



СВЕРДЛОВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.Л. Трипольская
Н.В. Чаплыгин

**СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЙ
МАССАЖ**

Ирина Львовна Трипольская, Николай Васильевич Чаплыгин

Соединительнотканый массаж

Рекомендовано департаментом научно-исследовательских и образовательных учреждений министерства здравоохранения рф в качестве учебного пособия для студентов медицинских колледжей и училищ.

Издательство: АНМИ

ISBN: 5-88897-022-0

Год: 2000

Рецензенты: Филатов В.И. - Кандидат медицинских наук, доцент, главный врач физиотерапевтической клинической больницы комитета здравоохранения г. Москвы. Панина Г.С. - Ведущий преподаватель медицинского массажа московского базового училища повышения квалификации работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием - центра непрерывного среднего медицинского образования. Бабина Л.М. - Доктор медицинских наук, зав. Научно-клиническим психоневрологическим отделением пятигорской клиники гниик.

Книга знакомит читателя с оригинальной техникой соединительнотканного массажа и эффективным его применением при некоторых заболеваниях и синдромах: ревматоидном артрите, синдроме головной боли, ангиопатиях нижних конечностей, бронхиальной астме и другими. Книга является обобщением большого клинического опыта авторов и итогом их личных наблюдений многолетней работы, первым руководством по лечебному соединительнотканному массажу в стране. Пособие предназначено для практических врачей, позволяя расширить рамки комплексной терапии при многих заболеваниях, а также для студентов и широкого круга читателей. Специалистам по массажу и лечебной физкультуре пособие поможет овладеть техникой массажа соединительной ткани.

Содержание

- [Часть первая. Общие сведения о массаже соединительной ткани](#)
- [1. Анатомо-физиологическое обоснование массажа соединительной ткани](#)
- [2. Начальные сведения о массаже соединительной ткани](#)
- [3. Особенности техники массажа соединительной ткани](#)
- [4. Методические указания к соединительнотканному массажу](#)
- [5. Понятие о зонах соединительной ткани](#)
- [6. Топография зон соединительной ткани](#)
- [7. Соединительнотканый массаж основных отдельных анатомических областей тела человека \(подкожная и фасциальная техника\)](#)
- [7.1. Массаж подвздошно-большеберцового тракта](#)
- [7.2. Массаж области большого вертела бедренной кости](#)

- [7.3. Массаж области медиального края портняжной мышцы](#)
- [7.4. Соединительнотканый массаж крестцово-тазовой области](#)
- [7.5. Соединительнотканый массаж области спины](#)
- [7.6. Соединительнотканый массаж области треугольного пространства на латеральной поверхности туловища](#)
- [7.7. Соединительнотканый массаж области живота и нижнего края рёберной дуги спереди](#)
- [8. Показания и противопоказания к массажу соединительной ткани](#)
- [Часть вторая. Некоторые частные методики соединительнотканного массажа](#)
- [1. Методика соединительнотканного массажа при синдроме головной боли](#)
- [2. Методика соединительнотканного массажа при синдроме лицевой боли](#)
- [3. Методика соединительнотканного массажа при остеохондрозе шейно-грудного отдела позвоночника с синдромом головной боли](#)
- [4. Методика соединительнотканного массажа при некоторых заболеваниях глаз и синдромах зрительных нарушений](#)
- [5. Методика соединительнотканного массажа при ринитах](#)
- [6. Методика соединительнотканного массажа при бронхиальной астме](#)
- [7. Методика соединительнотканного массажа при заболеваниях сердца](#)
- [8. Методика соединительнотканного массажа при диабетической ангиопатии нижних конечностей и диабетической стопе](#)
- [9. Методика соединительнотканного массажа при варикозном расширении вен нижних конечностей](#)
- [10. Методика соединительнотканного массажа при травмах опорно-двигательного аппарата. Лечение растяжений, вывихов и переломов с помощью соединительнотканного массажа](#)
- [11. Методики массажа соединительной ткани при посттравматических нейродистрофических синдромах поражения руки](#)
- [12. Методики соединительнотканного массажа при заболеваниях опорно-двигательного аппарата](#)
- [13. Методики соединительнотканного массажа при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта](#)
- [14. Методика соединительнотканного массажа при заболеваниях мочеполовой системы](#)
- [15. Методика соединительнотканного массажа в акушерстве и гинекологии](#)
- [Заключение](#)
-

Часть первая. Общие сведения о массаже соединительной ткани

Об авторе метода: элизабет дикке родилась десятого марта тысяча восемьсот восемьдесят четвёртого года, умерла одиннадцатого августа тысяча девятьсот пятьдесят второго года. Массаж рефлаторных зон соединительной ткани был разработан элизабет дикке эмпирически в тысяча девятьсот двадцать девятом году на себе в связи с ангиопатией. Сама э. Дикке описывает это следующим образом: "я страдала тяжёлым нарушением кровяного обращения в правой ноге. Нога была холодна как лёд, окраска серо-белая, пальцы были как зашнурованы кольцами. Врачи предупредили меня о необходимости ампутации ноги. Уже два года я работала как специалист лечебной гимнастики и естественно пыталась как-то себе помочь. Однажды из бокового положения прощупала над крестцом и гребнем таза уплотнённую ткань справа, а слева напротив увеличенное напряжение. Я попыталась путём протягивания штрихов распределить напряжение. В этих местах образовалась какая-то восприимчивость, обыкновенное поглаживание кончиком пальца вызывало большие боли. Однако, после нескольких повторений напряжения постепенно снижались, боли пропали, наступило сильное чувство тепла в ноге. После нескольких попыток я почувствовала стойкое ослабление недуга. В течение четверти года тяжёлые проявления болезни полностью исчезли. Из этого опыта постепенно развился систематически построенный метод лечения. В тысяча девятьсот тридцать пятом году я посетила господина профессора валя в вене с тем, чтобы в его клинике и на его пациентах демонстрировать мою работу. В тысяча девятьсот тридцать восьмом году я

была приглашена фрау доктором т. Лейбе, руководителем школы лечебной гимнастики в фрейбурге. В течение года метод был проверен господином профессором кольраушем, результат этой работы был совместно издан в книге "массаж рефлекторных зон в соединительной ткани при ревматических и внутренних заболеваниях".

1. Анатомо-физиологическое обоснование массажа соединительной ткани

Соединительная ткань занимает в теле человека более пятидесяти процентов его массы, входит в состав всех органов и тканей, образует скелет и кожу, вместе с кровью составляет внутреннюю среду, через которую осуществляется обмен веществ в организме. Соединительная ткань подразделяется на плотную оформленную и рыхлую неоформленную. К плотной оформленной соединительной ткани относится костная ткань, хрящевая ткань всех видов (суставные хрящи, рёберные хрящи, межпозвоночные диски, мениски, хрящи носа, гортани, ушной раковины и слухового аппарата), сухожилия, апоневрозы, связки, дермальный слой кожи, плотные фасции, капсулы суставов, кровеносные сосуды, клапаны сердца, наружные капсулы внутренних органов. К рыхлой неоформленной соединительной ткани относятся строма внутренних органов, подкожная клетчатка, межмышечные и межорганные фасциальные прослойки. Выделяют специальную соединительную ткань: серозную и синовиальные оболочки, дентин, пульпа и эмаль зуба, роговица, склера и стекловидное тело глаза, базальные мембраны сосудов и эпителия, систему нейроглии головного мозга, подслизистый слой полых органов. Костная мозоль, грануляционная и рубцовая ткань, фиброзная ткань при циррозе и склерозе, отложения гиалина и амилоида также являются видами соединительной ткани, образующимися в условиях патологии. Указанные разновидности соединительной ткани произошли из эмбриональной соединительной ткани - мезенхимы, обладают общими функциями и общими принципами строения. В соединительной ткани имеется три основных типа клеток: фибробласты, макрофаги и тучные клетки. Одной из особенностей соединительной ткани является преобладание в ней межклеточного вещества над клеточными элементами. Межклеточное вещество состоит из волокон (коллагеновых и эластических), пространство между которыми заполнено основным веществом, содержащим углеводно-белковые комплексы. Ретикулярные волокна, по современным данным, состоят из коллагеновых фибрилл, а их специфика зависит от типа коллагена и особого сочетания коллагена с белково-углеводными комплексами основного вещества. Ретикулярные волокна образуют густые сети в базальных мембранах на границе соединительной ткани с эпителием и эндотелием, в большом числе располагаются вокруг мелких сосудов, мышечных и нервных волокон. Все компоненты межклеточного вещества при осуществлении общих функций соединительной ткани выступают как единое целое. Это единство обусловлено общностью происхождения компонентов межклеточного вещества, их химическими и тесными структурными связями от молекулярного до тканевого уровня. Функции соединительной ткани важны и многообразны, основными из них являются: опорная, трофическая, защитная, структурообразовательная и репаративная. Важнейшей функцией соединительной ткани является опорная или биомеханическая. Соединительная ткань составляет скелет тела человека и вместе с мышечной системой обеспечивает двигательную активность. Составляя строму внутренних органов, соединительная ткань связывает их между собой, защищает от механических повреждений и даёт им стабильное положение. В осуществлении биомеханической функции соединительной ткани основную роль играют коллагеновые волокна, обладающие большой прочностью. В таких тканях как кость, дентин коллагеновые волокна и углеводно-белковые комплексы тесно связаны с минеральными солями, обеспечивая жёсткость тканей. Многообразна трофическая (метаболическая) функция соединительной ткани. Соединительная ткань является внутренней средой организма и вместе с проходящими в ней кровеносными и лимфатическими микрососудами снабжает все другие ткани питательными веществами и выводит продукты обмена веществ. Основную роль в осуществлении трофической функции соединительной ткани играют клетки и основное вещество. Они регулируют проницаемость капилляров, играют важную роль в процессе транспорта и обмена воды,

питательных веществ и метаболитов в тканях, синтезируют липиды, ряд ферментов, продуцируют ряд факторов, влияющих на иммунитет. Разновидностью трофической функции соединительной ткани является функция депонирования. Клетки соединительной ткани способны поглощать и депонировать на длительное время различные вещества (липиды в клетках жировой ткани, жирорастворимые гормоны и витамины). Имеет значение для обмена веществ депонирование меланиновых пигментов и продуктов обмена гемоглобина. В тучных клетках депонируются биологически активные вещества типа гистамина и гепарина. Очень важна барьерная (защитная) функция соединительной ткани. Кожа, серозные оболочки и капсулы внутренних органов защищают организм человека от вредных влияний внешней среды и проникновения вредных веществ. Клетки соединительной ткани обладают фагоцитарной активностью и играют важную роль в иммунологической защите организма человека. Макрофагам принадлежит главенствующая роль в реализации защитной функции соединительной ткани. Первостепенную роль играют макрофаги в естественном иммунитете. Макрофаги защищают человека от микробов, попадающих в него парентеральным путём. Макрофаги распознают, захватывают и удаляют из организма повреждённые, отмирающие клетки и ткани. Макрофаги продуцируют лизоцим, обладающий антибактериальной активностью, и интерфероны, направленные на борьбу с вирусами. Макрофаги секретируют вещества, регулирующие и активирующие иммунитет против бактерий, вирусов и клеток опухолей. Роль макрофагов в противоопухолевом иммунитете значительна. Велика также роль макрофагов в специфическом иммунитете. Вместе с t- и b-лимфоцитами макрофаги распознают антиген и осуществляют иммунный ответ. Барьерную функцию осуществляет также и межклеточное вещество соединительной ткани. Межклеточное вещество, заполняющее тканевые промежутки, препятствует распространению инфекции и токсинов, а также обладает способностью к инаktivации бактериальных ферментов. Структурообразовательная функция соединительной ткани наиболее интенсивно проявляется у эмбриона. Учитывая сложные мезенхимально-эпителиальные связи, при которых одна ткань влияет на дифференцировку другой, коллаген и основное вещество регулируют размножение не только клеток соединительной ткани, но также мышечных и эпителиальных. Эта функция сохраняется после рождения и продолжается на протяжении всего онтогенеза, обеспечивая смену молекулярного состава клеток, коллагена- основного вещества, изменение интенсивности обмена соединительной ткани, что влияет на строение и форму тканей и органов всего организма. Репаративная функция соединительной ткани заключается в ликвидации дефектов ткани, вызванных травмой, инфекцией, нарушением крово- и лимфообращения и другими. Соединительной ткани свойственна клеточная регенерация, поэтому она заполняет дефекты при повреждении своей собственной ткани, а также паренхиматозных органов. Соединительная ткань участвует в развитии многих патологических процессов: воспаления, заживления ран, иммунологических, склеротических и других. При этом развитие её может быть избыточным (склероз, фиброз) или недостаточным (незаживающие язвы и раны), что зависит, по данным в.в. Серова и а.б. Шехтера, от активности реакции пролиферации и связи между распадом и синтезом коллагена. Соединительная ткань с её клеточными и внеклеточными компонентами тесно связана с множеством нервных окончаний. Под контролем центральных механизмов регулируется число, состав и интенсивность функций каждой из её клеточных систем и объединяет соединительную ткань в единую многофункциональную систему, все элементы которой тесно взаимосвязаны, обуславливая её адаптацию в условиях физиологии и патологии. В развитие учения о соединительной ткани и её патологии большой вклад внесли труды и.и. Мечникова, а.а. Максимова, а.а. Заварзина, а.а. Богомольца, а.и. Струкова, в.в. Серова, а.б. Шехтера, а.в. Русакова и других.

