов.

Ожирение – это не просто избыток жира в организме, а сложная патология, которую в настоящее время расценивают как хроническое заболевание, приводящее к осложнениям: артериальной гипертензии, болезням сердца, сахарному диабету и др. Другими словами, ожирение не косметическая проблема, а болезнь, способствующая сокращению продолжительности жизни человека и снижающая ее качество.

Существует возможность классифицировать процесс ожирения в зависимости от

морфологических свойств жировой ткани. Такая классификация имеет клиническое значение, так как соответствует разной степени риска появления осложнений, а также укорочения продолжительности жизни.

Гипертрофическое ожирение. К этой группе следует отнести слишком тучных людей, у которых можно наблюдать увеличение размеров жировых клеток без большого увеличения общего их количества в организме. Как правило, такое ожирение с не очень большим избытком жировой ткани наиболее часто встречается у лиц зрелого возраста.

Гипертрофическое ожирение главным образом связано с метаболическими нарушениями, к которым относятся увеличенная секреция инсулина, заболеваемость диабетом, а также возникновение сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение такого типа появляется, как правило, из-за того, что депо энергии в организме перегружены выше физиологической меры.

Такие симптомы, как уменьшение усвоения глюкозы, можно рассматривать в качестве результата переполнения энергетических депо, в связи с чем затрудняется переход энергетических субстратов из крови в клетки. Вполне возможно, причиной этого является первичное уменьшение чувствительности мышечной ткани к инсулину, что может быть вызвано двигательной инертностью.

Гиперпластическое ожирение. Такой тип ожирения встречается гораздо реже. Его возникновение обусловлено увеличением количества жировых клеток. Зависит это в основном от генетических факторов или от влияний, регулирующих морфогенез жировой ткани и действующих во время эмбрионального развития или в раннем детстве.

Клетки нашего организма генерируют какое-то количество энергии (которая расходуется ими же) на обеспечение процессов своей жизнедеятельности. Однако в нашем организме есть системы, генерирующие энергию не только для себя, но и обеспечивающие ею весь организм.

По способности генерировать энергию такие системы делятся на активные и пассивные. К числу активных прежде всего относится мышечная система. Наша физическая жизнестойкость зависит от степени развития и тренированности мышечной ткани. Не зря, когда в организм попадает вирус, мы чувствуем слабость, недомогание и упадок сил. Люди, имеющие нетренированную мышечную систему, также испытывают постоянное недомогание.

Мышечная ткань бывает двух видов: поперечно-полосатая и гладкая (особый вид ткани – сердечная мышца, ее мы рассматривать не будем). Поперечно-полосатая мышечная ткань формирует все наше тело. Именно от нее зависит физическая сила и выносливость. Управляется она центральной нервной системой.

Совершенно иначе обстоит дело с гладкой мышечной тканью. Она выстилает все системы, связанные с перемещением и транспортировкой в организме тех или иных веществ, придавая этим системам гладкость, эластичность, упругость.

К ним относятся сосуды, кишечник, кожа и т. д. Гладкие мышцы также управляются центральной нервной системой.

Если поперечно-полосатая мышечная ткань улавливает сильные вибрации от головного мозга, не изменяя своих функций, то гладкая мускулатура болезненно реагирует на эти импульсы, отчего происходит коллапс. Именно по этой причине у людей, подверженных стрессам, развивается сосудистая дистония, атония кишечника, происходит смещение позвонков, прогрессирует ожирение (кожа и подкожная клетчатка изменяют свои функции).

Основная функция мышечной ткани – улавливать жизненную энергию и направлять ее для хранения в резервуары с последующей транспортировкой к месту назначения. Одним

из энергетических резервуаров является брюшная полость. Брюшная полость отделяется от грудной диафрагмой. В ее состав входит гладкая мышечная ткань. Диафрагма обильно снабжена кровеносными сосудами и нервными окончаниями. Во всей медицинской литературе диафрагме уделяется мало внимания, однако, если природа обеспечила ее таким мощным кровоснабжением, значит ее функция достаточно велика. Действительно, диафрагма улавливает всю свободную энергию в организме и направляет ее в резервуар, то есть в брюшную полость (брюшной канал). Наиболее активно диафрагма работает при дыхании.

В человеческом организме существует огромное множество энергетических потоков. Одни из них скрыты от нашего внимания полностью, но существует три основных потока поступления энергии в организм, которые обеспечивают жизнедеятельность человека. Два из них связаны с поступлением в организм энергии с пищей и водой, третий – с поступлением энергии во время дыхания.

Человек без пищи может обойтись достаточно долго. Без воды тоже какое-то время жить можно, а вот без дыхания мы способны обходиться совсем недолго. Значит, еда не основной источник поступления энергии. Более важным поставщиком энергии является вода, а самым важным – дыхание. Именно поэтому йоги уделяют большое внимание дыхательной гимнастике. Органы дыхания улавливают из воздуха тонкие вибрации жизненной энергии. Часть ее передается в кровь, а часть – в брюшной резервуар.

От состояния диафрагмы зависит работа всех внутренних органов: печени, почек, поджелудочной железы, кишечника, селезенки, легких, сердца и др. Они прилегают к диафрагме, массируются ею, благодаря чему улучшается их тонус и энергообмен.

Итак, вся свободная энергия, образующаяся в организме, стекает в область живота и концентрируется там. Здесь есть еще один момент. Если в организме по каким-либо причинам не хватает энергии (например, при слаборазвитой мышечной ткани), то недостающая ее часть изымается из органов брюшной полости (конечно, не без ущерба для них).<

> Не по этой ли причине в настоящее время нет людей, не имеющих проблем с желудком, кишечником, печенью и т. д.? Недаром брюшную полость в народе называют «живот» (от слова «жизнь»). Давно замечено, что от ее состояния полностью зависит наше здоровье.

Поэтому очень важно уделять этой части организма должное внимание: делать дыхательную и обычную гимнастику. Так распорядилась природа: брюшной полости она придала очень важные функции, а мышцы брюшного пресса сделала пассивными, и для их активизации необходимы гимнастика и дыхательные упражнения.

Все реакции поведения, которые регулируют физиологическое состояние организма, происходят из-за воздействия на центральную нервную систему раздражителей изнутри организма или же раздражителей из внешней среды. Внутренние раздражители возникают как отклонения от физиологического состояния равновесия; они сопровождаются соответствующими изменениями поведения.

Центральная нервная система при таких внутренних отклонениях от физиологического равновесия приходит в возбуждение. Результатом такой реакции является увеличение воздействия раздражителей из внешней среды, которые порождают изменение поведения, поддерживают их или тормозят.

Существует много видов внешних импульсов, которые воздействуют на нервную систему. Перед принятием пищи это зрительные и обонятельные раздражители, а после введения пищи в полость рта – вкусовые раздражители, дополнительные обонятельные (хеморецепторы) и механические раздражители.

Способность пищи влиять на поддержание аппетита при помощи этих раздражителей можно было бы определить словом «съедобность». Она влияет на количество потребляемой пищи одновременно с внутренними раздражителями. Следовательно, количество потребляемой пищи зависит от двух систем раздражителей: внутренней (голод или сытость) и внешней (съедобность пищи). Системы эти могут быть обусловлены различными факторами и ситуациями.

Ожирение является расстройством гомеостаза энергетического обмена.

В его возникновении принимает участие ряд факторов внутреннего и внешнего обмена. Они вызывают существенные функциональные изменения в психоневрологическом регулировании инстинктивного поведения в области питания. Реже причиной ожирения являются первичные патологические нарушения в секреции гормонов.

Действительно, ожирение часто отмечается уже в первый год жизни (сказывается перекармливание ребенка), в начале обучения в школе (уменьшается двигательная активность), перед наступлением периода полового созревания, в период окончания роста (питание остается обычно прежним, и энергия, которая ранее использовалась для роста, преобразуется в жировые отложения).

Ожирение отмечается также после резкого снижения двигательной активности (в связи с переходом на сидячую работу), при приеме гормональных противозачаточных средств, в период беременности, климакса.

Динамическая фаза ожирения характеризуется постоянным увеличением массы тела. Состояние это может длиться десятки лет, причем прибавки в весе могут быть как постепенными, так и скачкообразными.

Причина постепенного нарастания веса заключается обычно в образовании слишком большого количества энергии и недостаточном ее расходе. Резкое же увеличение веса (например, на 10–15 кг за 1 год) может быть следствием какого-либо заболевания или внезапного снижения двигательной активности при прежней калорийности рациона.

После достижения определенного веса наступает фаза стабилизации. При этом приобретают стойкий характер те гормональные и обменные нарушения, которые возникли в динамической фазе ожирения. Их нередко рассматривают уже как самостоятельные болезни.

В фазе стабилизации тучные люди едят порой даже меньше, чем те, кто имеет нормальный вес, но, несмотря на это, не худеют. Для снижения веса им приходится прикладывать значительно больше усилий, чем в период динамической фазы ожирения.

Под давлением негативных стресс-факторов организм вырабатывает большое количество специфического гормона, который активирует фермент, ускоряющий процесс отложения жира в области живота. Сейчас считается общепризнанным, что именно такой тип тучности чреват наиболее высоким риском возникновения сахарного диабета и сердечно-сосудистых расстройств.

Многие ученые считают, что в XXI веке ожирение может превратиться в глобальную эпидемию. И это будет представлять серьезную угрозу для здоровья населения планеты. По данным ВОЗ, в экономически развитых странах Европы от 45 до 60 % жителей имеют лишний вес. В России, кстати, несмотря ни на что, сегодня почти у 60 % населения отмечается избыточная масса тела.

Современная медицина рассматривает ожирение как хроническое заболевание, требующее медицинского вмешательства. Единой точки зрения на ожирение не существует. Есть несколько научных теорий. А слухов и мифов более чем достаточно. Например, многие убеждены, что лишний вес лишь косметический недостаток, но это не так.

Научные данные свидетельствуют: у людей с избыточным весом в 3 раза чаще наблюдаются артериальная гипертензия и сахарный диабет, в два раза чаще – атеросклероз. У страдающих ожирением значительно выше риск развития рака, поражений сосудов, суставов, желчного пузыря, других органов. Ожирение резко повышает смертность.