2. Начальные сведения о массаже соединительной ткани

Массаж соединительной ткани был разработан и введён в лечебную практику в тысяча девятьсот двадцать девятом году немецким физиотерапевтом элизабет дикке. При осмотре больных, страдающих патологией периферических сосудов, а также заболеваниями внутренних органов элизабет дикке обнаружила изменения в

соединительной ткани в виде втяжений или набуханий различной плотности. Эти изменения могут располагаться на различной глубине в трёх переходных слоях соединительной ткани: между кожей и подкожным слоем, между подкожным слоем и фасциями, или в слоях, близких к фасциям. Было замечено, что участки изменённой соединительной ткани сегментарно связаны с большим внутренним органом или с патологически изменёнными сосудами конечностей. Э. Дикке изменённые участки назвала зонами соединительной ткани и, применив оригинальную технику массажа, попыталась изменить зоны устранить. В дальнейшем немецкие учёные Ханзен, Шлиак, Кольрауш и другие теоретически обосновали новый вид массажа. Зоны соединительной ткани они определили как проявление висцеро-соединительнотканного рефлекса, стали использовать их с целью диагностики, а целенаправленный массаж соединительной ткани в определённых сегментах, как обратная рефлекторная связь между соединительной тканью и внутренними органами, иннервируемыми из одних и тех же сегментов, применили с лечебной целью. При массаже соединительной ткани происходит раздражение натяжением механорецепторов кожи, подкожной соединительной ткани, фасций и соединительной ткани сосудов. В ответ на раздражение механорецепторов возникают различные рефлексы, влияющие на органы, иннервируемые вегетативной нервной системой. Соединительнотканый массаж воздействует на организм через вегетативную нервную систему, оказывая нормализующее влияние на вегетативно управляемые функции. Во время процедуры массажа соединительной ткани возможны различные вегетативные реакции: ощущение жара, голода, жажды, позывы на мочеиспускание или дефекацию. К нежелательным реакциям относятся озноб (гусиная кожа) и побледнение кожных покровов. Учитывая, что соединительная ткань в организме представляет собой единое многофункциональное целое и является огромной рефлексогенной зоной, реакции на массаж носят, прежде всего, общий характер, что проявляется нормализацией вегетативных функций организма, локальная же реакция выражена в меньшей мере. Назначающий соединительнотканый массаж врач должен предоставить специалисту-массажисту достаточные сведения о больном: полный основной диагноз с указанием стадии заболевания, сопутствующие заболевания, цифры артериального давления и другие. Цифры артериального давления необходимо знать для правильного выбора исходного положения больного при процедуре массажа. Врачу, назначающему соединительнотканый массаж, следует иметь в виду, что используется метод воздействия на весь организм в целом для нормализации вегетативного тонуса, поэтому в направлении на соединительнотканый массаж не следует указывать отдельные массируемые области. В соединительнотканном массаже нет застывшей схемы лечения. Массируемые области, техника (подкожная, кожная или фасциальная), дозировка, подбираются индивидуально в зависимости от выраженности рефлекторных изменений в соединительной ткани, тяжести основного заболевания, возраста, количества сопутствующих заболеваний у данного больного, конституции и индивидуальной переносимости массажа. Вопросы для самоконтроля: 1. Объясните механизм действия на организм массажа соединительной ткани. 2. Какие вегетативные реакции возможны на данный массаж? 3. С какой целью используются зоны соединительной ткани? 4. Что можно отнести к нежелательным реакциям на массаж? 5. Какими сведениями о больном должен располагать массажист перед проведением курса массажа? 6. От чего зависит выбор техники, дозировки и массируемых областей при данном виде массажа?

3. Особенности техники массажа соединительной ткани

Техника соединительнотканного массажа оригинальна и его массажные приёмы не похожи на приёмы других видов массажа. Массаж выполняется в местах большого скопления соединительной ткани (например, в области крестца, по краю костей, фасций, сухожилий, мышц, в области суставных капсул и так далее). Техника основана на сдвигании и растяжении пальцами различных слоёв соединительной ткани (близких к коже, подкожных или близких к фасциям). В связи с этим по глубине воздействия технику соединительнотканного массажа делят на кожную, подкожную и фасциальную. Обычно массажист, выполняя процедуру соединительнотканного массажа, работает сочетанием кожной, подкожной и фасциальной техники в зависимости от глубины

изменений соединительной ткани у данного больного. Кожную технику всегда применяют у детей и лиц пожилого возраста, а также у некоторых лиц молодого и среднего возраста, у которых зоны изменённой соединительной ткани определяются в слоях, близких к коже (например, при последствиях полиомиелита или ревматизма). Применяя кожную технику, массажист работает кончиками среднего и безымянного пальцев. Работающие пальцы прямые и тесно прилегают друг к другу. Ногти массажиста коротко острижены и подпилены. Приём кожной техники состоит из прикосновения пальцев к массируемому участку и лечебного растяжения поверхностного слоя соединительной ткани. При выполнении кожной техники соединительнотканного массажа больной ощущает слабую резь. При подкожной и фасциальной технике соединительнотканый массаж выполняется кончиками ногтевых фаланг среднего и безымянного пальцев, находящихся на одном уровне. В исходном положении кончики работающих пальцев помещают на 1 - 2 сантиметра в сторону от края сухожилия, кости или сустава. Ногтевые фаланги работающих пальцев тесно соприкасаются друг с другом, согнуты под углом 90 градусов, в дистальных межфаланговых суставах, проксимальные межфаланговые суставы полусогнуты. Остальные пальцы работающей руки приведены, ладонная поверхность кисти параллельна массируемому участку. Рука массажиста разогнута в локтевом, лучезапястном и пястно-фаланговых суставах, работает без опоры на основание ладони и представляет собой как бы один общий рычаг. Таким образом, сдвигание и растяжение соединительной ткани осуществляется всей рукой, а при необходимости свободная рука охватывает работающую верхнюю конечность в области лучезапястного сустава, в этом случае растяжение соединительной ткани происходит силой обеих рук массажиста. Техника подкожного массажа соединительной ткани включает в себя следующие приёмы: короткие и длинные движения. Короткие движения осуществляются в три фазы: 1. Соприкосновение кончиков среднего и безымянного пальцев с массируемым участком. 2. Сдвигание складки подкожной соединительной ткани до возможных границ её смещения (обычно на 1 -3 сантиметра), сдвигание массажист осуществляет по направлению на себя. 3. Растяжение складки подкожной соединительной ткани в течение нескольких секунд, при этом кончики пальцев остаются на одном и том же месте. Направление растяжения массажист производит также на себя. Короткие движения выполняются перпендикулярно по отношению к краям сухожилий, костей, мышц, суставных капсул и так далее. Короткие движения проводятся рядом друг с другом, при этом указательный палец при переходе от одного короткого движения к другому служит опорой и, почти всегда, передвигается впереди работающих среднего и безымянного пальцев. Третья фаза короткого движения является лечебной и сопровождается ощущением рези или царапанья ногтем. Резь бывает различной степени интенсивности, что зависит от выраженности соединительнотканых изменений, но обычно оценивается больным как приятная боль. Наличие рези говорит о технически правильном выполнении приёма- короткого движения. Длинные движения обычно выполняют после серии коротких движений, они суммируют раздражения, вызванные короткими движениями. В отличие от коротких движений длинные движения параллельны краям сухожилий, фасций или мышц. Длинные движения также состоят из нескольких фаз: 1. Прикосновение кончиков среднего и безымянного пальцев к коже больного. 2. Сдвигание складки соединительной ткани до возможного предела смещения. 3. Долгое растяжение складки соединительной ткани. Долгое растяжение (третья фаза) является лечебным воздействием и также сопровождается ощущением рези или царапанья ногтем. В отличие от растяжения при коротком движении, когда кончики пальцев растягивают складку соединительной ткани, оставаясь на одном месте, растяжение при длинном движении осуществляется кончиками пальцев, движущимися вдоль края сухожилия, фасции и далее. При выполнении фасциальной техники массажа длинных движений нет, а короткие выполняются в две фазы. Фасциальной техникой воздействуют на глубоко лежащие изменения соединительной ткани, близкие к фасциям. При выполнении коротких движений фасциальной техникой, массажист помещает кончики среднего и безымянного пальцев глубоко в ткани массируемого участка и осуществляет растяжение без смещения. При этом больной сразу же ощущает острую резь. Вопросы для самоконтроля: 1. В чём различие кожной, подкожной и фасциальной техники, в каких случаях их используют? 2. Каково положение пальцев и кисти массирующей руки

при подкожной технике? 3. Как выполняются короткие и длинные движения в подкожной технике? 4. Что ощущает больной во время процедуры массажа? 5. Как выполняются движения при кожной и фасциальной технике массажа соединительной ткани?

4. Методические указания к соединительнотканному массажу

1. Массаж соединительной ткани может быть использован как самостоятельный вид лечения или в комплексе с другими методами (диетотерапией, психотерапией, лечебной гимнастикой, медикаментозным лечением и другими). Кроме того, как показал наш опыт, отдельные элементы соединительнотканного массажа, с успехом, возможно включать в процедуру классического для усиления локального действия на рефлекторные изменения в соединительной ткани. 2. Массажу предшествует опрос больного, осмотр и пальпация мягких тканей для выявления зон соединительной ткани. С диагностической целью проводится околопозвоночный штрих с двух сторон от позвоночника на уровне пятого поясничного до седьмого шейного позвонка. 3. Исходное положение больного чаще всего сидя на высоком табурете. Ноги имеют устойчивую опору и согнуты под углом 90 градусов в коленных суставах. Руки расслаблены и лежат на бёдрах. Исходное положение массажиста сидя сзади за обнажённой спиной больного на более низком табурете. При работе в области верхней трети спины массажист стоит за спиной больного. При гипертонической или гипотонической болезни, а также при тяжёлом состоянии больного допускается выполнение массажа в исходном положении больного лёжа на боку или на спине, а исходное положение массажиста в этом случае стоя сбоку от массажного стола. Исходное положение больного лёжа на животе используется редко. 4. Все методики массажа начинают выполнять с крестца, считая его своеобразным центром, так как область крестца особенно богата соединительной тканью с большим количеством вегетативных нервных окончаний. 5. Очень осторожно следует массировать в местах, близких к сосудисто-нервным пучкам (подколенная ямка, локтевой сгиб, подмышечная впадина, гунтеров канал). Массаж непосредственно по суставной щели следует избегать. 6. В последовательности массирования различных областей всегда придерживаются принципа: от каудальных областей к краниальным, от дорзальных к вентральным, конечности и голова массируются после туловища. 7. При выполнении приёма- короткое движение, растягивая соединительную ткань, кончики пальцев не должны скользить, они остаются на одном и том же месте. При этом угол между кончиками пальцев и массируемым участком не должен быть выше 90 градусов, в противном случае приём будет выполняться ногтями, что недопустимо. Работая короткими движениями, не следует переходить край кости, сухожилия или мышц. Не допускается дорзальное сгибание кисти, осуществление растяжения только мышцами кисти или предплечья, а также ногтями. Нельзя массировать с большой скоростью, следует учитывать, что фаза растяжения при коротком движении выполняется более длительно, чем фазы ей предшествующие. 8. При выполнении приёмов соединительнотканного массажа больной не должен ощущать давление или тупую боль. Правильно выполненный приём данного вида массажа всегда сопровождается резью разной степени интенсивности. Перед первой процедурой больного предупреждают, что приёмы соединительнотканного массажа сопровождаются ощущением рези или царапанья ногтем. Во время процедуры, контролируя себя, массажист спрашивает больного об ощущениях. Ощущение рези на первых процедурах более выражено, чем на последующих. При медленном выполнении массажа резь проявляется слабее. При больших рефлекторных изменениях соединительной ткани, особенно в её глубоких слоях, больные характеризуют свои ощущения как резь ножом. В этом случае массажисту необходимо уменьшить болевые ощущения и не переходить порог болевой чувствительности. Для этого следует массировать сначала в более поверхностных слоях соединительной ткани и постепенно переходить к воздействию на рефлекторные изменения в глуболежащих слоях. Кроме того, интенсивность рези можно снизить, уменьшив угол между кончиками работающих пальцев и массируемым участком до сорока пяти-шестидесяти градусов. 9. Для соединительнотканного массажа характерны кожные реакции в виде полосок гиперемии в местах выполнения массажных приёмов. При ярко выраженных рефлекторных изменениях в соединительной ткани в местах

выполнения массажа, кроме полосок гиперемии, может оставаться припухлость, сопровождающаяся зудом. В редких случаях указанные выше реакции могут сохраняться в течение двадцати четырёх- тридцати шести часов. При уменьшении в течение лечения рефлекторных изменений выраженность кожных реакций снижается. При ревматоидном полиартрите после первой процедуры массажа на коже в местах воздействия могут появляться безболезненные гематомы небольших размеров. Наличие подобных гематом не является противопоказанием к массажу, массировать в дальнейшем следует особенно медленно и мягко. Если гематомы при пальпации болезненны, то это указывает на неправильную технику массажа.

10. Через 1-2 часа после окончания процедуры соединительнотканного массажа больной ощущает усталость. Это так называемые поздние гуморальные реакции, тесно связанные с нервными реакциями. Больному при ощущении усталости необходим отдых лёжа в течение не менее получаса. Если усталость появилась сразу же после массажа, то больному следует предложить легкоусвояемые углеводы (например, кусочек сахара) и ощущение усталости исчезает. Тем не менее, через 1-2 часа отдых больному необходим. В связи с тем, что после массажа отдых обязателен, процедуру соединительнотканного массажа следует выполнять в конце рабочего дня или перед перерывом в работе. После массажа не рекомендуется заниматься тяжёлой физической или напряжённой умственной работой. Ощущение усталости не следует устранять возбуждающими средствами (например, кофе, чай). Усталость после массажа более выражена в начале курса лечения, затем она уменьшается.

11. Курить в течение двух часов до и после массажа не рекомендуется. При некоторых заболеваниях (например, при облитерирующем эндартериите) лечение соединительнотканном массажем с курением несовместимы.

12. Нужно помнить, что соединительнотканый массаж обладает мощным общим воздействием на организм, поэтому к сочетанию его с другими процедурами нужно подходить осторожно, избегая передозировки. Физиотерапевтические процедуры лучше назначать до или после курса соединительнотканного массажа. Но если этого сделать нельзя (например, в условиях санатория), то массаж чередуют по дням с общими минеральными ваннами или грязевыми аппликациями. Курс лечения ультразвуком желательно назначать до курса соединительнотканного массажа. Теплолечение, светолечение и микроволновая терапия назначаются в дни, свободные от массажа, а лучше до или после курса массажа, так как они меняют состояние соединительной ткани и технически правильно выполнять массаж становится невозможным. Лечебную гимнастику можно применять в один и тот же день с соединительнотканном массажем. При этом лечебная гимнастика должна предшествовать массажу, чтобы не затормозить парасимпатикотоническую реакцию на массаж.

13. При первых процедурах массажа не следует обрабатывать большое количество анатомических областей, особенно если рефлекторные изменения в соединительной ткани резко выражены. В связи с этим рекомендуют на первых процедурах массировать 15-20 минут. По мере уменьшения соединительнотканых изменений, массажист обрабатывает большее количество областей, затрачивая в конце курса лечения при некоторых методиках (например, при синдроме головной боли) до пятидесяти минут на одну процедуру. По возможности массаж выполняется ежедневно, но допускается массировать 3-4 раза в неделю. После окончания курса лечения может назначаться поддерживающая терапия: 1 раз в неделю. Курс состоит из двенадцати-восемнадцати процедур. В редких случаях курс лечения удлиняется до тридцати и более процедур. При необходимости повторного курса интервал между курсами не менее двух месяцев.

14. Допускается применение соединительнотканного массажа в ванне с тёплой водой, при этом приёмы выполнения аналогичны выше описанным. Исходное положение больного сидя по пояс в тёплой воде, лёжа на животе или на спине. Время выполнения массажа от пятнадцати до тридцати минут, после чего необходим длительный отдых.

15. При недостаточно правильном выполнении приёмов соединительнотканного массажа или несоблюдении методических указаний к данному виду массажа в редких случаях возможно появление отрицательных реакций в виде головной боли, тошноты, головокружения, слабости, болезненности в месте массажного воздействия и других. Эти нежелательные симптомы чаще всего вызваны слишком быстрым массажем или неумением вызвать у больного необходимого при соединительнотканном массаже ощущения рези, вместо которого больной ощущает тупую боль или тупое давление. Кроме того, причиной отрицательных реакций может

послужить несоблюдение правильной дозировки соединительнотканного массажа: слишком поспешное включение в процедуру областей, близких к основному патологическому очагу, слишком быстрое продвижение от каудальных областей к краниальным или отсутствие необходимого отдыха через 1 -2 часа после окончания процедуры соединительнотканного массажа. Для снятия отрицательных реакций, появившихся во время процедуры, необходимо сразу же вернуться на нижерасположенные массируемые участки и повторить на них массаж безупречной техникой и в медленном темпе, обязательно включая длинные движения обобщающего характера: под нижним краем грудной клетки, над гребнями подвздошных костей, по подвздошнобеберцовому тракту в проксимальном направлении. При жалобах на слабость необходимо провести разъяснительную работу с больным об обязательном отдыхе через 1-2 часа после процедуры соединительнотканного массажа и исключении на время лечения перегрузок физического или умственного характера. Отрицательные реакции очень быстро снимаются, но массажисту следует проанализировать ход лечения и на следующих процедурах устранить все причины возможного их возникновения. Вопросы для самоконтроля: 1. Какие исходные положения больного наиболее часто используются? 2. Перечислите возможные исходные положения массажиста. 3. В чём заключается диагностика, предшествующая началу курса массажа? 4. Назовите область, с которой обычно начинается процедура данного массажа. 5. Перечислите области, подлежащие осторожному массажу. 6. В чём заключается принцип последовательного включения в процедуру массажа различных областей? 7. На что следует обращать внимание в отношении положения пальцев и кисти массирующей руки? 8. Какие ощущения испытывает больной при выполнении коротких и длинных движений массажистом? 9. Укажите возможные кожные реакции во время и после процедуры массажа соединительной ткани. 10. О чём должен предупредить массажист больного после окончания процедуры, какие поздние реакции бывают и как их устранить? 11. Назовите возможное сочетание массажа соединительной ткани с другими физиопроцедурами. 12. Как следует дозировать массаж соединительной ткани? 13. Какие технические ошибки следует исключить при массаже и какие возможны отрицательные реакции на них больного? 14. Перечислите действия массажиста для снятия отрицательных реакций.

5. Понятие о зонах соединительной ткани

Перед процедурой соединительнотканного массажа обязательно проводится диагностический осмотр и пальпация покровных тканей для выявления зон соединительной ткани, что необходимо для составления плана массажа. Зоны соединительной ткани- это рефлекторные изменения, возникшие при заболеваниях внутренних органов или сосудов конечностей, имеющие общую сегментарную иннервацию. Осмотр и пальпацию покровных тканей проводят в исходном положении больного сидя на высоком табурете. Зоны соединительной ткани особенно заметны в области спины, ягодиц, крестца, бёдер, груди и лопаток. Для определения рефлекторных изменений в соединительной ткани пальцами определяют подвижность её слоёв (близких к коже, фасциям или находящихся подкожно). Слои соединительной ткани не имеют чёткой границы между собой. При заболевании сосудов конечностей или внутренних органов подвижность слоёв соединительной ткани нарушается или даже почти отсутствует. При пальпации массажист ощущает сопротивление соединительной ткани - это соединительнотканые зоны. При острых заболеваниях или обострениях хронических соединительная ткань реагирует возникновением зон мягких набуханий в слоях близко прилегающих к коже. Поверхностно расположенные зоны определяются только осязанием. С целью их определения используется паравертебральный поверхностный диагностический штрих на уровне от пятого поясничного позвонка до седьмого шейного. При наличии зон соединительной ткани в её поверхностном слое ткань ощущается как шероховатость, а движение при выполнении диагностического штриха прерывается. Поверхностные зоны соединительной ткани появляются в тех случаях, когда рельеф мышц недостаточно выражен. Это бывает у детей до двенадцати- пятнадцати лет или в преклонном возрасте, а также у лиц, страдающих ревматоидным артритом, или периферическими параличами. По своей локализации зоны соединительной ткани, близкие к коже, часто

совпадают с зонами захарьина-геда. Но между ними существуют и различия. Так, зоны захарьина-геда реагируют на температурные раздражения, а поверхностно расположенные зоны мягких набуханий соединительной ткани проявляются при поглаживании или пальпации болевыми ощущениями. При выздоровлении после острого заболевания поверхностно расположенные зоны соединительной ткани исчезают. При хронических заболеваниях или длительных функциональных нарушениях внутренних органов в подкожном или в ближайшем к фасциям слоях соединительной ткани можно обнаружить с помощью пальпации набухания или втяжения. По краям втяжений, имеющих различную форму, определяются набухания. Глубоко расположенные зоны соединительной ткани меняют рельеф покровных тканей, они обнаруживаются зрительно и с помощью осязания. Глубокие соединительнотканые зоны определяются посредством плоскостного смещения кожи или методом кожной складки, начиная с области крестца. Нахождение зон проводится двумя руками одновременно на симметричных областях, постепенно продвигаясь от крестца в краниальном направлении. Следует иметь в виду, что зоны соединительной ткани возникают как следствие висцеро-соединительнотканного рефлекса и связаны рефлекторным путём между собой по типу висцеро-висцерального рефлекса. Иногда зоны соединительной ткани наслаиваются друг на друга. Выделяют диагностические и клинически немые зоны соединительной ткани. Диагностические зоны обычно соответствуют диагнозу, по поводу которого назначено лечение массажем. Так называемые немые зоны выявляются у лиц, имеющих наследственное предрасположение к какому-либо заболеванию. Составляя план соединительнотканного массажа, всегда учитывают наличие не только диагностических, но также клинически немых зон, которые могут быть источником патологических импульсов, идущих к внутреннему органу или части тела. В результате проводимого соединительнотканного массажа изменения в глубоких зонах уменьшаются, слои соединительной ткани делаются более подвижными. Но в отличие от поверхностных зон соединительной ткани глубокие зоны, будучи выражением вегетативной лабильности, остаются заметными после прекращения заболевания. Эффективность массажа соединительной ткани тем выше, чем больше выражены рефлекторные изменения зон соединительной ткани.

6. Топография зон соединительной ткани

Зона мочевого пузыря- выражена при цистите, недержании мочи различной этиологии, простатите, симптоме холодных ног. По форме и размеру зона напоминает большую металлическую монету, расположена в области копчика и нижней части крестца по средней линии туловища. Чаще всего зона мочевого пузыря представляет собой втяжение, которое заметно визуально и легко определяется пальпаторно. Иногда в области зоны имеется набухание соединительной ткани и нарушение сдвигания различных её слоёв. Для нахождения зоны кончиками указательного, среднего и безымянного пальцев обеих рук, ладони которых параллельны исследуемому участку, сдвигают кожную складку по направлению границы зоны, пересекая границу зоны не рекомендуется.

Зона головы-1- определяется при многих заболеваниях, сопровождающихся синдромом головной боли, а также при бессоннице. Она занимает нижнюю треть крестца, её нижняя часть граничит с зоной мочевого пузыря. Зона определяется сдвиганием кожной складки снизу вверх и по боковой границе зоны (кончики пальцев обеих рук массажиста обращены к медиальному гребню крестца, а локти разведены).