У больных сахарным диабетом с массой тела, на 25 % превышающей норму, вероятность преждевременной смерти увеличивается в 5 раз. Ассоциация кардиологов даже внесла ожирение в список основных факторов риска болезней сердца.

И, конечно, существует множество псевдонаучных теорий по поводу причин увеличения веса. Многие считают, что все дело в наследственности. Однако на самом деле причина в том, что в каждой семье существуют свои пищевые пристрастия и привычки. Естественно, дети, которых с ранних лет перекармливали, в зрелости будут страдать от избыточного веса.

То есть большая часть полных детей и взрослых просто переедают, именно так проявляется генетическая склонность к ожирению, без избытка пищи она бы развиться в заболевание не могла.

Большинство женщин полагает, что вес неизбежно увеличивается во время беременности, после родов и кормления грудью ребенка. Развитие женского организма от рождения до увядания принято разделять на периоды, которые характеризуются определенными особенностями: период детства; пубертатный (подростковый) период со становлением менструальной функции; детородный период с периодами беременности и кормления грудью; климактерический и постклимактерический период. В любом из них возникновение ожирения оказывает крайне неблагоприятное влияние на здоровье женщины.

Для того чтобы понять причины послеродового ожирения, можно совершить небольшую экскурсию в физиологию. Центром энергетического обмена организма является отдел головного мозга, называемый гипоталамусом. Гипоталамус управляет расходом энергии через вегетативную нервную систему (независимая от сознания часть нервной системы, которая контролирует деятельность всех внутренних органов) и гормоны.

Кроме того, гипоталамус – основной регулятор деятельности детородной системы. Крайне важно для понимания процессов ожирения то, что в гипоталамусе «сталкиваются интересы» эндокринной системы, контролирующей функцию детородных органов и энергетический обмен, и вегетативной нервной системы, управляющей жизнедеятельностью всех внутренних органов, в том числе половых и эндокринных, и тем же энергетическим обменом.

Если учесть, как все сложно задумано природой, можно понять, почему ожирение и нарушение детородной функции у женщин идут рука об руку. Таким образом, ключевую роль в регуляции детородной функции играют гормоны гипоталамуса, которые действуют на гипофиз, а конечной целью действия этих гормонов является выработка женских половых гормонов – эстрогенов.

В послеродовом периоде гипоталамус еще не успевает отдохнуть от экстремального управления гормональной и вегетативной нервной системой беременной, но перед ним ставится новая задача – выработка молока.

Такая повышенная нагрузка может привести к сбоям в функционировании этого отдела головного мозга. Нарушается секреция гормонов гипоталамуса, что, в свою очередь, сказывается как на количестве жировой ткани, так и на менструальном цикле. Разобраться в этом гормональном хаосе сложно.

Специалисты считают, что имеется прямая зависимость между нарастанием массы тела и тяжестью нарушений функции яичников; чаще всего первично ожирение. Поэтому своевременная коррекция массы тела нередко приводит к нормализации менструального цикла даже без применения какой-либо специальной терапии. Бытует заблуждение, что, для того чтобы похудеть, надо ограничить в рационе мучное, сладкое, потреблять больше белковой пищи. Но наша еда состоит из жиров, белков, углеводов, клетчатки и воды. Один грамм жира содержит 9 ккал, 1 грамм алкоголя – 7 ккал, 1 грамм белка – 4 ккал, 1 грамм углеводов – 4 ккал.

Главные источники углеводов – картофель, хлеб, молоко, фрукты, ягоды, мучные изделия. Белки содержатся в нежирном мясе, рыбе, птице, яйцах, а жиры – во всех видах масла, сале, сметане, жирном мясе, а также в любых мясных продуктах и сыре.

В воде калорий нет, а значит, почти нет их и в овощах и зелени, в которых содержится много воды. Большое количество исследований и наблюдений за тысячами пациентов приводит к однозначному выводу: масса тела тем больше, чем больше в пище жиров. Чтобы похудеть, недостаточно отказаться от булок и сладостей, надо себя ограничить и в потреблении мяса.

Теорий, объясняющих причины ожирения, несколько. Так, по мнению некоторых специалистов, это следствие неправильной деятельности центров головного мозга, которые отвечают за голод, аппетит или состояние сытости. Другие ученые считают, что все дело в хроническом нарушении обмена веществ, в перенесенных болезнях и стрессе.

Возможность возникновения ожирения может увеличиваться в некоторые периоды. Так, оно легче возникает в период повышенной секреции гормонов, способствующих образованию жира, в период сознательного переедания по самым разным причинам и, наконец, в тот период, когда человек не может в силу обстоятельств повлиять на свое питание и двигательный режим.

Факторы развития ожирения многообразны. Наиболее распространенными из них считаются переедание, снижение двигательной активности, генетическая предрасположенность, патология эндокринной системы.

Генетический фактор все чаще рассматривается специалистами как возможный, основной или дополнительный элемент ожирения. Был проведен ряд исследований, в ходе которых выявилась несколько типов генетического ожирения с различными метаболическими нарушениями.

Исследовательским материалом являются особые лабораторные штаммы мышей или крыс. Разные формы ожирения у мышей, крыс и собак наследуются разным путем – рецессивным или доминирующим. В обоих этих случаях полигенный субстрат наследственности допускает возможность колебаний в пределах параметра отложения жира и способствует появлению ожирения только при большой выработке энергии.

Возможность получения с помощью животноводческой селекции видов с предрасположением к чрезмерному количеству жировой ткани, передаваемым по наследству, указывает на роль наследственности в формировании этого свойства. Масса тела зависит от влияния многих генов. Они наследуются согласно с принципами полигенной передачи.

Способ воздействия генов на образование избытка массы тела может заключаться в генетическом преобладании структуры и функции систем, которые регулируют алиментарное поведение, а также в определении течения промежуточных реакций в ходе внутриклеточного метаболизма.

Выводы, вытекающие из исследований значения генетического фактора в ожирении у экспериментальных животных, существенны в связи с аналогией в возникновении и

действии нарушений регуляции аппетита, нарушений секреции гормонов и метаболизма. С точки зрения генетики человек относится к очень сложному виду, и поэтому трудно поддается исследованиям. Помимо этого, влияние окружающей среды, как правило, очень сильное и дифференцированное.

По сравнению с экспериментальными исследованиями люди обогащены целым комплексом общественных, цивилизаторских и психических раздражителей. Удалось, однако, накопить много наблюдений и доказательств, которые указывают на этиологическое значение генетического фактора в клинике ожирения.

Было проведено множество исследований с целью изучения последствий применения диет в семьях, члены которых страдали ожирением. После сравнения результатов специалисты пришли к выводам, которые свидетельствуют о существовании генетического предрасположения.

13.

14. Уже в середине XIX века был опубликован ряд работ, в которых приводились примеры ожирения во многих поколениях одной и той же семьи. Объясняя возникновение такого ожирения, специалисты указывали на причины, заключающиеся в том, что в семьях быстрее перенимают образ жизни и способ питания.

Но в то же время были выражены некоторые сомнения в отношении возможности доказать непосредственную роль генетического фактора в семьях, члены которых страдали ожирением, так как никогда нельзя с полной уверенностью исключить влияние окружающей среды и привычек, которые касаются рода принимаемой пищи и ее распределения, а также образа жизни.

Специалистами был собран большой материал по сопоставлению антропологических измерений трех поколений обследованных семейств.

Условно можно выделить по крайней мере три генетических фактора, которые приводят к ожирению. Разница в аппетите и скорости обмена веществ обусловлена наследственными факторами.

Ряд обследований однояйцевых близнецов показал более отчетливое сходство колебаний массы тела, относительно независимое от условий окружающей среды, чем у двуяйцевых близнецов или у братьев и сестер. Однако установление взаимосвязи между ожирением у родителей и детей не свидетельствует о генетическом факторе, так как дети перенимают у родителей те же навыки, которые касаются питания и образа жизни.

Даже если признать, что наследственность является главным фактором, регулирующим индивидуальную массу тела, это еще не говорит о том, что наследственность точно предопределяет это свойство. Так же как и в отношении других биологических свойств, наследственный фактор, вполне возможно, определяет пределы, в которых колеблется величина массы, присущая данному индивиду в зависимости от способа питания и его физической активности.

Клиническое определение и дифференцирование таких ситуаций пока не представляется возможным, поэтому проверка гипотезы генетической обусловленности ожирения у людей сталкивается с рядом весьма существенных препятствий.

Кроме того, род, интенсивность, а также частота ожирения испытывают значительное воздействие окружающей среды: это особенно касается влияния питания, физической нагрузки, профессии, географического фактора, климата, психологической обстановки.

Многие специалисты установили выраженное наследственное проявление ожирения. Проценты, определяющие частоту ожирения у родителей, для чрезмерно тучных детей колеблются в пределах от 40 до 80. Было установлено, что ожирение у родителей и у детей встречается гораздо реже в тех случаях, когда дети были усыновлены, чем в семьях

с родными детьми.

В ходе исследований было установлено, что пропорции пола детей из семей, члены которых страдают ожирением, отличаются от пропорций пола детей из семей, члены которых имеют нормальный вес.

Также было обнаружено, что число лиц мужского пола среди детей из семей, члены которых обладают нормальной массой тела, а также среди детей супружеских пар, состоящих из чрезмерно тучного мужчины и женщины с нормальной массой тела, меньше, чем среди детей, чьи родители страдают избыточным весом, а также среди детей тех семей, где отец имеет нормальную массу тела, а мать чрезмерно полная.

На основании этих результатов можно было бы выдвинуть гипотезу, что ожирение зависит от гена, связанного с женским полом.

Вполне возможно, что этот ген часто встречается у женщин, мужья которых имеют нормальную массу тела, но у которых, однако, по меньшей мере у одной дочери наблюдается ожирение. На основании этого возникает предположение, что взаимодействие нерцессивных генов, обуславливающих ожирение, в таких ситуациях будет менее частым, чем у семейных пар, где один из родителей тучен.