Зона половых органов-1- занимает пространство между крестцово-подвздошными сочленениями в верхней трети крестца, выражена при дисменорее, пальпаторно определяется как набухание соединительной ткани. Для выявления пользуются методом сдвигания кожной складки пальцами обеих рук вдоль нижней и боковой границ зоны.

Зона половых органов-2- представляет собой широкую полосу, занимающую верхнюю, среднюю трети крестца и выходящую на несколько сантиметров за его пределы. Она выражена при снижении функции женских половых желёз, при аменорее и при инфантилизме половых органов. Зона имеет вид втяжения с гладкой поверхностью, заметна при поглаживании рукой и при сдвигании кожной складки снизу вверх по нижней границе зоны и в медиальном направлении по её боковым границам.

Кишечная зона-1- чаще имеет вид втянутой линии, которая проходит от латеральной поверхности средней трети крестца косо вниз к латеральной трети подъягодичной складки. Зона выражена при склонности к запорам, исследуется методом сдвигания кожной складки вдоль боковой границы зоны.

Кишечная зона-2- располагается непосредственно над основанием крестца, имеет высоту 2-3 сантиметра, снизу граничит с зонами половых органов. Зона выражена при склонности к поносам, определяется путём сдвигания кожной складки вдоль нижней и боковых границ зоны.

Венно-лимфатическая зона нижних конечностей- представляет собой лентообразное втяжение, параллельное гребню подвздошной кости, берущее начало от средней трети крестца. Зона выражена при варикозном расширении вен нижних конечностей, трофических язвах голени и отёках ног различной этиологии, определяется методом сдвигания кожной складки.

Артериальная зона ног или артериальная зона курящих- имеет вид шнурообразного втяжения в нижнелатеральной части ягодиц. Определяется при органических и функциональных заболеваниях артерий нижних конечностей.

Зона почек- расположена на уровне от второго до четвёртого поясничных позвонков в области крестцово-остистой мышцы. Имеет ширину 5-8 сантиметров, представляет собой уплотнение соединительной ткани, которое долго сохраняется после перенесённых заболеваний почек. Располагаясь на мышечной основе, зона трудно определима. Для её нахождения пользуются методом сдвигания кожной складки снизу вверх и по боковым границам зоны.

Зона головы-2- данная зона при диагностике головной боли считается основной, представляет собой втяжение на уровне от одиннадцатого грудного до второго поясничного позвонка, имеет ширину 4-5 сантиметров, определяется при головной боли различной этиологии и болезнях глаз.

Зоны печени и желчного пузыря- расположены на уровне от четвёртого до двенадцатого грудного позвонка, занимая площадь от остистых отростков грудных позвонков до задней аксиллярной линии справа от позвоночника. Зона выражена после перенесённого гепатита, при холецистите, других заболеваниях печени и желчного пузыря, представляет собой уплотнение соединительной ткани. Зоны печени и желчного пузыря наслаиваются друг на друга и отдельно не определяются.

Зоны сердца и желудка- данные зоны также наслаиваются друг на друга, расположены на уровне от второго до двенадцатого грудного позвонка слева от позвоночника, занимая площадь от остистых отростков грудных позвонков до задней аксиллярной линии. Зоны представляют собой уплотнение соединительной ткани, которое возникает при заболеваниях сердца, нарушениях сердечного ритма, а также при гастритах с повышенной или сниженной секрецией, язвенной болезни желудка, гастроптозе и других заболеваниях. Зоны сердца, желудка, печени и желчного пузыря симметрично расположены справа и слева от позвоночника, и находятся почти на одном и том же уровне. При наличии зон соединительной ткани кожную складку трудно захватить и удержать пальцами. Определение зон проводится одновременно справа и слева в подлопаточных областях. Исходное положение больного сидя на высоком табурете. Массажист, сгибая кисти в пястно-фаланговых суставах, мягко захватывает

кожные складки прямыми пальцами, оттягивает складки на себя, а затем медленно отпускает их, не теряя контакт работающих рук с кожей больного. Подобные движения повторяются 3-4 раза в медленном темпе, а массажист стремится определить с какой стороны кожная складка труднее берётся, плохо отходит и с какой стороны она плотнее. Иногда соединительная ткань настолько уплотнена, что невозможно взять складку рукой и оттянуть её от подлежащих тканей. При выявлении зон рефлекторно изменённой соединительной ткани, имеющих связь с желудком, сердцем, печенью или желчным пузырём, можно пользоваться также методом сдвигания кожной складки до границы зоны.

Зона головы-3- занимает межлопаточную область, её границы: латеральная - внутренние края лопаток, нижняя - уровень седьмого грудного позвонка, верхняя - уровень второго-третьего грудного позвонка. Обследование данной области производится поглаживанием ладонями обеих рук сверху вниз по межлопаточной области, не касаясь внутренних краёв лопаток. Ввиду возможности возникновения при интенсивном воздействии головокружения, тошноты или головной боли данную область обследовать методом сдвигания или оттягивания кожной складки не рекомендуется. Зона выражена при головной боли различной этиологии или болезнях глаз, при этом она приобретает бугристую поверхность или втянутый рельеф.

Зона головы-4- расположена в области задней поверхности шеи на уровне от третьего шейного до первого грудного позвонка, выражена при мигрени, головной боли различной этиологии, после сотрясения мозга, при бессоннице, при болезнях глаз, при шейном остеохондрозе с нарушением мозгового кровообращения. При пальпации представляет собой уплотнение соединительной ткани в виде тяжа.

Зона плечевого пояса и верхних конечностей- занимая лопатку, дельтовидную область и плечевой сустав, зона выражена при полиартрите с преимущественным поражением суставов верхних конечностей, остеохондрозе шейно-грудного отдела позвоночника, плече-лопаточном периартрозе. Определяется путём сдвигания кожной складки до границы зоны. При имеющихся заболеваниях соединительная ткань уплотнена и плохо сдвигается. Вопросы для самоконтроля: 1. Как определяются зоны соединительной ткани и, с какой целью их находят? 2. В каких случаях выявляются клинически немые зоны и следует ли массировать в их пределах? 3. Опишите топографию зон головы, при каких заболеваниях и синдромах они выявляются? 4. Где находят зоны половых органов, при каких заболеваниях и синдромах они обнаруживаются? 5. Объясните топографию кишечных зон, каким синдромам они соответствуют? 6. Укажите топографию зон мочевого пузыря и почек, когда они выражены и легко ли их обнаружить? 7. Где определяются зоны сосудов ног и, при каких заболеваниях они выражены? 8. Каким методом выявляют зоны сердца - желудка, печени - желчного пузыря, при каких заболеваниях их возможно обнаружить? 9. Как определить зону плечевого пояса и верхних конечностей? Перечислите, при каких заболеваниях и синдромах возможно найти данную зону.

7. Соединительнотканый массаж основных отдельных анатомических областей тела человека (подкожная и фасциальная техника)

7.1. Массаж подвздошно-большеберцового тракта

широкая фасция бедра на своей латеральной поверхности имеет утолщение в виде широкой полосы - это подвздошно-большеберцовый тракт. Для его практического определения предлагают больному, лежащему на спине (валик в области подколенной ямки), приподнять прямую ногу от массажного стола на 15-20 сантиметров и переместить её в медиальном направлении. В таком положении подвздошно-большеберцовый тракт легко доступен пальпации от уровня коленного сустава до большого вертела бедренной кости в виде тяжа на латеральной поверхности бедра. Затем предлагают больному ногу опустить и воображаемой линией делят подвздошно-

большеберцовый тракт на нижнюю и две верхние трети. Начинается массаж данной области на границе нижней и средней трети подвздошно-большеберцового тракта. Исходное положение массажиста стоя сбоку от массажного стола. Допускается массировать как ближний, так и дальний подвздошно-большеберцовый тракт. Легче всего овладеть техникой приёмов соединительнотканного массажа, работая на дальнем от массажиста подвздошно-большеберцовом тракте. Кончики среднего и безымянного пальцев помещают на 1-2 сантиметра дорзальнее подвздошно-большеберцового тракта на уровне границы его нижней и средней трети - это первая фаза короткого движения. Затем сдвигают кожную складку перпендикулярно тракту до возможного предела смещения (вторая фаза короткого движения). Не допуская скольжения кончиков пальцев по коже и пересечения тракта, растягивая кожную складку в течение нескольких секунд, что и является лечебным воздействием, во время которого больной ощущает резь (третья фаза короткого движения). Следующие короткие движения выполняются, тесно прилегая друг к другу проксимально в направлении большого вертела. Указательный палец работающей руки является опорой и направляющим. Данную линию повторяют несколько раз (3-5). На следующем этапе выполняют длинные движения непосредственно по подвздошно-большеберцовому тракту от границы нижней и средней трети подвздошно-большеберцового тракта вверх до большого вертела бедренной кости. Для выполнения длинного движения массажист делает переход и массирует на ближнем подвздошно-большеберцовом тракте одноимённой рукой (то есть левой рукой на левом подвздошно-большеберцовом тракте). Кончики среднего и безымянного пальцев помещают поперёк тракта, делают сдвигание, а затем растяжение складки, передвигаясь вверх до большого вертела бедренной кости. Больной ощущает при длинном растяжении резь. Массажист не должен терять контакт с кожей, выполняя длинное движение. Если контакт пальцев с кожей больного прекратился, то резь исчезает, и длинное движение следует повторить. Длинное движение по подвздошно-большеберцовому тракту необходимо выполнять в медленном темпе с повторением несколько раз. Длинное движение возможно выполнить передним ходом руки массажиста: пальцы разогнуты в межфаланговых суставах, латеральные края концевых фаланг соприкасаются с массируемым трактом и движутся в проксимальном направлении передним ходом. Выполняя длинное движение передним ходом руки, массажист работает разноимённой рукой на ближнем подвздошно-большеберцовом тракте. Для массажа нижней трети подвздошно-большеберцового тракта кончики среднего и безымянного пальцев одноимённой руки помещают на 1-2 сантиметра ниже границы нижней и средней трети подвздошно-большеберцового тракта дальнего бедра. Короткие движения выполняются в дистальном направлении до уровня коленного сустава и повторяются несколько раз. Длинные движения в том же направлении выполняются медленно, с повторением 4-5 раз, кончики пальцев движутся непосредственно по тракту. Осуществляя длинные движения передним ходом, работает одноимённая рука массажиста выпрямленными средним и безымянным пальцами. Применяя длинные движения обратным ходом, массажист работает разноимённой рукой. В обоих случаях массажист стоит у подвздошно-большеберцового тракта ближнего бедра больного. В заключении массажа подвздошно-большеберцового тракта проводятся длинные движения по всему тракту от коленного сустава до большого вертела бедренной кости с повторением 3-5 раз. Продолжительность массажа симметричных областей подвздошно-большеберцового тракта 10-15 минут. Кроме ощущения рези при массаже данных симметричных областей, больной отмечает появление волн тепла в нижних конечностях, в этом случае массаж подвздошно-большеберцовых трактов можно прекратить.

7.2. Массаж области большого вертела бедренной кости

область большого вертела бедренной кости массируется в исходном положении больного лёжа на боку, при этом нога, лежащая на массажном столе, выпрямлена во всех суставах, а вышележащая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах. Больной слегка наклоняет корпус вперёд. Исходное положение массажиста стоя перед вентральной поверхностью туловища больного. Массаж начинают на 10-12 сантиметров ниже большого вертела дорзальнее бедренной кости, обходят сзади и заканчивают над передне-верхним краем вертела. Массажист работает разноимённой рукой. Для

выполнения коротких движений кончики среднего и безымянного пальцев помещают на 1-2 сантиметра дорсальнее бедренной кости и движения проводятся перпендикулярно по отношению к её дорсальному краю и вертелу. Массируемая линия имеет вид запятой. Короткие движения выполняются в три фазы, рука массажиста продвигается в проксимальном направлении. Длинные движения проводятся по той же линии, в том же направлении, что и короткие и многократно повторяются. Длинные движения выполняются обратным ходом одноимённой руки, при этом пальцы массажиста согнуты в межфаланговых суставах и кончики их стоят поперёк намеченной линии. При выполнении длинных движений не следует терять контакт кончиков пальцев с массируемыми участками.

7.3. Массаж области медиального края портняжной мышцы

медиальный край портняжной мышцы легко определяется путём пальпации от бугристости большеберцовой кости до передней верхней ости подвздошной кости. Перед соединительнотканым массажем его условно делят на нижнюю и две верхние трети. Исходное положение больного лёжа на спине, в области подколенной ямки имеется валик. Бёдра больного слегка разведены. Исходное положение массажиста стоя со стороны массируемой нижней конечности. Соединительнотканый массаж данной области начинается с коротких движений от уровня границы между нижней и средней третями медиального края портняжной мышцы. Рука массажиста пронижена, межфаланговые суставы согнуты, кончики пальцев соприкасаются с кожей на 1-2 сантиметра медиальнее от медиального края портняжной мышцы. Короткие движения перпендикулярны медиальному краю портняжной мышцы и следуют один за другим в проксимальном направлении до паховой складки. Длинные движения выполняются обратным ходом руки массажиста на том же уровне, в том же направлении, что и короткие с повторением. От границы нижней и средней трети медиального края портняжной мышцы к медиальному краю коленного сустава производятся короткие, а затем и длинные движения. Массаж в области нижней трети медиального края портняжной мышцы выполняется очень осторожно, медленно и технически правильно, не допуская исчезновения рези и появления ощущения тупого давления. Осторожность объясняется близким расположением сосудисто-нервного пучка и возможным появлением реакций на слишком интенсивный массаж соединительной ткани. В заключении массажа данной области выполняются длинные движения вдоль медиального края портняжной мышцы от бугристости большеберцовой кости до паховой складки. Заключительные длинные движения неоднократно повторяются.

7.4. Соединительнотканый массаж крестцово-тазовой области

данная область чрезвычайно богата соединительной тканью и вегетативными нервными окончаниями. Методика соединительнотканного массажа при любом заболевании начинается с воздействия в крестцово-тазовой области. Рефлекторным путём при многих заболеваниях внутренних органов в области крестца возникают набухания или втяжения соединительной ткани, а также меняется подвижность её слоёв. Массаж данной области выполняется в исходном положении больного лёжа на боку или сидя. Массаж крестцово-тазовой области (соединительной ткани) проводят в следующем порядке: 1. Латеральные поверхности крестца вдоль крестцово-подвздошных сочленений. 2. Площадь крестцовой кости. 3. Основание крестца. 4. Гребень подвздошной кости. 5. От пятого поясничного позвонка над гребнем подвздошной кости до латерального края прямой мышцы живота на уровне пупка. Массажист стоит перед вентральной поверхностью лежащего на боку больного и работает одноимённой рукой. Больного, лежащего на правом боку, начинают массировать правой рукой в крестцово-тазовой области справа. Для выполнения коротких движений кончики среднего и безымянного пальцев помещают на 1-2 сантиметра латеральнее от верхушки крестца. Короткие движения выполняют вдоль латеральной поверхности крестца, подвздошно-крестцового сочленения справа до уровня основания крестца. Направления коротких движений перпендикулярны по отношению к правой половине крестца и правому крестцово-подвздошному

сочленению. Затем той же рукой выполняют короткие движения на симметричной линии от верхушки крестца до его основания слева. В отличие от коротких движений справа короткие движения слева направлены от крестца и крестцово-подвздошного сочленения в латеральном направлении. Длинные движения, как в области латеральных поверхностей крестца, так и в области крестцово-подвздошных сочленений, отсутствуют. На следующем этапе массажа короткие движения покрывают всю площадь крестцовой кости в направлении от верхушки крестца к его основанию. Локоть работающей руки ориентирован краниально. Длинные движения в области крестцовой кости также не применяются. Основание крестца массируется короткими и длинными движениями, направление которых от латерального края крестца к остистому отростку пятого поясничного позвонка. Основание крестца можно массировать как правой, так и левой рукой. В исходном положении больного лёжа на правом боку, массируется одна половина основания крестца: от правого латерального края крестца до остистого отростка пятого поясничного позвонка. Гребень таза обрабатывается короткими движениями одноимённой рукой, локоть которой ориентирован краниально. Направление коротких движений снизу вверх, вдоль гребня таза от задней до передней верхней ости подвздошной кости. Короткие движения перпендикулярны гребню таза, верхнюю границу которого пересекать не рекомендуется. Длинные движения выполняют над гребнем таза от остистого отростка пятого поясничного позвонка или от задней верхней ости подвздошной кости, вести между гребнем таза и нижними рёбрами до латерального края прямой мышцы живота на уровне пупка. Длинные движения возможно выполнять с отягощением свободной рукой, средний и безымянный пальцы которой помещают на ногтевые фаланги работающей руки. При исходном положении больного лёжа на правом боку, массируется гребень левой половины. Затем больному предлагают повернуться на левый бок, при этом левая нога прямая, а правая согнутая в тазобедренном и коленном суставах, опирается коленом о массажный стол, тыл правой стопы лежит на икроножной мышце левой нижней конечности. После поворота массируются симметричные линии: левая половина основания крестца, применяя короткие и длинные движения, под правым гребнем подвздошной кости короткими движениями, длинными движениями над гребнем подвздошной кости справа от пятого поясничного позвонка до латерального края прямой мышцы живота. Короткие и особенно длинные движения несколько раз повторяются по одной и той же линии.

7.5. Соединительнотканый массаж области спины

для массажа области спины возможно два исходных положения больного: лёжа на боку или сидя на высоком табурете. Исходное положение массажиста сидя или стоя позади больного. Описание массажа области спины даётся в исходном положении больного лёжа на правом боку. В данном исходном положении в области спины массируется латеральный край широчайшей мышцы спины, лопатка и межрёберная область слева. 1) массаж широчайшей мышцы спины: для нахождения латерального края широчайшей мышцы спины больному предлагают согнуть руку в локтевом суставе и надавить локтем на ладонь массажиста - при таком движении латеральный край мышцы достаточно хорошо контурируется. Короткие движения выполняются одноимённой рукой перпендикулярно латеральному краю широчайшей мышцы спины от двенадцатого ребра до нижнего угла лопатки. Длинные движения по данной линии отсутствуют. 2) массаж лопатки: в области лопатки массируется её внутренний край короткими движениями от нижнего угла до ости. Короткие движения имеют медиальное направление, выполняются перпендикулярно внутреннему краю лопатки, который пересекать не рекомендуется. Работает одноимённая рука. Длинные движения отсутствуют. Затем осуществляются короткие и длинные движения под остью лопатки. Короткие движения, выполняемые разноимённой рукой, перпендикулярны ости лопатки и проводятся от внутреннего к наружному краю, при этом локоть работающей руки обращён краниально. Длинные движения возможно проводить как передним, так и обратным ходом руки массажиста. Они также, как и короткие движения осуществляются под остью лопатки. 3) массаж межрёберий: в межрёберной области выполняются волнообразные движения на площади между латеральным краем широчайшей мышцы спины и крестцово-остистой мышцей от двенадцатого ребра до

нижнего угла лопатки. Массажист работает одноимённой рукой. Волнообразное движение состоит из следующих элементов: прикосновение пальцев, сдвигание складки, длинное растяжение и сдвигание кожной складки. Кончики среднего и безымянного пальцев ставят над латеральным краем широчайшей мышцы спины таким образом, чтобы ладонные поверхности концевых фаланг были обращены краниально. Кончики пальцев производят сдвигание кожной складки в краниальном направлении до возможного предела. Затем, не теряя контакта пальцев с кожей больного, кисть совершает поворот на 90 градусов, и производится длинное движение вниз до латерального края крестцово-остистой мышцы, где кисть совершает поворот в краниальном направлении. После окончания волнообразного движения ладонная поверхность ногтевых фаланг среднего и безымянного пальцев вновь обращена краниально, а на коже пациента остаётся полоса гиперемии по форме напоминающая латинскую эс. Во время выполнения волнообразного движения больной ощущает резь или царапание ногтем. Следующее волнообразное движение производится рядом с предыдущим и расположено на сегмент выше от него. Каждое последующее волнообразное движение по протяжённости длиннее предыдущего и вся площадь между латеральным краем крестцово-остистой мышцы и широчайшей мышцы спины оказывается покрытой волнообразными движениями. После чего выполняются малые волнообразные движения от латерального до медиального края крестцово-остистой мышцы. В отличие от предыдущих движений малые волнообразные движения через крестцово-остистую мышцу имеют одинаковую длину на протяжении от двенадцатого ребра до нижнего угла лопатки. В исходном положении кончики среднего и безымянного пальцев помещают над латеральным краем крестцово-остистой мышцы. Малое волнообразное движение выполняется также, как и большое. Заканчивая малое волнообразное движение, кончики среднего и безымянного пальцев находятся над медиальным краем крестцово-остистой мышцы и обращены краниально. В заключении массажа межрёберной области большое и малое волнообразные движения суммируются. Для этого кончики пальцев начинают выполнять волнообразное движение над латеральным краем широчайшей мышцы спины, продвигаются до латерального края крестцово-остистой мышцы и, не теряя контакта с кожей, осуществляют вторую (малую) волну. Выполняя две волны, рука массажиста продвигается от двенадцатого ребра до нижнего угла лопатки. Затем больному предлагают повернуться на другой бок, принять правильное исходное положение и массируют симметричные области правой половины спины теми же приёмами.

7.6. Соединительнотканый массаж области треугольного пространства на латеральной поверхности туловища

исходное положение больного лёжа на боку или сидя на высоком табурете. Исходное положение массажиста стоя позади лежащего на боку или сбоку от сидящего больного. Массаж области боковой поверхности туловища описывается в исходном положении больного лёжа на правом боку. Массажу подвергается поверхность между латеральным краем широчайшей мышцы спины, передней аксиллярной линией и воображаемой линией, проведённой от двенадцатого ребра до передней аксиллярной линии. На указанной выше поверхности выполняют только короткие движения разноимённой рукой, локоть которой обращён краниально. Короткие движения выполняются от каудальной к краниальной части. Свободная рука, учитывая большую подвижность соединительной ткани боковой поверхности туловища, придерживает указательным пальцем нижележащий участок. По мере передвижения работающих пальцев в краниальном направлении свободная рука, придерживая ткани, также передвигается вверх. Больной при каждом коротком движении ощущает резь. Массаж боковой поверхности заканчивается, когда короткими движениями обрабатывается вся площадь между латеральным краем широчайшей мышцы спины и передней аксиллярной линией до нижнего угла лопатки. Затем больной поворачивается на другой бок и массируется симметричная область теми же приёмами.

7.7. Соединительнотканый массаж области живота и нижнего края рёберной дуги спереди

при массаже вентральной поверхности туловища исходное положение больного лёжа на спине. Исходное положение массажиста стоя справа или слева у массажного стола. Массаж начинают в области прямой мышцы живота, на уровне пупка по её латеральному краю. При исходном положении массажиста стоя у правой руки больного массируется латеральный край прямой мышцы живота слева.левой рукой массажист выполняет короткие движения перпендикулярно латеральному краю прямой мышцы живота. В исходном положении кончики среднего и безымянного пальцев находятся на 1-2 сантиметра латеральнее от края прямой мышцы живота. Уровень воздействия по латеральному краю прямой мышцы живота: от пупка до паховой складки. Короткие движения по данной линии массажист повторяет 2-3 раза и затем правой рукой начинает проводить короткие движения от уровня пупка до нижнего края рёберной дуги, движения несколько раз повторяются. Для работы на симметричных участках прямой мышцы живота массажист делает переход и в дальнейшем работает стоя у массажного стола слева от больного. После обработки латерального края прямой мышцы живота массируют короткими движениями от средней аксиллярной линии над гребнем подвздошной кости до середины симфиза. При этом массажист работает разноимённой рукой, локоть которой обращён каудально. Движения выполняют с одной, а затем с другой стороны. На следующем этапе короткие движения выполняются от средней аксиллярной линии над нижним краем рёберной дуги до мечевидного отростка. Короткие движения повторяются несколько раз с каждой стороны. Кончики работающих пальцев не должны соскальзывать с края рёберной дуги. При массаже над краем рёберной дуги необходимо стараться, чтобы перед кончиками среднего и безымянного пальцев в качестве опоры был указательный, что облегчает технически правильное выполнение коротких движений. Длинные движения в области живота можно выполнять как одной, так и обеими руками одновременно, с отягощением свободной рукой массажиста или без отягощения. Длинное движение от средней аксиллярной линии над гребнем подвздошной кости до середины симфиза выполняется очень медленно и осторожно, особенно если в этой области имеются рубцы после оперативных вмешательств, или если массаж проводится много рожавшим женщинам, или лицам старше пятидесяти лет, чтобы не нарушить целостность кожных покровов. Длинное движение может выполняться с одной стороны разноимённой рукой или обеими руками одновременно по симметричным линиям. Короткие и длинные движения в данном случае проводятся по одной и той же линии. Длинные движения повторяются 4-5 раз в медленном темпе и являются заключительными при массаже данной области. Длинные движения под нижним краем рёберной дуги от средней аксиллярной линии до мечевидного отростка выполняются разноимённой рукой. Следует запомнить, что короткие движения в данной области выполняются над нижним краем рёберной дуги, а длинные - под её нижним краем. Описываемые длинные движения также обычно выполняются в конце процедуры массажа, как заключительные. Массажист иногда работает, выполняя длинные движения по данным линиям двумя руками, каждой рукой по одноимённой стороне. Длинные движения проводятся медленно и несколько раз повторяются. При их выполнении массажист стоит боком к краю массажного стола. Иногда в конце процедуры соединительнотканного массажа длинные движения производят следующим образом: кончики среднего и безымянного пальцев обеих рук помещают на среднюю аксиллярную линию между нижним краем рёберной дуги и гребнем таза на дальней от массажиста стороне. В начале приёма пальцы движутся рядом, а затем расходятся. Пальцы одной руки движутся над гребнем подвздошной кости к середине лонного сочленения, а пальцы другой до мечевидного отростка грудины. Приём повторяется несколько раз, после чего массажист делает переход к противоположному краю массажного стола и выполняет его на симметричных линиях с повторением 3-5 раз. Длинное движение можно выполнить также с отягощением. Для этого в исходном положении кончики среднего и указательного пальцев одной руки находятся на средней аксиллярной линии между нижним краем рёберной дуги и гребнем подвздошной кости, а кончики среднего и безымянного пальцев свободной руки помещают на тыльную поверхность концевых фаланг работающих пальцев для отягощения. В начале движения контакт с кожными покровами больного имеет только одна рука, а в дальнейшем руки расходятся - одна движется к мечевидному отростку грудины, а другая к лонному сочленению. Контрольные задания: 1. Выполните короткими и длинными движениями массаж в области бедра (по подвздошно-