Если делать выводы о генетической обусловленности ожирения, которые основаны на сравнении частоты появления этого синдрома в разных этнических или расовых группах, то такие выводы будут не вполне обоснованны.

Группы такого рода очень сильно отличаются своими обычаями, образом жизни и питания, которые, в общем-то, маскируют влияние генетических факторов. Однако было установлено, что существуют этнические группы с большими различиями в частоте появления ожирения.

Многие наблюдения затрагивают область исследования влияния морфологической конституции на возникновение и течение ожирения. Среди попыток определить такие показатели наиболее популярны наблюдения Вага. Он различал два типа ожирения.

Андроидальное и гиперандроидальное ожирение характеризуется особым отложением жировой ткани в области верхней части туловища. Это связано с развитием скелетной мускулатуры и может относиться как к мужчинам, так и к женщинам. Такой тип ожирения приводит к метаболическим нарушениям.

Гиноидальное и гипергиноидальное ожирение связано с увеличением количества жировой ткани в области живота, бедер и голеней. Развитие мускулатуры, как правило, слабое. Для такого типа ожирения характерны осложнения, сопровождающиеся дегенеративными изменениями в системе органов движения.

Специалистами было установлено, что чрезмерно полные девушки отличаются от худощавых не только количеством жировой ткани, но и другими морфологическими параметрами.

У лиц с ожирением наблюдалась большая ширина костной системы, а также лучшее развитие скелетной мускулатуры. Следовательно, можно предположить, что ожирение связано с факторами конституционального развития.

Доказательства того, что ожирение передается по наследству, существуют только в отношении многих штаммов экспериментальных животных. У людей ожирение носит наследственный характер, хотя весьма существенную роль могут играть общие для семейства привычки относительно питания и образа жизни. Таким образом, у людей наследственный фактор имеет косвенное значение.

Основной причиной ожирения является положительный энергетический баланс, то есть превышение поступления энергии в организм по сравнению с ее расходом. Избыточный вес может обуславливаться несколькими причинами.

Во-первых, чрезмерным периодическим неконтролируемым потреблением пищи (особенно высококалорийной) в состоянии эмоционального дискомфорта, когда еда – самый простой способ почувствовать себя лучше.

Во-вторых, нездоровым характером питания. При этом, даже при отсутствии переизбытка, высококалорийная пища способствует увеличению веса.

В-третьих, неподходящим временем приема пищи (вечером), что приводит к сбоям суточных циклов.

И все это происходит, как правило, на фоне снижения ежедневной мышечной активности. Конечно, существует и генетическая предрасположенность к ожирению (особенно у лиц пикнического телосложения), но ее не стоит переоценивать.

Причиной избыточного веса являются в основном высококалорийные продукты, и в первую очередь легкоусвояемые углеводы. Проблема заключается в том, что подавляющее большинство людей пикнического типа телосложения и атлетической и даже астенической конституции склонны к развитию субдепрессивных состояний, когда на какое-то время падает настроение. И вот здесь многих и поджидает «змей-искуситель» в виде мыслей о плитке шоколада, копченостях, колбасах и др.

Именно такой тип пищи приводит к кратковременному (на 15–20 минут) улучшению настроения. Но затем оно неизбежно ухудшается, причем на более длительный период, что, в свою очередь, приводит к активизации центра аппетита и очередному приему пищи. По очень похожему механизму формируется замкнутый цикл наркотической зависимости, поэтому название «пищевая токсикомания», встречающееся в ряде работ по алиментарному ожирению, полностью оправдано.

Частота и интенсивность ожирения в эпидемиологическом понимании изменяются в зависимости от эпохи и географического местоположения.

При исследовании данного явления можно обнаружить ряд факторов социальной среды, которые способны спровоцировать появление этого нарушения. Существует зависимость частоты ожирения от двух факторов, а именно – калорийности наиболее употребляемых продуктов питания и внедрения техники в повседневную жизнь.

Многие исследования подтверждают факт отчетливой зависимости частоты появления ожирения от доступности продуктов питания. Однако сильнее реагируют в этом отношении взрослые группы населения, а особенно женский пол.

Мужчины в меньшей степени подвержены этому явлению, потому что находятся в состоянии большей физической активности, а также в связи с тем, что физиологический состав их тел содержит меньше жировой ткани.

Подобные явления, но вызванные другими причинами, наблюдаются в пожилом возрасте. В группе старых людей частота ожирения снижается до числа, характерного для молодежи. Особенно это касается женщин.

С одной стороны, это может свидетельствовать о том, что у лиц пожилого возраста существуют трудности в приобретении продуктов, а с другой – о влиянии процесса старения, который связан с уменьшением содержания воды в организме и активной клеточной массы тела, что маскирует увеличение массы жира.

Потеря веса в пожилом возрасте имеет, таким образом, естественный характер, чем и отличается от потери массы тела в зрелом возрасте и перед периодом полового созревания.

//-- Этиология и патогенез ожирения --//

Причина развития ожирения может быть определена не более чем в 3–5 случаях из 100, а именно при так называемом вторичном ожирении, связанном с некоторыми эндокринными болезнями и поражением центральной нервной системы.

В остальных же 95–97 случаях из 100, когда ожирение развивается первично и в силу этого не связано с какой-либо конкретной причиной, механизм его развития до конца не ясен. И нет нужды уточнять, что именно отсутствие точных научных представлений о механизмах нарастания избыточной жировой массы и создает ту неудовлетворительную ситуацию, которая складывается сейчас в лечении ожирения.

Для объяснения природы заболевания было предложено довольно большое количество гипотез, многие из которых не утратили своей актуальности до настоящего времени; обсуждение же других может представлять интерес лишь в историческом аспекте.

Вообще, история развития наших представлений об этиологии и патогенезе ожирения отражает ту интересную ситуацию, когда гипотезы, казалось бы очевидные с самого начала, в дальнейшем, при появлении новых данных, уже переставали устраивать.

Истина все ускользала, объяснения становились более замысловатыми, возникало ощущение, что дело это далеко не такое простое. Например, существовали гипотезы об ожирении как о сложном полиэтиологическом и полипатогенетическом заболевании, которые тут же вступали в противоречие с тем очевидным фактом, что в основе заболевания лежит физиологическое явление, а именно способность жировой ткани накапливать жир.

Очень логичной выглядела схема развития заболевания, ставящая во главу угла энергетический дисбаланс. Согласно этой гипотезе, ожирение развивается при преобладании энергии потребления над энергией расхода. Данная ситуация может развиваться как при избыточном потреблении пищи, так и при малой подвижности (переход на более спокойную работу, прекращение занятий спортом и т. д.). Логичным подтверждением этой схемы являются общеизвестные факты: при увеличении потребления пищи масса тела человека чаще всего нарастает, а при отказе от пищи снижается; при уменьшении двигательной активности масса тела может увеличиваться, а при интенсивных тренировках – снижаться.

Примерно в 30–40 % случаев у больных ожирением регистрируются те или иные пищевые нарушения, среди которых наиболее часто встречаются гиперфагическая реакция на стресс, компульсивная гиперфагия, углеводная жажда и предменструальная гиперфагия. Данные нарушения нередко сочетаются, то есть у одного пациента могут в той или иной степени быть выражены некоторые из них или даже все.

Последнее, кстати, может свидетельствовать о близких механизмах их возникновения и развития.

Гиперфагическая реакция на стресс как пищевое нарушение проявляется следующим образом: при психоэмоциональном напряжении, волнении или сразу после окончания действия фактора, вызвавшего стресс, у человека резко усиливается аппетит. Чаще всего пища при этом не дифференцируется, другими словами, люди едят все подряд, хотя есть исследования, показывающие, что предпочтение в этом состоянии отдается все-таки продуктам жирным и сладким. Поскольку фактор, вызвавший стресс, может действовать долго, то и чрезмерное потребление пищи может наблюдаться в течение длительного периода, что, в свою очередь, приведет к нарастанию избыточной массы тела.

Очень близко к понятию «гиперфагическая реакция на стресс» лежит и понятие «компульсивная гиперфагия». В этом случае больные без видимых причин потребляют большое количество еды, опять же, как правило, сладкой и жирной, и чаще в виде закусок, то есть как дополнительные приемы пищи в промежутке между основными.

«Углеводная жажда» – этот термин вошел в обиход тогда, когда основную причину ожирения связывали именно с избыточным потреблением углеводов. Сейчас чаще говорят просто о пищевой жажде, полагая, что для ее удовлетворения людям требуется

одновременно сладкая и жирная пища, например шоколад, мороженое, крем и т. п. В случае с углеводной жаждой подобного рода пища похожа по своему эффекту на наркотик, в отсутствие которого у пациентов развивается тягостное депрессивное состояние.

Предменструальную гиперфагию можно рассматривать как одно из проявлений синдрома предменструального напряжения. Явления гиперфагии наблюдаются у женщин в течение 4–7 дней перед месячными.

Логично было бы предположить, что наличие пищевых нарушений ведет к развитию ожирения, однако большинство авторов воздерживаются от столь категорических оценок. Дело в том, что данные нарушения, во-первых, наблюдаются с примерно одинаковой частотой как у больных ожирением, так и у лиц с нормальной массой тела. Во-вторых, они часто развиваются у больных уже после того, как у них появилось ожирение. В-третьих, нарушения часто носят непостоянный характер. Многие пациенты отмечают, что стрессовая гиперфагия наблюдается у них лишь иногда.

Механизмы возникновения пищевых нарушений до конца не установлены. Полагают, что они связаны с нарушением трансмиссии серотонина в структурах головного мозга, отвечающих за регуляцию пищевого поведения.

Нельзя не согласиться с мнением многих авторов, что пищевые нарушения представляют собой весьма серьезную проблему для лечения ожирения, поскольку желание есть распространяется, как правило, именно на те продукты, которые в больших количествах употреблять нежелательно (шоколад, пирожные с кремом, мороженое и т. п.).

На уровне бытового сознания очень распространена точка зрения, что полные люди едят много. Мысль эта популярна настолько, что активно поддерживается и многими врачами. Однако до настоящего времени нет ни одного сколько-нибудь серьезного исследования, демонстрирующего, что полные люди потребляют действительно в среднем больше энергии, чем худые.

Специалисты применили довольно оригинальный метод исследования потребления энергии. Пациенты с ожирением, а также лица, отобранные для контроля, в течение трех месяцев звонили в исследовательский центр всякий раз после еды и сообщали об использованных в пищу продуктах и их количестве. При этом было установлено, что и при ожирении, и при контроле была примерно одна и та же суточная калорийность, порядка 2700 ккал. Полные люди потребляли больше белков, а худые – больше алкоголя. Достоверной разницы в потреблении других нутриентов авторы не отметили. И полные, и худые съедали больше пищи в выходные дни. Как среди полных, так и среди худых встречались люди, потребляющие очень много энергии (примерно одна треть всех исследуемых).

И в обоих случаях это увеличение суточной энергетике пищи достигалось за счет большего потребления жиров.

Существует мнение, что люди с избыточным весом сознательно или неосознанно занижают данные о потреблении пищи. Однако имеются сведения, что занижение отчетов о потреблении пищи одинаково характерно как для полных, так и для худых.

///-- Профилактика ожирения --//

Обременительность лечения и низкая его эффективность указывают на огромное значение профилактики ожирения. Санитарное воспитание семей в области рационального питания является одним из наиболее рентабельных капиталовложений здравоохранения. Очень часто рационализации питания препятствует воздействие местных традиций, взглядов, обычаев. Средства массовой информации (телевидение, радио, пресса) распространяют целую лавину советов, которые непосредственно касаются

этих вопросов. Качество подобных советов оставляет желать лучшего: так как данные рекомендации имеют массовый характер, то в каждом отдельном случае их весьма трудно применить.

В санитарном воспитании важную роль должна играть школа. Распространение информации о рациональном питании необходимо включить в программу школьных занятий. В таких просветительных работах необходимо подчеркивать, что ожирение развивается вследствие неправильного питания и очень вредит здоровью. В профилактической деятельности следует шире освещать обстоятельства, которые предрасполагают к ожирению, например психологические и невротические факторы.

Для того чтобы снизить массу тела, нужно придерживаться двух принципов. Во-первых, уменьшить количество калорий и увеличить физическую активность. Во-вторых, перейти на дробное питание.

Для уменьшения калорийности пищи нужно постараться исключить жиры, начиная с животных, как наиболее калорийный компонент. После основного приема пищи не рекомендуется есть сладкое. Необходимо исключить сочетание жирных блюд со сладкими, так как, пока усваивается сладкое, накапливаются жиры.

Для увеличения физической активности следует заняться физическими упражнениями и перейти на активные формы отдыха. Вид и интенсивность физических упражнений должны быть подобраны исходя из физиологических возможностей организма.

В целях снижения веса и улучшения общего функционирования организма следует отдавать предпочтение длительному выполнению упражнений с небольшим отягощением. Продолжительность тренировки по возможности должна быть не менее полутора часов.

Дробное питание при пониженной общей калорийности применяется не только для снижения веса, но и для лечения больных ожирением. Прием пищи должен осуществляться шесть раз в день (одним приемом можно считать бутерброд с сыром и стакан сока, кефира, чая).

Нельзя ограничивать себя в потреблении питья, при этом лучше пить зеленый чай или минеральную воду. Снижение веса при ограничении потребления жидкости – это просто обезвоживание организма, приводящее к задержке токсинов, сгущению крови, образованию камней в почках.

Потребляемая пища должна быть богата белками, так как резкое снижение их количества, тем более полное исключение белков из пищи ведет к интоксикации организма продуктами распада собственных белков, поскольку он для поддержания нормальной жизнедеятельности вынужден перестраивать свои ткани, а этот процесс идет крайне нерационально.

Длительное ограничение потребления белков приводит к снижению иммунитета, увеличивает заболеваемость кариесом, создает риск жировой дистрофии печени. Количество употребляемых белков зависит от того, как идет их усвоение (условно принят расчет 1,6 г белков на 1 кг веса тела, но может быть и гораздо меньше). Для того чтобы снизить количество употребляемых жиров, нужно есть не жареные блюда, а вареные, тушеные или пареные. Пища обязательно должна содержать растительные волокна (хлеб зерновой или с отрубями, кашу из неочищенных зерен, овощи).

В пищу периодически нужно добавлять немного растительного масла, не подвергавшегося температурной обработке (например, оливковое масло холодной выжимки). Необходимо принимать поливитаминные препараты.

В качестве дополнительной меры борьбы с лишним весом иногда рекомендуется устраивать разгрузочные дни. При этом необходимо помнить, что, перед тем как изменить характер своего питания, следует посоветоваться с врачом.

Для начала следует привести определения основных физиологических явлений, которые играют роль в регуляции потребления пищи. К таким явлениям относятся голодание, аппетит, сытость, анорексия, прожорливость.

Голодание – это комплекс неприятных ощущений, которые заключаются в ощущении пустоты и спазмов желудка.

Аппетит выражается в желании потреблять пищу. В противоположность голоданию, которое появляется тогда, когда питательные запасы организма ниже уровня, необходимого для сохранения энергетического равновесия, аппетит может удерживаться выше этого уровня, а под влиянием разных условных раздражителей увеличиваться или уменьшаться.

Такое явление, как сытость, возникает при отсутствии желания есть.

В некотором роде сытость является противоположностью аппетиту.

Анорексия означает отсутствие ощущения голода в таких ситуациях, когда физиологическое состояние обычно вызывает это ощущение.

Прожорливость является состоянием, при котором потребление пищи не вызывает нормального ощущения сытости, и чувство голода удерживается независимо от приема пищи.

У многих людей количество потребляемой пищи находится в прямой зависимости от ощущения голода, сытости или аппетита на подсознательном уровне, то есть сознание какого-либо существенного участия в этом не принимает. Физиолог Карльсон считал, что местом, в котором происходит восприятие раздражителей, вызывающих ощущение голода или сытости, является желудок. Он предлагал связывать ощущение голода с сильными, ритмичными спазмами пустого желудка. В ходе проведенных им исследований было установлено, что содержание в крови глюкозы имеет немаловажное значение для появления ощущения голода или сытости. При помощи послеинсулиновой гипогликемии он получал голодные спазмы желудка, которые купировал путем внутривенного введения глюкозы. В этом отношении его гипотеза потеряла значение, когда оказалось, что и животные, и люди очень хорошо сохраняют энергетический баланс.

Потребление пищи у людей больше связано с ощущением аппетита, гораздо реже – голода. Возникновение аппетита зависит от нескольких положительных условных пищевых рефлексов, вызванных вкусом, запахом и внешним видом пищи. У цивилизованного человека аппетит развит таким образом, что обычно он становится главной движущей силой, регулирующей потребление пищи. Даже после утоления голода некоторые блюда могут возбудить аппетит, например мороженое, пирожные и т. д. На формирование аппетита оказывают влияние такие факторы, как окружающая среда, распределение пищи на несколько приемов, ритм этих приемов, установленный обычаем подбор блюд, эмоциональные переживания. Начиная с грудного возраста на врожденные безусловные пищевые рефлексы наслаиваются многочисленные условные рефлексы, которые спустя некоторое время образуют фиксированный стереотип алиментарного поведения.

15. Сегментарный массаж при ожирении

16. В настоящее время имеются большие возможности для лечения ожирения:

сбалансированное гипокалорийное питание, физические нагрузки, медикаментозная терапия.

Медикаментозная терапия при ожирении помогает ускорить процесс уменьшения массы тела и закрепить достигнутый результат. По механизму действия препараты для лечения ожирения можно разделить на три группы: снижающие потребление пищи;

увеличивающие расход энергии; уменьшающие всасывание питательных веществ.

Высокой эффективностью при лечении ожирения обладает сегментарный массаж. При ожирении в организме человека откладывается избыток жировой ткани, приводящий к значительному увеличению общей массы тела. Сегментарный массаж способствует сокращению жировых отложений на отдельных участках тела; стимулирует лимфо- и кровообращение.

Общие рекомендации по проведению сегментарного массажа при лечении ожирения следующие:

1. Массаж лучше всего проводить утром, после того как больной позавтракал, или перед обедом, если больной очень ослаблен.
2. Поскольку при ожирении у больного ослаблены мышцы брюшного пресса, применять ударные приемы не рекомендуется.
3. При ухудшении состояния больного во время сеанса массаж следует немедленно прекратить.
4. Интенсивность массажа должна возрастать постепенно, как и продолжительность каждой процедуры (с 15 минут до 1 часа).
5. Общий массаж должен проводиться не чаще 1–2 раз в неделю.
6. Больной нуждается в пассивном отдыхе перед процедурой (10–15 минут) и после ее окончания (15–30 минут).
7. Хороший эффект дает проведение массажа в бане или парной. Но на это обязательно должно быть разрешение врача.
8. Действие массажа усиливается, если его проводят после длительной диеты.

Порядок выполнения массажа при ожирении зависит от состояния больного и стадии его заболевания.

При запущенной форме заболевания, когда больной, обладая значительным весом, не может лечь на живот и страдает одышкой, он ложится на спину и ему под голову и колени подкладывают валик. В таком случае массаж начинают с воздействия на нижние конечности, причем передняя и задняя поверхности бедер, голени и стопы массируют одновременно. В процессе массажа используют поглаживание, растирание, разминание, вибрацию, чередующую с разминанием; обхватывающее поглаживание всей поверхности нижних конечностей в направлении от стопы к тазу.

При начальной стадии заболевания сегментарный массаж проводят в следующем порядке.

1. Массируемый ложится на живот, и массажист поочередно выполняет общий массаж спины, массаж задней поверхности шеи, массаж спины с акцентированием внимания на широчайших мышцах, массаж области таза, массаж задней поверхности нижних конечностей. При этом он использует все приемы, уделяя больше времени разминанию.
2. Затем больной ложится на спину, и массажист приступает к воздействию на переднюю поверхность левой ноги, на левую руку (движения производят от плеча к пальцам рук), на переднюю поверхность правой ноги, на правую руку (движения также производят от плеча к пальцам), на область груди и живота (массажист стоит справа от больного).