большеберцовому тракту, вокруг большого вертела бедренной кости, по медиальному краю портняжной мышцы). 2. Объясните роль массажа крестцово-тазовой области при выполнении методик. Промассируйте пять основных линий данной области. 3. Выполните массаж в области спины и межреберий при разных исходных положениях больного. 4. Каковы границы треугольного пространства латеральной поверхности туловища? Произвести массаж данной области. 5. Определите массируемые линии в области живота и нижнего края рёберной дуги, выполните массаж по плану данной области.

8. Показания и противопоказания к массажу соединительной ткани

Трудно найти заболевание, при котором соединительная ткань не принимала бы участия в большей или меньшей степени. Показания к применению массажа соединительной ткани широки. А при условии его правильного назначения эффективность метода достаточно высока. Массаж соединительной ткани применяется в лечении подострых и хронических стадий многих заболеваний внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и периферических сосудов, сопровождающихся нарушением вегетативных функций. Прежде всего, следует учесть, что в остром периоде заболевания (инфаркт, инсульт, пневмония, радикулит и другие) соединительнотканый массаж противопоказан. Однако при стихании острых явлений или хроническом течении заболевания он находит широкое применение. Соединительнотканый массаж способствует нормализации нарушенного кровоснабжения органов и тканей, улучшению трофики, ликвидации спазма гладкой мускулатуры, стимулирует процессы регенерации и рассасывания рубцов и спаек. Лечение оказывается наиболее эффективным при наличии выраженных рефлекторных изменений в покровных тканях тела человека, а именно зон соединительной ткани. Плотные набухания соединительной ткани или втяжения указывают на целесообразность применения данного вида массажа. Присутствие мягких зон соединительной ткани, указывающих на острую стадию заболевания, является противопоказанием к назначению соединительнотканного массажа. При отсутствии выраженных рефлекторных изменений (зон) в соединительной ткани применять соединительнотканый массаж нецелесообразно. Немецкие специалисты применяют соединительнотканый массаж даже при туберкулёзе в спокойном периоде заболевания. Они также не считают злокачественные опухоли абсолютным противопоказанием для применения соединительнотканного массажа. Например, описаны случаи успешного применения соединительнотканного массажа больному, удачно прооперированному по поводу рака бронха и страдающему от послеоперационной межрёберной невралгии. Немецкие специалисты применяют соединительнотканый массаж больным, удачно прооперированным по поводу невринома и менингиома, имеющих в послеоперационном периоде неврологические проявления, сопровождающиеся болями и рефлекторным напряжением мышц, которые можно устранить приёмами массажа соединительной ткани. Естественно, во всех случаях применения соединительнотканного массажа онкологическим больным необходима предварительная консультация онколога и большая осторожность. До операции по поводу злокачественных и доброкачественных опухолей массаж соединительной ткани противопоказан. Некоторые психические заболевания, при учёте применения современной психофармакологической терапии, не являются противопоказанием для применения массажа соединительной ткани в комплексном лечении данной группы больных. Если соединительнотканый массаж назначен своевременно, выполняется технически грамотно с точным соблюдением дозировки и методических указаний, то практически непереносимость соединительнотканного массажа отсутствует. Соединительнотканый массаж с успехом применяется в лечении многих заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата, в том числе и в послеоперационном периоде: переломы, вывихи, растяжение связок, контрактуры, рубцы и спайки, деформирующий артроз, подготовка операционной культы к протезированию, косолапость, плоскостопие, остеохондропатии, деформации стоп, плечелопаточный периартроз, эпикондилит, ревматоидный артрит, посттравматическая дистрофия зудака, болезнь Бехтерева, сколиоз, кривошея, тендовагиниты,

остеохондроз позвоночника. Массаж соединительной ткани с успехом может быть применён при различных синдромах вертеброгенных заболеваний периферической нервной системы: подострая и хроническая люмбалгия, ишиалгия, рефлекторные сосудистые дистонии нижних конечностей, краниалгия, брахиалгия, цервикалгия, радикулярный синдром. Соединительнотканый массаж также возможно использовать при следующих заболеваниях и синдромах: невралгия тройничного нерва, парез или паралич лицевого нерва, периферический паралич (в том числе последствия полиомиелита), церебральный паралич (в том числе детский церебральный паралич), болезнь паркинсона, синдром головной боли различной этиологии. В порядке исключения массаж соединительной ткани может быть применён для купирования острого приступа мигрени. Соединительнотканый массаж с успехом применяется при нарушении кровоснабжения конечностей: облитерирующий эндартериит, диабетическая ангиопатия нижних конечностей, облитерирующий атеросклероз, болезнь и синдром Рейно, варикозное расширение вен, варикозная язва голени, посттромбофлебитический синдром, повреждение сосудов при переохлаждении. При заболеваниях внутренних органов массаж соединительной ткани является частью комплексного лечения при следующих заболеваниях: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда, не ранее шести недель от начала инфаркта), гипотоническая болезнь, остаточные явления миокардита, пороки сердца в стадии компенсации, вегето-сосудистая дистония. При жалобах со стороны сердца, связанных с функциональными нарушениями, массаж соединительной ткани находит широкое применение. Частые вегетативные кризы у лиц пожилого возраста являются противопоказаниями к соединительнотканному массажу. При заболеваниях системы органов дыхания соединительнотканый массаж используется в следующих случаях: хронический фарингит, хронический трахеит, хронический ринит, как исключение - при остром рините, полиноз, бронхиальная астма, бронхит (остаточные явления острого и хронический), пневмония (остаточные явления острой и хроническая стадия заболевания). Массаж соединительной ткани также показан при желудочно-кишечных заболеваниях: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, хронический гепатит, хронический холецистит, хронический холангит. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также при хроническом гастрите массаж применяется лишь в период ремиссии. Желательно проводить два профилактических курса в год по 12-15 процедур весной и осенью. Соединительнотканый массаж также применяется для лечения заболеваний толстого кишечника, сопровождающихся спастическим или атоническим запорами. Массаж соединительной ткани никогда не применяется при язвенном колите. При заболеваниях мочеполовой системы соединительнотканый массаж может быть использован при следующих заболеваниях: почечно-каменная болезнь (после операции), ночное недержание мочи, цистит и пиелит (после стихания острых воспалительных явлений), хронический простатит (вне обострения), импотенция. При хроническом простатите и импотенции массаж соединительной ткани может сочетаться с урологическим массажем. Заболевания почек, сопровождающиеся гематурией, массажем соединительной ткани лечить не рекомендуется. Массаж соединительной ткани находит применение при многих синдромах и заболеваниях женских половых органов: аменорея, гипоменорея, дисменорея, полименорея, последствия аднексита, климактерические расстройства, гипогалактия, пояснично-крестцовые боли у женщин, связанные с перенесёнными гинекологическими заболеваниями или операциями. Беременность является противопоказанием к применению массажа соединительной ткани. Немецкие авторы указывают на успешное применение соединительнотканного массажа в акушерской практике при слабости родовой деятельности, для снятия спазма маточного зева, при затяжных родах и для уменьшения боли во время родов. Массаж соединительной ткани противопоказан при доброкачественных (фибромиома, киста яичника) и злокачественных опухолях, при эндометриозе, туберкулёзе, острых воспалительных и гнойных заболеваниях женских половых органов. Назначение массажа соединительной ткани лицам старше шестидесяти пяти лет требует индивидуального подхода с учётом перенесённых заболеваний (инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения и другие), наличия большого количества сопутствующих заболеваний. В каждом отдельном случае следует решать вопрос о целесообразности назначения нагрузочной процедуры, каким

является массаж соединительной ткани, больному пожилого возраста, а также необходимо выбрать вид техники (подкожную или кожную) в соответствии с имеющимися рефлексорными изменениями. Особой осторожности требуют больные, имевшие в анамнезе тяжёлые черепно-мозговые травмы. Включение в план массажа данной группе больных области головы не рекомендуется, также следует воздержаться от воздействия на реактивные точки, особенно в верхней половине туловища. Каждую последующую процедуру необходимо начинать с вопроса о самочувствии больного после принятой массажной процедуры, поинтересоваться отдыхал ли больной через 1-2 часа после лечения. Затем решить вопрос о плане лечения и о включении в него новых линий. Вопросы для самоконтроля: 1. Какова тактика массажиста при обнаружении у больного: 1) зон мягкого набухания. 2) зон плотного набухания. 3) отсутствия рефлексорных зон? 2. Перечислите показания к массажу при заболеваниях и повреждениях опорно-двигательного аппарата. 3. Укажите показания к данному виду массажа при заболеваниях нервной системы и неврологических синдромах вертеброгенного происхождения. 4. Назовите заболевания и синдромы нарушения периферического кровообращения, при которых применяется массаж соединительной ткани. 5. Какие заболевания сердечно-сосудистой системы и органов дыхания являются показанием к массажу? Что может послужить противопоказанием к массажу для этой категории больных? 6. Что может явиться показанием и противопоказанием к назначению массажа при заболеваниях желудочно-кишечного тракта? 7. При каких заболеваниях и синдромах поражения мочеполовой системы показан или противопоказан массаж соединительной ткани? 8. Объясните показания и противопоказания к данному виду массажа в акушерстве и гинекологии. 9. В каких случаях массаж соединительной ткани можно применять онкологическим больным и в каких случаях он абсолютно противопоказан? 10. Какие заболевания являются исключением для применения массажа в острой стадии? 11. При каких условиях возможно применение массажа соединительной ткани психическим больным?