Каждый сеанс должен включать в себя общий массаж, местный массаж живота и бедер или живота и груди, точечный массаж и другие его виды. Курс сегментарного массажа при ожирении состоит из 15–20 сеансов, проводимых каждый день.

Все движения массажист выполняет по часовой стрелке. Особенно тщательно выполняют приемы накатывания и надавливания. Сеанс массажа завершают встряхиванием верхних и нижних конечностей и живота.

Самомассаж как средство от ожирения

1. При ожирении необходимо использовать не только массаж, но и самомассаж, поскольку последний увеличивает энергозатраты. Именно это и необходимо, так как его применение подразумевает наличие усилий со стороны больного. Эффективность самомассажа можно повысить, применяя его в качестве дополнения к каким-либо видам спорта, особенно полезным для избавления от лишнего веса: утренней гимнастике, бегу, плаванию и просто ходьбе. Такой массаж поможет повысить функциональные возможности организма, а также устранил утомление, способствуя более быстрому восстановлению после испытанных физических нагрузок.

Преимущества данного способа борьбы с ожирением в том, что он прост и доступен практически каждому, у кого есть твердое желание сбросить лишние килограммы, хорошо изучив приемы самомассажа. В зависимости от самочувствия можно изменять дозировку различных приемов и методику их проведения. К тому же самомассаж можно проводить в различной обстановке – в бане (что особенно эффективно), в ванне после хорошего прогревания и т. д. При этом выбор исходного положения и приемов, которых не должно быть слишком много, определяется условиями проведения самомассажа. Если вы занимаетесь самомассажем в помещении, оно должно быть хорошо проветренным, но не холодным. Наиболее подходящая температура воздуха составляет около 20 °С.

Необходимо помнить о том, что массаж должен вызывать у человека лишь положительные эмоции. Ведь стресс является одним из главных факторов, способствующих развитию ожирения. Только при соблюдении всех условий проведения массажа можно достичь желаемого эффекта.

Проведение самомассажа предполагает те же правила, что и выполнение массажа. Движения следует выполнять по направлению лимфатических сосудов к лимфатическим узлам, которые массировать нельзя.

При выполнении самомассажа используют те же приемы, что и в массаже. Проводят их в той же последовательности. Где это возможно, прием выполняют двумя руками, например на таких участках, как бедро или голень. Прежде чем начать сеанс самомассажа, следует принять такое положение тела, чтобы не испытывать статического напряжения мышц. Массируемые мышцы должны быть максимально расслаблены. Последовательность проведения массажа такова: сначала массируют бедро и коленный сустав – поочередно на одной и другой ноге, затем голень и стопы – также поочередно; после этого – грудь, руки, шею, спину, живот; в положении стоя – таз, поясницу, голову.

Со временем можно научиться регулировать ритм и темп массажа, степень воздействия какого-либо приема и его длительность. Ведь все эти показатели необходимо изменять в зависимости от состояния той или иной мышцы, ее тонуса. Не рекомендуется резко переходить от одного приема к другому или делать паузы при их выполнении, так как все движения должны осуществляться, постепенно сменяя друг друга и плавно переходя одно в другое. Для этого нужно внимательно изучить описание приемов, их влияние на организм.

После этого можно приступать к их выполнению.

Сеанс начинают с самомассажа бедра. Мышцам ног вообще следует уделять особое внимание, поскольку люди, страдающие избыточным весом, обычно имеют профессии, при которых практически весь рабочий день приходится пребывать в сидячем положении. Такая ситуация крайне отрицательно сказывается на мышцах ног. Возникают отеки, боли в суставах, а мышцы ног ослабевают.

Положение тела зависит от окружающих условий и того, каким мышцам требуется массаж. Однако в любом случае необходимо иметь устойчивую точку опоры для спины и одной ноги, будь то стул или ствол дерева (если вы проводите самомассаж на свежем

воздухе). Лучше всего для этого подходит диван. Нужно сесть на него боком, так чтобы одна нога лежала на диване, а вторая была опущена на пол.

Если же нет возможности принять подобное положение или отсутствует необходимость проводить массаж всей ноги, можно просто присесть на стул или скамеечку. Ноги при этом должны быть согнуты или полусогнуты в коленном суставе так, чтобы наружный край стопы опирался о твердую поверхность пола или земли. В таком положении можно делать одновременный массаж обеих поверхностей бедер – внутренней и внешней. Положив одну ногу на другую, массируют внешнюю поверхность бедра и голени.

Самомассаж бедра предполагает несколько этапов его проведения и состоит из ряда приемов, выполняемых последовательно.

Сначала проводят поглаживание. Именно с него всегда начинают и заканчивают практически каждый этап самомассажа любого участка тела. В направлении от коленного сустава к паху выполняют поглаживающие движения, которые производят обеими руками. Соединив пальцы так, как требуется при выполнении данного приема, нужно плотно прижать их к коже и выполнять скользящие движения, стараясь не прилагать особых усилий к этому.

После выполнения данного приема переходят к следующему, называемому комбинированным поглаживанием. При его выполнении одной рукой производят прямолинейное движение, а другой – спиралевидное. Направление движений то же, что и при предыдущем приеме.

Следующий этап – выжимание. В зависимости от состояния мышц на момент проведения сеанса самомассажа меняется и интенсивность выполнения приема. Так, при наличии слабости, недоразвитости мышц или болезненных ощущениях выжимание делают при помощи одной руки. Если же подобные недостатки отсутствуют, можно выполнять выжимание ребром ладони, а также выжимание с отягощением.

При выжимании ребром ладони внутреннюю поверхность левой ноги массируют левой рукой, а наружную – правой. Кисть располагают поперек бедра, и прием выполняют при помощи ребра ладони или большого пальца.

При выжимании с отягощением можно использовать два способа его выполнения: первый, при котором правой рукой массируют внутреннюю поверхность правой ноги, а левой – наружную; и второй, когда правой рукой производят массаж внешней стороны правого бедра, а левой – внутренней.

Далее следует растирание. На этом этапе нужно последовательно выполнить несколько видов данного приема: прямолинейное, спиралевидное и кругообразное (при помощи одной руки); прямолинейное и кругообразное с отягощением (двумя руками). Все их применяют для массажа наружной поверхности бедра. Прием выполняют тыльной стороной пальцев, сжатых в кулак.

Этап четвертый – разминание. Внутренняя, передняя и внешняя части бедра подвергаются ординарному разминанию. Ладонью с выпрямленными пальцами обхватывают мышцу, сжимают ее и, зафиксировав руку на массируемой области, производят вращательные движения. При этом одновременно двигаются по массируемой мышце скользящими движениями, захватывая пальцами следующие участки. Нужно стараться делать это без толчков и напряжения, ритмично, последовательно продвигаясь в нужном направлении.

После этого используют прием двойного грифа. Его выполняют подобно предыдущему, но с отягощением, при котором пальцы одной руки наложены на пальцы другой и, соответственно, один большой палец – на другой.

Затем следует двойное кольцевое разминание внутренней части бедра. Для выполнения

этого приема нужно корпусом тела развернуться от массируемой ноги, а при массаже внешней части бедра – наоборот. Мышцу обхватывают так, чтобы обе ладони располагались поперек нее, а между ними оставалось расстояние, равное длине выпрямленных пальцев кисти. Обеими руками слегка приподнимают мышцу, а затем оттягивают ее в разные стороны. При этом направление движений рук должно меняться плавно и ритмично.

Продольное разминание производят на внутренней, средней и внешней линиях бедра. Обе руки кладут параллельно друг другу на массируемую поверхность на расстоянии 1–2 см между ними. Затем, захватив мышцу сначала правой рукой, а потом левой, смещают ее в разные стороны.

На передней и задней поверхностях бедра одновременно проводят двойное ординарное разминание. При его выполнении нога должна быть согнутой и стоять на полу.

На пятом этапе предполагается выполнение потряхивания. Все пальцы приподняты, а прием проводят при помощи большого пальца и мизинца, которые должны обхватить мышцу.

После этого нужно провести ударные приемы – такие, как поколачивание, похлопывание, рубление. При выполнении поколачивания пальцы должны быть согнуты, а мизинец чуть разжат. При таком положении кисти наносят удары ее ребром, в направлении перпендикулярном к массируемому участку. От того, насколько сильно напряжены мышцы кисти, зависит и сила ударов. Похлопывание выполняют либо двумя руками попеременно, либо одной предельно расслабленной кистью. Пальцы при этом прижаты к ладони, развернутой книзу. Для проведения рубления вытягивают кисть, а пальцы разводят и расслабляют. При сомкнутых пальцах прямым мизинцем наносят удары по коже.

При самомассаже задней поверхности бедра тоже необходимо соблюдать некоторую последовательность в выполнении тех или иных приемов.

Нужно присесть на краешек стула, ногу отставить в сторону, поставив ее на носок и приподняв пятку. Благодаря такому положению мышцы задней поверхности бедра будут максимально расслаблены. Можно также лечь на бок, положив сверху ногу, массаж которой проводят. Приняв необходимое положение, необходимо последовательно выполнить следующие приемы: поглаживание, выжимание, ординарное разминание, потряхивание.

Выполнив самомассаж бедра, переходят к самомассажу коленного сустава. Если заниматься им систематически, можно предотвратить процесс отложения солей в суставах.

Самомассаж данной части тела проводят сидя и стоя (при этом центр тяжести следует перенести на ногу, не подлежащую массажу).

Прежде всего выполняют кругообразное поглаживание, при котором используют движения обеих рук. Массируя правое колено, правая рука поглаживает его внешнюю поверхность, а левая – внутреннюю.

Далее следует растирание: сначала щипцеобразное прямолинейное, а затем прямолинейное и кругообразное. Их выполняют при помощи подушечек четырех пальцев (указательного, среднего, безымянного и мизинца), которые опираются на большой, а тот, в свою очередь, на остальные. Те же приемы можно провести и с отягощением.

При выполнении прямолинейного растирания пользуются основаниями ладоней и основаниями больших пальцев. Ладони, прижатые к боковым участкам сустава, скользят взад и вперед. После этого выполняют кругообразные растирания при помощи основания ладони или подушечек большого пальца. Каждой рукой растирают соответствующую

сторону массируемой области. Можно выполнить кругообразное растирание подушечками пальцев или основанием ладони.

Затем следуют активные движения, выполняемые 6–7 раз, и пассивные – 4–5 раз. Согнув ногу в коленном и тазобедренном суставах, нужно попытаться приблизить бедро к груди, насколько это возможно. Затем следует обхватить голень руками и прижать бедро к груди. Это уже будут пассивные движения.

В завершение самомассажа коленного сустава выполняют его поглаживание обеими руками.

Самомассаж голени начинают с массажа икроножной мышцы. Можно сидеть, положив одну ногу на другую таким образом, чтобы нижняя внешняя часть голени одной ноги лежала на бедре второй.

Сначала нужно произвести поочередное и комбинированное поглаживание в направлении от ахиллесова сухожилия к подколенной ямке. Выполняя второй прием, одна рука делает скользящие зигзагообразные движения, а вторая – следующие за ними прямые.

При выжимании руки располагают так же, как при осуществлении поглаживания. Различие заключается только в том, что при выполнении данного приема на массируемую мышцу нажимают. Икроножную мышцу обхватывают так, что большой палец руки находится снизу, а остальные – сверху. Движения при этом должны быть энергичными.

При разминании сначала выполняют ординарное (одной рукой), потом двойное кольцевое разминание (двумя руками). Для того чтобы выполнить этот прием, нужно расположить кисти поперек икроножной мышцы, а затем производить ее смещение поочередно то одной, то другой рукой в сторону мизинца. Этот прием заканчивают выполнением разминания двойным грифом.

После этого можно сделать потряхивания. Движения выполняют в том же направлении, а положение можно изменить, например сесть, упершись пяткой согнутой ноги в какой-либо твердый предмет. В завершение производят поглаживание. Далее следует провести самомассаж ахиллесова сухожилия, стопы и подошвы. Данный этап самомассажа очень важен. Не случайно у жителей Индии существует изречение: «Здоровье, идущее от ваших ступней». Подошву индийские массажисты считают своего рода распределительным щитом, с проекцией на любую другую часть тела. Воздействуя на нее, мы таким образом, можем оказывать влияние на любой орган человеческого тела. При этом в наших силах усилить или замедлить его функционирование.

Давно доказана правдивость данного утверждения. Стопы обладают более чем 70 тысячами нервных окончаний, а также несравненно большим количеством терморецепторов тепловых и холодовых точек, чем остальные участки тела. Помимо этого, между стопами и слизистой оболочкой дыхательных путей, а также другими органами существует рефлекторная связь. На уровне высших нервных (вегетативных) центров зоны (точки) стоп проецируются на внутренние органы, в результате чего и возникает взаимосвязь между ними.

Следовательно, забывая следить за состоянием ступней, мы теряем здоровье. Оно ухудшается и из-за того, что человек порой не задумывается о том, какой вред можно нанести мышцам стопы, не соблюдая правил рационального труда и отдыха. Такое чаще всего случается из-за отсутствия возможности для проведения массажа или нехватки времени. Ведь если весь рабочий день провести на ногах (при этом вся масса тела будет оказывать большое давление на свод стопы), мышцы, особенно слабые, могут деформироваться.

В результате возникает плоскостопие, а это, в свою очередь, обязательно сказывается на

осанке, походке, отражается на функциях и даже на положении внутренних органов весьма отрицательным образом.

Это можно предотвратить, регулярно выполняя самомассаж стоп или даже просто катая стопами круглую палку диаметром 5–6 см.

Стопу принято разделять на внутреннюю часть – подошву, и внешнюю (нередко называемую подъемом) – тыльную поверхность. Самомассаж стопы состоит из поглаживания и растираний (щипцеобразного, прямолинейного, кругообразного), выполняемых последовательно в положении сидя.

Сев на стул и положив стопу одной ноги на бедро другой, начинают самомассаж с растирания подошвы. В этом процессе участвуют суставы сжатых в кулак пальцев, образующие некое подобие гребня – это так называемое гребнеобразное растирание. В направлении от пальцев к пятке следует повторить его 3–5 раз, выполнив такое же количество движений и прямолинейно, и спиралевидно. Потом всю подошву нужно размять подушечками четырех пальцев.

Затем следует размять пятку. При самомассаже этой части стопы применяют растирания следующих видов:

- щипцеобразное: большой палец нужно расположить с внутренней стороны пятки, а остальные четыре – с наружной, при этом пальцы должны выполнять встречные движения;

- прямолинейное: зафиксирован большой палец, а остальные четыре движутся к ахиллесову сухожилию, затем наоборот – большой палец движется по направлению к четырем, которые фиксируются;

- кругообразное: каждое движение следует выполнять на участке, находящемся ниже или выше предыдущей массируемой области.

На области ахиллесова сухожилия производят следующие приемы:

- прямолинейное растирание, растирание щипцеобразное;

- спиралевидное растирание при помощи подушечек пальцев обеих рук;

- кругообразное растирание при помощи подушечек всех пальцев.

Все вышеперечисленные приемы выполняют от пятки к икроножной мышце (левой рукой на правой ноге, а правой рукой на левой ноге).

Пальцы стопы тоже следует помассировать. Всеми пальцами массирующей руки нужно обхватить каждый из них, после чего выполнить растирание в направлении от ногтя до основания. Прямолинейное растирание производят поперек пальца. При этом большой палец находится сверху, а остальные – снизу. Далее следуют пассивные движения: сгибание, разгибание и вращения. Их выполняют так же: левая рука массирует пальцы правой стопы, а правая – левой.

После этого выполняют самомассаж тыльной части стопы: прямолинейное, кругообразное, спиралевидное растирания. Все эти приемы проводят подушечками четырех пальцев. Их можно выполнить и с отягощением. Тогда правую стопу целесообразнее массировать правой рукой, отягощая левой, а на другой ноге – наоборот.

Затем следует принять такое положение: сидя на стуле, положив массируемую ногу в области коленного сустава на бедро другой. Наклонившись к стопе, производят прямолинейное, спиралевидное, кругообразное растирания всеми пальцами, а также растирание с отягощением.

Стопу массируют, удерживая ее с боковых сторон; четыре пальца обеих рук (указательный, средний, безымянный и мизинец) обхватывают подошву, а большие пальцы – тыл (подъем). Отягощение производят по канавкам, которые образованы плюсневыми костями.

Пятку растирают в направлении к сухожилию при помощи всех пальцев, выполняющих прямолинейные и кругообразные движения.

На ахиллесовом сухожилии выполняют щипцеобразное растирание, при котором с внутренней стороны сухожилия располагается большой палец, а с наружной – остальные. Затем следует растирание с отягощением, а также растирание от пятки вверх – кругообразное и прямолинейное, в котором участвуют все пальцы обеих рук одновременно или поочередно.

Далее нужно сесть, подогнув ногу. Начинать следует с подошвы. Стопу обхватывают двумя руками и выполняют кругообразное и прямолинейное растирания. Движения производят по направлению от пальцев к пятке.

Затем массируют тыльную сторону стопы. Выполняют следующие приемы:

- прямолинейное и кругообразное растирания при помощи подушечек больших пальцев;
- прямолинейное, кругообразное и спиралевидное растирания подушечками четырех пальцев;
- прямолинейное и кругообразное растирания с отягощением;
- раздавливание.

Во время самомассажа ахиллесова сухожилия применяют следующие растирания:

- щипцеобразное, выполняемое одной рукой;
- щипцеобразное с отягощением;
- прямолинейное и кругообразное растирания при помощи подушечек всех пальцев рук, причем каждая рука растирает ногу с соответствующей стороны.

Растирающие движения следует выполнять вдоль ахиллесова сухожилия до икроножной мышцы.

После этого прodelывают самомассаж голеностопного сустава также во всех трех положениях, описанных выше. Сначала обеими руками выполняют поглаживание, после чего следуют растирания:

- щипцеобразное, прямолинейное, вдоль голеностопной щели к ахиллесову сухожилию;
- спиралевидное;
- прямолинейное растирание, когда сначала большой палец фиксируют с внутренней стороны сустава, остальные движутся вниз в сторону ахиллесова сухожилия, затем четыре пальца фиксируют, а большим массируют внутреннюю сторону сустава;
- кругообразное.

Все эти растирания можно выполнять с отягощением.

В кругообразном растирании голеностопной щели принимают участие подушечки четырех пальцев одной руки. Если, массируя голеностопный сустав на левой ноге, пользоваться левой рукой, то правой следует поддерживать подошву; если же правой, то левая рука должна поддерживать колено.

При выполнении прямолинейного и кругообразного растирания можно проводить массаж и обеими руками одновременно. При этом правой и левой рукой массируют, соответственно, правую и левую ноги. После растирания голеностопного сустава рекомендуется произвести активно-пассивные движения, к которым относятся вращение, сгибание и разгибание (каждое по 5-10 раз).

Еще большего эффекта можно достичь, если проводить самомассаж ахиллесова сухожилия и голеностопного сустава в бане или ванне, применяя мыло.

В этом случае связочно-суставной аппарат более гибок и податлив.

Можно также выполнять самомассаж ног, не используя движений рук. В этом случае массируемая нога находится на полу, а пятка другой растирает пальцы, подъем стопы, голеностопный сустав и, наконец, ахиллесово сухожилие. Прежде всего выполняют

прямолинейные движения, а затем поперечные и кругообразные. Их можно проделать и краями стопы – внешним и внутренним.

2.

3. Далее следует перейти к самомассажу грудной клетки. Под этим понятием подразумевается передняя часть грудной клетки, большие грудные мышцы и межреберные промежутки, которые заполнены мышцами, задействованными в процессе дыхания. Для женщин самомассаж груди выполняют на верхней трети большой грудной мышцы, то есть выше местонахождения молочной железы и у плечевого сустава.