Часть вторая. Некоторые частные методики соединительнотканного массажа

1. Методика соединительнотканного массажа при синдроме головной боли

головная боль - это синдром, встречающийся не менее, чем при сорока пяти заболеваниях. Соединительнотканый массаж значительно расширяет возможности оказания помощи при данном синдроме. Он может быть как частью комплексной терапии, так и самостоятельным видом лечения. Соединительнотканый массаж особенно эффективен при головной боли, обусловленной преимущественно сосудистыми механизмами или напряжением мышц мягких покровов головы, шеи и плечевого пояса (при мигрени, сосудистой дистонии, гипертонической болезни первой-второй стадии, неврозах, посттравматической головной боли мышечного напряжения, вертеброгенной головной боли и других). Соединительнотканый массаж противопоказан при головной боли, обусловленной опухолью головного мозга, абсцессом мозга, острой черепно-мозговой травмой, острым нарушением мозгового кровообращения, острыми воспалительными заболеваниями головного мозга и его оболочек. Массаж не эффективен при головной боли, обусловленной хронической интоксикацией. При диагностическом осмотре больного, длительное время страдающего головной болью, обращает на себя внимание рефлексорное изменение соединительной ткани в виде уплотнения в области крестца, внутренних краёв лопаток и седьмого шейного позвонка. Особенно характерно при длительной головной боли плоское втяжение соединительной ткани в межлопаточной области от второго до шестого грудных позвонков, а также втяжение в области зоны головы-2. Кроме того, набухание соединительной ткани и болезненность имеются в области сосцевидных отростков и затылочной связки. При пальпации отмечается болезненность на уровне второго грудного сегмента паравертебрально и на этом же уровне вентрально на большой грудной мышце. Техника соединительнотканного массажа при головной боли: лечение массажем начинается в исходном положении больного сидя, исходное

положение массажиста сидя позади больного. В области крестца одноимённой рукой выполняются короткие движения от верхушки, вдоль крестцово-подвздошных сочленений до основания с одной, а затем с другой стороны. В исходном положении стоя сбоку от больного, массажист короткими движениями в краниальном направлении обрабатывает всю площадь крестца. Короткими, а затем длинными движениями, одноимённой рукой массируется линия вдоль основания крестца, от латерального края до остистого отростка пятого поясничного позвонка с двух сторон. Короткими движениями одноимённой рукой массируется гребень подвздошной кости от задней до передней ости. Направление движений снизу вверх, за пределы гребня подвздошной кости переходить не рекомендуется. В заключение массажа области крестца выполняются с повторением 3-5 раз длинные движения от пятого поясничного позвонка до латерального края прямой мышцы живота на уровне пупка. Заключительные длинные движения осуществляются из исходного положения массажиста стоя спереди от больного. Для дальнейшего лечения больной занимает исходное положение лёжа на боку, при котором массируется большой вертел с одной, а затем с другой стороны. Массаж подвздошно-большеберцового тракта производится в исходном положении больного лёжа на спине. Техника массажа большого вертела и подвздошно-большеберцового тракта подробно описана в разделе "массаж отдельных основных анатомических областей". При первых трёх-четырёх процедурах достаточно ограничиться перечисленными областями, продолжительность массажа 20-25 минут. В дальнейшем к перечисленным областям добавляется воздействие в области заднебоковой поверхности туловища: латерального края обеих широчайших мышц спины и треугольного пространства между переднеаксиллярной линией и латеральным краем широчайшей мышцы спины. Данные области можно массировать в исходном положении больного сидя или лёжа на боку. Выполняя короткие движения по латеральному краю широчайшей мышцы спины, в исходном положении больного сидя, массажист работает одноимённой рукой, стоя позади от больного. При работе в области треугольного пространства массажист стоит сбоку и работает одноимённой рукой, при этом свободная рука фиксирует массируемые ткани снизу. Перечисленные области обрабатываются в течение восьми-деяти процедур, продолжительность массажа до тридцати минут. Большое количество областей массировать с первых процедур не рекомендуется, так как возможна опасность появления во время лечения отрицательных реакций (головная боль, головокружение, тошнота). В случае возникновения перечисленных симптомов массажист, не прекращая процедуры, должен возвратиться и повторить воздействие в области больших вертелов и подвздошно-большеберцовых трактов, работать медленно и технически грамотно, многократно повторяя длинные движения на этих линиях. Отрицательные реакции быстро проходят, но они являются сигналом того, что допущена передозировка массажа. В этом случае последующие две-три процедуры делаются на 5-10 минут короче и массируется на одну-две области меньше, а количество процедур в ближайшую неделю можно сократить до четырёх. Включение новых областей в процедуру соединительнотканного массажа в дальнейшем следует производить очень осторожно. Иногда после пятой-седьмой процедуры больной отмечает, что головные боли, которыми он страдает длительное время, полностью исчезли. В этом случае курс массажа продолжают до двенадцати процедур, не включая новых областей. Если головную боль не удалось устранить массажем области крестца, большого вертела, подвздошно-большеберцового тракта, широчайшей мышцы спины, треугольного пространства, то целесообразно постепенно включать следующие области воздействия: межлопаточное пространство, лопатки, трапециевидные мышцы, паравертебральные линии, область затылка и другие. Продолжительность курса массажа в среднем 15 процедур, время воздействия от двадцати до пятидесяти минут. Область межлопаточного пространства: исходное положение больного чаще сидя, но возможно лёжа на животе. Начиная с нижних углов лопаток до их остей проводят длинные движения от внутреннего края одной лопатки до другой в поперечном направлении. Длинные движения массажист выполняет, поочерёдно меняя руки, кончиками среднего и безымянного пальцев. В начале длинные движения выполняются поверхностно, глубина воздействия постепенно увеличивается от процедуры к процедуре. Обычно к массажу межлопаточного пространства приступают с десятой процедуры. Выше остей лопаток подниматься не следует во избежание возможных отрицательных реакций. Область лопаток: массаж

производится чаще в исходном положении больного сидя или лёжа на боку. Массажист стоит сзади от больного. Если у больного имеются сопутствующие заболевания сердца или желудка, то массируется вначале правая лопатка, а затем левая. При сопутствующих заболеваниях печени сначала массируется левая лопатка. Описание техники смотрите в главе 7.5 "соединительнотканый массаж области спины". Область валика трапецевидной мышцы: массаж данной области обычно производится в исходном положении больного лёжа на спине, при этом исходное положение массажиста сидя на табурете у головного конца массажного стола. Массажист работает одноимённой рукой. Голова больного опирается на ладонь свободной руки массажиста. Кисть работающей руки массажиста находится в положении супинации, а большой палец максимально отведён. Короткие движения в краниальном направлении выполняются вдоль валика трапецевидной мышцы от остистого отростка седьмого шейного позвонка до акромиального отростка лопатки. После повторения коротких движений 2-3 раза по этой же линии и в том же направлении проводятся длинные движения. Область паравертебральной линии: данная область массируется от остистого отростка седьмого шейного позвонка до основания затылочной кости. Исходное положение больного и массажиста те же. Массажист работает двумя руками одновременно. В исходном положении кончики средних и безымянных пальцев массажиста находятся у остистого отростка седьмого шейного позвонка, при этом тыльной поверхностью ногтевые фаланги обращены друг к другу. Большие пальцы расположены в надключичных ямках. Короткие движения направлены от остистых отростков шейных позвонков латерально. Длинные движения выполняются одновременно двумя руками из положения супинации по паравертебральным линиям на том же уровне. У большинства больных, страдающих головной болью, обусловленной преимущественно сосудистыми механизмами, данной областью массаж следует закончить. На курс лечения приходится 12-15 процедур, время массажного воздействия на последних процедурах 40-45 минут. При необходимости курс лечения можно повторить через 2 месяца. В тех случаях, когда головная боль обусловлена преимущественно напряжением мышц мягких покровов головы, шеи и плечевого пояса, в план массажа дополнительно включается область седьмого шейного позвонка и верхняя выйная линия. Область седьмого шейного позвонка: показанием для соединительнотканного массажа данной области являются выявленные при осмотре у больного, страдающего головной болью, набухания и уплотнения соединительной ткани вокруг седьмого шейного позвонка. Для их устранения применяются короткие движения, выполняемые по кругу (солнце) на границе уплотнённой и неизменённой соединительной ткани вокруг седьмого шейного позвонка. Постепенно в периоде лечения уплотнение уменьшается, что приносит больному большое облегчение: исчезает скованность, увеличивается объём движений в шейном отделе позвоночника и плечевом поясе, ликвидируется головная боль. Наш опыт показывает, что если больной по поводу синдрома головной боли получает курс лечения классическим массажем, то при наличии уплотнения вокруг седьмого шейного позвонка целесообразно в конце процедуры обработать данную область приёмом соединительнотканного массажа. В данном случае используется с большой пользой для больного локальное действие соединительнотканного массажа. Итак, сочетание классического массажа с соединительнотканым на ограниченных областях возможно и целесообразно при наличии ярко выраженных зон соединительной ткани. Область выйной линии: при локализации головной боли в затылочной области и наличии уплотнённой соединительной ткани в области затылочной кости рекомендуется массировать область верхней выйной линии. Массаж данной линии особенно эффективен при головной боли сосудистой этиологии. Массаж осуществляют в исходном положении больного сидя, при этом массажист занимает переднебоковое положение. Возможно массировать эту область в исходном положении больного лёжа на спине. В этом случае массажист сидит у головного конца массажного стола, работающая рука находится в положении супинации. Голова больного лежит на свободной руке массажиста. Короткие движения начинаются от затылочного бугорка, осуществляются до верхушки сосцевидного отростка височной кости, выполняются в краниальном направлении. Кончики пальцев массажиста не должны скользить по волосам больного. Затем выполняются длинные движения, с повторением 3-4 раза. В области верхушек сосцевидных отростков височной кости обычно уплотнение соединительной ткани резко выражено и

сопровождается болезненностью. Поэтому короткие движения следует выполнять медленно и достаточно глубоко, не скользя по тканям. Если головная боль не имеет чёткой локализации в области затылочной кости и рефлекторные изменения в соединительной ткани отсутствуют, то данную область из плана массажа можно исключить. В заключении процедуры по методике головной боли выполняются длинные движения с неоднократным повторением: вдоль подвздошно-большеберцового тракта с двух сторон, над гребнями подвздошных костей от среднеаксиллярных линий до середины симфиза, под нижним краем рёберных дуг от среднеаксиллярной линии до мечевидного отростка. Длинные движения предупреждают и устраняют нежелательные реакции при соединительнотканном массаже.

2. Методика соединительнотканного массажа при синдроме лицевой боли

соединительнотканый массаж является существенным дополнением в комплексном лечении синдрома лицевой боли. Лицевую боль разделяют на соматогенную и нейрогенную. Возникновение соматогенной лицевой боли связано с патологией височнонижнечелюстного сустава, заболеваниями зубочелюстного аппарата, кожи лица, органов зрения и слуха, а также носа и его придаточных пазух. К соматогенной лицевой боли относится также миогенная боль при поражении мимических, шейных и жевательных мышц. Такая боль часто возникает при перенапряжении названных мышц. Боли миогенного происхождения могут иррадиировать в область лба, глаза, уха и виска. Поражение жевательных мышц сопровождается рефлекторным ограничением движений нижней челюсти. Соединительнотканый массаж в лечении лицевой боли соматогенного происхождения применяют при стихании острых явлений, между курсами других физиотерапевтических процедур, с достаточно большой эффективностью. Кроме того, соединительнотканый массаж помогает достичь положительных результатов при параличе и парезе лицевого нерва, вегетативно-сосудистой и психогенной лицевой боли, а также при невралгии тройничного нерва. При невралгии тройничного нерва основное воздействие оказывают в каудальных областях (крестец, спина, лопатки, паравертебральные линии). При наличии кожной гиперестезии массаж лица и шеи противопоказан. Если гиперестезия кожи лица и шеи отсутствуют, то массаж возможен, но проводится с особой осторожностью, все массажные движения вначале выполняются на здоровой половине лица, а затем на больной. Следует признать, что эффективность массажа соединительной ткани при невралгии тройничного нерва ограничена. Обязательным условием его применения в области шеи и лица является начало процедуры массажа с отдалённых областей (крестец и другие), для профилактики отрицательных реакций. Застывшей схемы процедуры массажа соединительной ткани при лицевой боли не существует. Линии в области лица и шеи подбираются индивидуально в соответствии с симптоматикой, стадией болезни и наличием сопутствующих заболеваний. При осмотре больного часто выявляются соединительнотканые рефлекторные изменения в области воротниковой зоны, соответствующие уровню четвёртого шейного сегмента. При длительно протекающем заболевании, кроме того, присоединяются отдельные точкообразные уплотнения в области головы и шеи. На курс лечения проводят от двенадцати до пятнадцати процедур, время первых процедур 20-25, а последующих 45-60 минут. Повторные курсы возможны не ранее, чем через 2 месяца. Техника массажа при синдроме лицевой боли: в течение первых двух-трёх процедур массируются следующие симметричные области: линии крестца и таза, большой вертел бедренной кости, подвздошно-большеберцовый тракт. С третьей-четвёртой процедуры присоединяются: линии широчайшей мышцы спины и треугольного пространства. С четвёртой-пятой процедуры добавляются области: лопатка, трапецевидная мышца, паравертебральные линии. К массажу шеи и лица можно приступить с шестой-восьмой процедуры, при необходимости постепенно добавляя новые области: яремная ямка, грудинно-ключично-сосцевидная мышца, нижняя челюсть, скуловая кость, волосистая часть головы, надбровные дуги, висок и лоб. Область яремной ямки: данную область массируют в исходном положении больного сидя или лёжа на спине. Массаж проводится подушечкой согнутого в межфаланговых суставах среднего пальца,