Данный этап самомассажа грудной клетки способствует укреплению большой и малой грудных мышц, повышению их тонуса. Благодаря выполняемым упражнениям кожа становится более эластичной, что немаловажно для сохранения хорошей формы и красоты бюста женщины. Массируя грудные мышцы, можно предотвратить деформацию формы груди.

Поскольку самомассаж груди для женщины имеет большое значение, то его по возможности рекомендуется проводить 1–2 раза ежедневно. Помассировав большие и малые грудные мышцы хотя бы в течение 5–7 минут, можно снять физическое напряжение и переутомление.

Для того чтобы выполнить самомассаж грудной клетки, нужно сначала принять положение сидя. Кисть и предплечье руки, находящейся с массируемой стороны груди, должны лежать на бедре. Голова при этом наклонена к мышце, подлежащей массажу. Каждая рука массирует мышцы с противоположной стороны. Самомассаж груди можно проводить и в других положениях – стоя или лежа. В таких случаях рука с массируемой стороны лежит на животе, а другая выполняет массажные приемы.

Сначала 4–5 раз выполняют поглаживание. При этом рука плотно прижата к телу, а большой палец расслабленной кисти отведен в сторону. Рука движется снизу вверх в направлении от центра груди к подмышечной впадине, прямолинейно или зигзагообразно. Нужно стараться охватить рукой как можно большую площадь данного участка тела.

Далее проводят выжимание, число повторений – 4–6 раз. Его выполняют основанием большого пальца и основанием ладони, а также сжатыми вместе подушечками четырех пальцев. Массирующей является лишь одна рука, двигаясь от грудины к подмышечной впадине. Массаж проводят по трем линиям – один раз под соском и два раза над ним.

Следующий этап – растирание. Сначала проводят растирание межреберных промежутков в направлении от грудины к плечам. При выполнении этого приема подушечки пальцев следует вдавливать в межреберье и энергично производить ими прямолинейные, кругообразные, спиралевидные и пунктирные растирания. Это нужно делать одной рукой и с отягощением, но можно и одновременно обеими руками, когда каждой из них растирают соответствующую ей сторону грудной клетки.

После этого нужно выполнить растирание межреберья в направлении от мечевидного отростка, располагающегося в центре грудной клетки, вниз и в стороны. Растирание проводят ладонью, большой палец при этом должен находиться на ребрах сверху, а остальные пальцы – снизу. Каждую сторону груди растирают соответствующей ей рукой.

Если данный прием выполняют сидя, то туловище необходимо максимально расслабить, а голову наклонить. Однако лучше всего принять положение лежа. Тогда выполняемый прием будет иметь наибольшую эффективность, поскольку мышцы живота окажутся расслабленными. Ноги при этом должны быть согнуты в коленях. Рекомендуется каждое утро, еще находясь в постели, выполнять данное растирание.

Проводя самомассаж подреберного угла, тем самым одновременно оказывают воздействие на поджелудочную железу, желудок и печень. Стимулируя их как

непосредственно, так и рефлекторно, растирание положительно влияет на функции указанных внутренних органов.

Грудину тоже следует массировать. Для выполнения самомассажа этого участка тела слегка разводят пальцы, расположив их слева или справа от грудины. Далее фалангами согнутых в кулак пальцев и основанием ладони производят кругообразные движения, продвигаясь к большой грудной мышце (у женщин – к молочной железе). Такими же кругообразными движениями следует растирать грудину, пользуясь основанием ладони и подушечками пальцев. Направление движений – снизу вверх, от мечевидного отростка до шеи.

Далее следует разминание больших грудных мышц (4–5 раз). Сначала выполняют ординарное разминание, а потом разминание при помощи основания ладони и подушечек четырех пальцев.

В завершение выполняют потряхивание и легкие расслабляющие поглаживания.

Самомассаж спины выполняют в положении сидя. Одна нога положена на другую, а предплечье руки, соответствующей массируемой стороне спины, располагается на чуть приподнятом бедре. Корпус при этом наклонен в ту же сторону. Благодаря такому положению тела мышцы смогут расслабиться, вследствие чего проводимый массаж будет наиболее эффективен. Однако можно проводить его и стоя.

Самомассаж спины начинают с поглаживания, выжимания, разминания, потряхивания на широких мышцах спины; поглаживания, выжимания, растирания на длинных мышцах. Направление движения – снизу вверх к подмышечной впадине. Если суставы малоподвижны, разрешается помогать себе другой рукой, согнутой в локте.

Выполняя поглаживание на длинных мышцах спины, используют ладони (производят ими движения снизу вверх до лопаток), выжимание – большой палец и ребро указательного пальца; растирание – тыльную сторону кисти; разминание – тыльную сторону пальцев, сжатых в кулак, вращательными движениями которого продвигаются снизу вверх обеими руками одновременно.

При самомассаже ягодичных мышц и поясничной области нужно находиться в положении стоя. Перенеся центр тяжести на одну ногу, не подлежащую массажу, другую следует отвести в сторону и согнуть в колене. В таком положении ягодичная мышца расслаблена. Правой рукой массируют правую сторону, а левой – левую.

Используют следующие приемы:

- выжимание, выполняемое одной рукой при помощи основания ладони, число повторений – 4–6 раз в каждом из 3–4 направлений;
- разминание ординарное, при котором нужно как можно лучше захватить мышцу и кулаком производить вращательные движения в сторону мизинца;
- потряхивание при помощи подушечек всех пальцев, число повторений – 2–3 раза.

Таким же образом нужно помассировать и вторую мышцу. Проводить самомассаж ягодичных мышц можно и лежа на боку, но такое положение не рекомендуется из-за того, что руки быстро устанут, а массируемые мышцы не расслабятся полностью.

При самомассаже крестцовой области особое внимание следует уделить растираниям. В направлении от копчика вверх по спине выполняют следующие виды растираний:

- прямолинейное и кругообразное с использованием подушечек всех пальцев обеих рук, число повторений – 3–4 раза;
- прямолинейное с использованием гребней кулаков, число повторений – такое же, как и в предыдущем случае, движения выполняют снизу вверх;
- кругообразное, выполняемое кулаком со стороны большого и указательного пальцев, а также с отягощением другой кистью;

– кругообразное, проводимое вокруг копчика подушечками четырех пальцев одной или обеих рук.

В качестве завершающего этапа рекомендуется выполнение поглаживаний.

Самомассаж поясничной области можно проводить в положении стоя или лежа.

Туловище при этом слегка отклоняют назад, а таз подают вперед и назад пружинистыми движениями. Растирания проводят энергично.

Выполняют прямолинейное и кругообразное растирания подушечками всех пальцев. Их располагают перпендикулярно массируемой области рядом с позвоночником.

Массировать следует мелкими круговыми движениями в направлении от позвоночника в стороны (правая рука движется вправо, левая – влево). Также растирания проводят тыльной стороной кисти, сжатой в кулак, по направлению гребня подвздошной кости.

Последними выполняют круговые движения двумя руками, при которых тыльную сторону кисти одной руки плотно прижимают к пояснице, а кисть другой используют в качестве отягощения.

В заключение данного этапа самомассажа применяют движения тазом вперед, назад, а также круговые движения.

После самомассажа мышц спины рекомендуется выполнить самомассаж мышц живота, что очень полезно для людей, страдающих ожирением. Зачастую мышцы брюшного пресса слаборазвиты, обладают пониженным тонусом. Это не только приводит к еще большему отложению жира в данной области, но и ухудшает перистальтику кишечника. В результате происходит патологическое смещение внутренних органов брюшной полости.

Несомненно, что массаж этой части тела просто необходим для сохранения здоровья и нормального самочувствия. Он не только оказывает положительное действие на мышцы брюшного пресса, но и стимулирует перистальтику кишечника, благоприятно влияя на многие функции организма. Для полных людей самомассаж живота будет иметь особую эффективность, если сочетать его с регулярными физическими упражнениями.

Самомассаж мышц живота нужно проводить сидя или лежа, но второму положению отдают предпочтение, поскольку мышцы могут максимально расслабиться. Ноги при этом должны быть согнуты в коленях.

Начинают массаж с поглаживания. Руки надо расположить внизу живота у пояса и выполнять поглаживающие движения попеременно обеими руками, двигаясь вверх до реберной дуги.

Следующий прием – выжимание. Положив на правую часть живота ладонь левой руки, ею производят подковообразное движение. Рука движется сначала вверх, к правому подреберью, затем к левому подреберью и вниз, к паху. Этот прием можно выполнять и с отягощением, и одной рукой, пользуясь ладонью или тыльной стороной согнутых пальцев правой руки. При любом способе выполнения направление движений рук – по часовой стрелке. После выжимания выполняют растирание (прямолинейное и спиралевидное) гребнями кулаков. Они должны двигаться сначала вниз и вверх от подреберья, потом поперек. Далее требуется растереть подреберный угол (подреберье). Руки при этом следует наложить на середину грудной клетки, у мечевидного отростка. Кисть, слегка надавливая, скользит вниз к тазу по краям реберного угла. Данный прием повторяют 3–5 раз. При выполнении разминания руки следует положить на живот у подреберья, слегка оттягивая пальцами вверх прямые мышцы живота, а также делая разминающие движения в направлении сверху вниз до мочевого пузыря. Одна рука может располагаться чуть выше второй и производить встречные движения. Рекомендуется следить за тем, чтобы движения пальцев были не слишком глубокими.

Также удобно проводить разминание прямых мышц живота, лежа на левом боку и

согнув ноги в коленях с целью расслабления мышц. Тогда прием выполняют правой рукой сверху вниз в сторону четырех пальцев, левая рука находится под головой. После того как было проведено разминание прямых мышц живота, необходимо помассировать мышцы, находящиеся сбоку, между ребрами и тазом. Проводят массаж каждой рукой поочередно (на соответствующей стороне тела) или обеими одновременно.

Самомассаж плеча начинают с массажа двуглавой мышцы (бицепса). Прежде всего выполняют поглаживание, для чего массирующую ладонь располагают поперек мышцы так, чтобы на наружной стороне плеча находились четыре пальца (указательный, средний, безымянный и мизинец), а на внутренней – большой. Данный прием следует повторить 3–5 раз.

Далее проводят выжимание. При его выполнении большой палец должен быть прижат к указательному и все пальцы развернуты наружу. В остальном же данный прием схож с поглаживанием.

Следующий прием – разминание, причем для массажа двуглавой мышцы плеча оно может быть только ординарным. Мышцу следует охватить пальцами массирующей руки и выполнять разминающие движения четырьмя пальцами, оттягивая мышцу от кости вверх и в стороны. Далее следует проделать то же самое, используя ребро ладони.

После этого выполняют потряхивание и легкое поглаживание (и то и другое по 3–4 раза).

Затем проводят самомассаж трехглавой мышцы плеча. Воздействовать на нее следует сидя или стоя так, чтобы массируемая рука в расслабленном состоянии свободно свисала вдоль туловища. Рекомендуется выполнить 3–4 поглаживания, такое же число выжиманий, 4–5 разминований и 2–3 потряхивания. Потом все приемы повторяют 2–4 раза. Если суставы не обладают хорошей подвижностью, разминание лучше проводить, используя основание ладони и все пальцы (большой и указательный нужно прижать друг к другу). Завершают самомассаж трехглавой мышцы также потряхиванием и поглаживанием.

Движения при самомассаже плеча должны проводиться по направлению от локтевого сустава к плечевому.

Следующая массируемая мышца – дельтовидная, которая словно накрывает плечевой сустав. Ее самомассаж можно выполнять в положении стоя, однако удобнее делать это сидя, когда локоть зафиксирован на коленном суставе согнутой ноги или на столе, спинке стула, а кисть свисает. Приемы и их проведение – такие же, как и при самомассаже трехглавой мышцы. К ним добавляют растирание плечевого сустава кругообразными движениями вокруг дельтовидной мышцы. Направление движений – от подмышечной впадины со стороны груди до подмышечной впадины со стороны спины. Прямолинейное и кругообразное растирания выполняют двумя способами попеременно: при участии подвижных четырех пальцев и зафиксированного большого; при участии подвижного большого пальца и зафиксированных четырех пальцев.

Самомассаж плечевого сустава можно проводить в любом положении. Он включает в себя растирание (вокруг дельтовидной мышцы), разминание, потряхивание, активные и пассивные движения.

Для выполнения самомассажа локтевого сустава руку поворачивают ладонью вверх. Что касается растираний, то их проводят с наружной стороны круговыми движениями; щипцеобразно, расположив четыре пальца с внешней и большой палец – с внутренней стороны, нужно растереть область боковых связок сустава.

Также следует выполнить прямолинейное и кругообразное растирания, при проведении которых большой палец служит опорой, а остальными выполняют растирающие

движения, и наоборот.

Самомассаж предплечья начинают с массажа сгибателей (внутренней части предплечья), а затем – разгибателей (внешней части предплечья). Сначала проводят поглаживание в направлении от лучезапястного сустава к локтевому суставу ладонью, плотно прижатой к коже. Число повторений – 4–5 раз. Расположив кисть поперек предплечья на сгибателях и разгибателях, проводят выжимание 4–5 раз. Далее следует разминание подушечкой большого пальца. Затем выполняют ординарное разминание, при котором должна захватываться вся мышца. На разгибателях предплечья разминание проводят большим пальцем и подушечками всех остальных. В завершение делают потряхивание, а затем приступают к растиранию лучезапястного сустава. Прежде всего выполняют поглаживание, а затем щипцеобразное растирание, при котором четыре пальца находятся с внешней стороны, а большой – с внутренней. Затем делают кругообразные растирания в направлении от лучевой кости к локтевой. Заканчивают самомассаж лучезапястного сустава пассивными и активными движениями: сгибанием, разгибанием и круговыми движениями в обе стороны.

Самомассаж кисти очень важен для улучшения общего самочувствия человека. Из-за постоянных нагрузок на мышцы кисти у людей определенных профессий появляются хронические боли не только в области сухожилий кистей и пальцев, но и в мышцах всей руки. В качестве эффективного профилактического средства применяют самомассаж, способствующий улучшению работоспособности, выносливости и, конечно же, гибкости и подвижности тела. Основной прием здесь – растирание, но применяются также разминание и выжимание. Щипцеобразное растирание проводят при помощи указательного, большого и среднего пальцев. В направлении от ногтевых фаланг вокруг пальца выполняют прямолинейные и спиралевидные движения. Можно выполнить круговые движения, расположив подушечку большого пальца на тыльной стороне массируемых фаланг, а остальными обхватив их и поддерживая снизу.

Следует растереть и межкостные промежутки с тыльной стороны ладони. Применяемые растирания: прямолинейное, спиралевидное, кругообразное (при помощи подушечек четырех пальцев); прямолинейное, кругообразное (при помощи подушечки большого пальца, направление движения при кругообразном растирании – к указательному пальцу); спиралевидное (с помощью основания ладони, при этом кисть расслаблена, а пальцы приподняты вверх).

Каждое движение при самомассаже кисти выполняют 5–6 раз. Начинать и завершать его следует поглаживанием. Также можно выполнить пассивные и активные движения для суставов пальцев и кисти. Самомассаж ладоней и пальцев включает в себя поглаживание, выжимание, разминание.

Самомассаж шейных и трапецевидных мышц способствует продлению молодости кожи и мышц шеи, сохраняя их эластичность; помогает предотвратить появление глубоких морщин и уменьшить уже имеющиеся, а также избавиться от физической усталости и умственного перенапряжения. Проводить его можно сидя или стоя. Начинать следует с задней поверхности шеи, поглаживая ее одной или обеими руками. Во втором случае каждой рукой выполняют движения с соответствующей ей стороны. В направлении от линии роста волос до плечевого сустава делают поглаживания плотно прижатыми к коже ладонями (5–6 раз).

Следующий прием – выжимание. При его проведении кисть располагают так же, но производят более энергичные надавливания основанием большого пальца с переходом на край ладони, которую разворачивают вверх. Направление и число повторений движений – такое же, как и при выполнении предыдущего приема.

После этого проводят разминание. В нем участвуют подушечки четырех пальцев, прижимающие мышцу к костному ложу. Каждая рука массирует противоположную ей сторону. С каждой стороны рекомендуется выполнить не менее 4–5 движений. После такого же числа поглаживаний опять выполняют столько же разминаний. Затем проводят поглаживания надплечья (трапецевидной мышцы) от уха к плечевому суставу (3–4 раза), после чего делают выжимание и шипцевидное разминание 3–4 раза. Каждой рукой разминание выполняют на противоположной стороне. Следующий прием – растирание. Его выполняют двумя руками, движущимися одновременно навстречу друг другу, в направлении от одного уха к другому. Пунктирное растирание выполняют в направлении от позвоночного столба в стороны обеими руками (правая рука массирует левую часть шеи, и наоборот).

Самомассаж задней поверхности шеи завершают поглаживанием. После этого разминают грудино-ключично-сосцевидную мышцу при помощи подушечек четырех пальцев, применяя прием кругообразного разминания. Направление движений – от начала мышцы вблизи мочки уха к груди по ее боковой стороне. Данный прием рекомендуется чередовать с поглаживанием. Затем следует массаж подбородка. Он начинается с поглаживания от средней линии по направлению от верхнего края подбородка (челюсти) вниз к горлу. Далее делают разминание. Пальцы при этом плотно прижаты к подбородку, одновременно смещая кожу на нем то в одну сторону, то в другую. Число повторений – 4–5 раз.

После разминания выполняют поколачивание, далее следует выполнить массаж передней части шеи. Сначала производят круговые разминающие движения, обхватив переднюю часть шеи кистью так, чтобы горло находилось между большим пальцем и четырьмя остальными. Одновременно должно осуществляться продвижение руки вдоль горла к груди. Массаж выполняют обеими руками поочередно.

Затем нужно провести кругообразное растирание. Каждой рукой массируют противоположную ей сторону шеи, далее подушечками большого и указательного пальцев выполняют массаж от края челюсти к груди, вдоль грудино-ключично-сосцевидных мышц. Рекомендуется после каждого растирания выполнить около 2–3 поглаживаний в направлении книзу, начиная от подбородка. После этого, делая 2–4 глотательных движения, нужно наклонить голову вперед так, чтобы подбородок касался груди.

Следует отметить, что перечисленные приемы массажа не представляют большой сложности в выполнении. Методику массажа легко освоить после нескольких сеансов. Массаж начинают проводить на отдельных участках тела в течение 10 минут, после чего следует весь сеанс самомассажа. Во время проведения процедур важно помнить о правильном дыхании. В конце сеанса больной должен ощущать легкость во всем теле, бодрость, прилив сил, а главное – чувство глубокого удовлетворения от проведенной процедуры.

4. Иллюстрации (вкладки)

5.



//-- Растирание пальцев ног --//



//-- Плоскостное поглаживание стоп --//



//-- Попеременное поглаживание --//



//-- Гребневидное растирание --//



//-- Плоскостное поглаживание бедра --

//



//-- Поглаживание бедра с

отягощением --//



//-- Плоскостное растирание --//



//-- Пиление --//



//-- Накатывание --//



//-- Двойной гриф --//



//-- Выжимание кулаками --//



//-- Растяжение --//



//-- Сдвигание --//



//-- Поколачивание --//



//-- Пиление --//



//-- Выжимание кулаком --//



//-- Стегание --//



//-- Растирание «пересекание» --//



//-- Обыкновенное глубокое разминание --

//



//-- Кольцевое разминание двумя

руками --//



//-- Разминание мышц шеи --//



пальцами --//

//-- Разминание позвоночника четырьмя



ГОЛОВЫ --//

//-- Растирание волосистой части



межреберных дуг --//

//-- Граблевидное растирание



//-- Плоскостное поглаживание мышц

спины --//



//-- Глубокое обхватывающее

поглаживание спины --//



//-- Обхватывающее поглаживание

мышц ноги --//



//-- Кругообразное поглаживание

запястья --//



//-- Щипцеобразное поглаживание

руки --//



//-- Граблеобразное поглаживание

спины --//



//-- Крестообразное поглаживание

руки --//



//-- Глажение --//