помещённого в яремную ямку на 1 сантиметр выше рукоятки грудины. Подушечкой среднего пальца проводятся короткие движения сверху вниз к верхнему краю рукоятки грудины. Короткие движения выполняются двухфазно, то есть фасциальной техникой. Область латерального края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы: в исходном положении больного лёжа на спине массируется только латеральный край грудинно-ключично-сосцевидной мышцы на дальней от массажиста стороне шеи в исходном положении стоя сбоку от больного. Короткими движениями фасциальной техникой массируют от места прикрепления данной мышцы к ключице, вдоль её латерального края до верхушки сосцевидного отростка височной кости. Необходимо спрашивать больного, ощущает ли он резь. Если ощущается не резь, а давление, то возможны нежелательные реакции: нарушение глотания, чувство кома в горле. Такие же реакции при отсутствии рези возможны при массаже области яремной ямки. Чаще всего причиной отрицательных реакций является то, что массажист работает с излишним давлением. Устранить нежелательные реакции помогает повторение массажа данных областей безупречной техникой в медленном темпе. Если ощущения рези добиться не удалось, то процедура прекращается. Области яремной ямки и латерального края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы включаются в схему массажа при локализации боли в переднебоковой поверхности шеи, в области уха и других. Область нижнего края нижней челюсти: нижний край нижней челюсти массируют при параличе и парезе лицевого нерва, при заболеваниях зубочелюстного аппарата, височнонижнечелюстного сустава и других. Исходное положение больного лёжа на спине. Исходное положение массажиста сидя у головного конца массажного стола, кисть рабочей руки пронижена, средний и безымянный пальцы одноимённой руки помещены на 2-3 сантиметра ниже середины нижнего края нижней челюсти. Свободная рука ладонной поверхностью указательного пальца фиксирует кожу в области платизмы. Массажист с помощью фасциальной техники выполняет короткие движения от середины нижнего края нижней челюсти до основания уха с одной, затем с другой стороны. Длинные движения выполняются от середины нижнего края нижней челюсти до наружного слухового прохода, при этом свободная рука придерживает ткани, избегая их излишнего растяжения. Область скуловой кости и скуловой дуги: данная линия включается при заболеваниях лицевого нерва, зубочелюстного аппарата, уха, носа, тройничного нерва, при лицевых болях миогенного происхождения и других. При одностороннем патологическом процессе массаж выполняется вначале на здоровой стороне, а затем на больной. Исходное положение больного и массажиста те же. Одноимённой рукой, кончики среднего и безымянного пальцев которой помещают на 1-2 сантиметра ниже тела скуловой кости, массажист выполняет ряд коротких движений под ним и под скуловой дугой до наружного слухового прохода. По той же линии и в том же направлении выполняются длинные движения, обладающие выраженным расслабляющим эффектом. Длинные движения повторяются несколько раз. Область передней границы волосистой части головы: массаж данной линии показан при невралгии тройничного нерва, при локализации головной боли различной этиологии в лобной области и других. Массаж выполняется в исходном положении больного лёжа на спине, исходное положение массажиста сидя у головного конца массажного стола. От наружного слухового прохода вверх вдоль границы волосистой части головы проводятся длинные движения до верхнего края височной мышцы. Короткие движения вдоль данной линии отсутствуют. Затем от середины передней границы волосистой части головы до верхнего края височной мышцы выполняются короткие, а затем длинные движения с повторением 3-5 раз. Область надбровных дуг и виска: исходное положение больного лёжа на спине, исходное положение массажиста стоя сбоку от больного. От внутреннего конца брови до наружного, отступая от надбровной дуги на 1-2 сантиметра, проводят короткие движения. Длинные движения в области надбровных дуг отсутствуют. Короткие движения проводятся по направлению сверху вниз (к брови). Массаж в области надбровных дуг входит в схему лечения при невралгии верхней ветви тройничного нерва, парезе лицевого нерва, при иррадиации головной или лицевой боли в область глаза и других. К массажу надбровных дуг тесно примыкают линии в височной области, включаемые по мере необходимости. Направление движений от наружного угла глаза косо вверх до волосистой части головы. В височной области возможно осуществлять 3-4 полудлинные движения средним и безымянным пальцами одноимённой руки, при этом свободная рука

фиксирует мягкие ткани у наружного угла глаза. Область лба: показаниями к включению области лба в процедуру соединительнотканного массажа являются психогенные головные боли, сопровождающиеся бессонницей, раздражительностью, тревогой, страхом и другими. Массаж данной области иногда вводится как заключительная часть процедуры, после соединительнотканного массажа волосистой части головы, шеи или лица. Соединительнотканый массаж области лба, кроме того, возможно включать как отдельный элемент в процедуру классического или рефлекторно-сегментарного массажа при лечении невралгии или синдрома головной боли. Больные при выполнении массажа области лба отмечают приятные ощущения: лёгкости, свежести, бодрости, успокоения и так далее. Область лба массируется в исходном положении больного сидя или лёжа на спине. Массажист стоит позади сидящего больного или сидит у головного конца массажного стола. Ладонной поверхностью указательного пальца свободной руки фиксируются мягкие ткани на границе волосистой части головы в височной области. Средний и безымянный пальцы массирующей руки поставлены под углом 90 градусов к массируемой поверхности области лба и, не теряя контакта с тканями, выполняют длинные движения от виска к виску со сменой работающих рук. Длинные горизонтальные линии начинаются от передней границы волосистой части головы и заканчиваются у надбровных дуг. Необходимо добиваться при выполнении длинных движений в области лба острых режущих ощущений. Процедуру соединительнотканного массажа при методике лицевой боли заканчивают длинными движениями: вдоль подвздошно-большеберцового тракта в проксимальном направлении, над гребнем подвздошной кости, под нижним краем рёберных дуг.

3. Методика соединительнотканного массажа при остеохондрозе шейно-грудного отдела позвоночника с синдромом головной боли

одной из причин вертеброгенной головной боли является шейно-грудной остеохондроз. Нами было проведено исследование и лечение двадцати больных, страдающих шейным остеохондрозом с синдромом головной боли. Все больные были обследованы по общепринятым методикам неврологического обследования, а также всем до и после курса массажа проводилось электромиографическое обследование накожными электродами на аппарате медикор. После курса лечения соединительнотканым массажем выявилась тенденция к выравниванию электромиографических показателей, которые были нарушены. Десяти больным в условиях массажного кабинета для определения состояния вегетативной нервной системы на аппарате темп-1 была проделана электротермография до и после лечения соединительнотканым массажем в области проекции мышц верхних конечностей и плечевого пояса. При электротермографии выявилась асимметрия более чем на 1 градус до лечения в области проекции трицепса у шести, в области проекции большой грудной мышцы у пяти, а в области трапециевидной мышцы у четырёх больных. После курса лечения соединительнотканым массажем асимметрия, зафиксированная с помощью электротермометрии, уменьшилась. Кроме остеохондроза шейно-грудного отдела позвоночника с синдромом головной боли, у десяти больных имелись сопутствующие заболевания (например: ишемическая болезнь сердца, хронический холецистит, гипертоническая болезнь, хронический колит, варикозное расширение вен и другие). До пяти сопутствующих заболеваний имели 11, свыше пяти - 8 больных. Наличие сопутствующих заболеваний вносило некоторую коррекцию при выборе параметров соединительнотканного массажа. Поступившие на лечение соединительнотканым массажем больные преимущественно жаловались на головные боли, головокружение, усиливающиеся при движении в шейном отделе позвоночника, ощущение скованности в мышцах надплечий и верхних конечностей. Пальпаторно выявилась болезненность и напряжение в области передней и средней лестничных, грудинно-ключично-сосцевидной, трапециевидной, большой круглой мышцы и в области головки плеча (неврологическое и электромиографическое обследование проведено кандидатом меднаук Лернер Л.С.). Лечение предшествовал диагностический осмотр с целью выявления рефлекторных изменений в соединительной ткани - зон соединительной ткани. В группе наблюдаемых больных зона головы-2 была выражена

в тринадцати случаях, зона головы-3- в десяти, зона головы-1- в десяти, зона головы-4- в шести случаях. Зона печени определялась у шестнадцати больных, зона сердца-желудка у семнадцати. Зона плечевого пояса выявлена у тринадцати больных, кишечная зона n1- у семи, венно-лимфатическая- у шести, кишечная зона n2- у пяти, генитальная зона-2 обнаружена в пяти, артериальная зона ног в двух случаях, зона мочевого пузыря у двух больных, генитальная зона-1- у одной больной. Всего соединительнотканым массажем пролечено 19 женщин и 1 мужчина. По возрастному составу больных разделили на следующие группы: от тридцати до сорока лет- 3 человека, от сорока до пятидесяти лет- 3 человека, от пятидесяти до шестидесяти лет- 7 человек, от шестидесяти до семидесяти лет- 6 человек, старше семидесяти лет- 1 человек. Продолжительность процедуры массажа колебалась от сорока пяти до шестидесяти минут ежедневно. Среднее количество процедур на 1 курс составило 13. Наибольшая продолжительность курса 19 процедур была у больной п., 51 год, страдающей головными болями свыше семнадцати лет, по поводу которых она получала постоянно медикаменты и курсами физиотерапевтические процедуры, включая классический массаж, но без должного эффекта. Кроме головной боли у больной отмечалась зябкость стоп и бёдер, боли в области плечевого пояса и стойкое нарушение сна. В период лечения соединительнотканым массажем общее состояние больной улучшилось, нормализовался сон, уменьшилась головная боль и боли в конечностях. В ходе курса лечения были выявлены ряд отрицательных реакций, позволяющих уточнить противопоказания к соединительнотканному массажу. Ограничением к применению массажа соединительной ткани явилось отсутствие необходимого отдыха через 1-2 часа по условиям жизни и работы больных. Так, больная эс., 57 лет, воспитатель, через 2 часа после процедуры соединительнотканного массажа испытывала непреодолимую потребность ко сну, но по условиям работы не могла отдыхать. У больной после тринадцати процедур развилась общая слабость, на которую она жаловалась в течение месяца, однако головные боли уменьшились. Особенно хочется отметить состояние до и после лечения массажем больной м., 57 лет. До массажа больная жаловалась на боли в левой половине головы и в области затылка, ощущение тяжести и боли в плечевом поясе, невозможность долго находиться в положении сидя из-за ломящих болей в области спины, потемнение в глазах при изменении положения головы, снижение памяти, боль и скрип в шейном отделе позвоночника. Больная так описала своё состояние после курса соединительнотканного массажа: "почувствовала лёгкость в плечах, могу стоять стройно, исчезла гнетущая слабость со спины, боль в шейном отделе также исчезла. Головная боль резко уменьшилась. За период лечения потемнение в глазах ни разу не было. Через один-полтора часа после массажа чувствую усталость, хочу уснуть". В группе из двадцати больных положительный результат от лечения массажем соединительной ткани удалось достичь у семнадцати. Трём больным с большим числом сопутствующих заболеваний, с цереброваскулярной недостаточностью в стадии субкомпенсации, синдромом позвоночной артерии с частыми кризами, высокими цифрами артериального давления с частыми кризами массаж был прекращён на третьей, седьмой, девятой процедуре ввиду плохой переносимости. Например, больной т., 68 лет, поступил на лечение массажем с диагнозом остеохондроз шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, синдром позвоночной артерии с частыми кризами, цервикоартроз, хронический холецистит, хронический панкреатит с частыми обострениями, хроническая ишемическая болезнь сердца с приступами стенокардии средней частоты. Со слов больного, на второй и третьей процедуре при массаже в области шейных позвонков он ощутил головокружение и проваливание. Наличие большого количества тяжёлых сопутствующих заболеваний, а также возраст старше шестидесяти пяти лет, в дальнейшем отнесены нами к числу противопоказаний к соединительнотканному массажу при шейно-грудном остеохондрозе с синдромом головной боли. Следует также подчеркнуть, что врач должен направлять больного на соединительнотканый массаж лишь в стадии компенсации основного и сопутствующих заболеваний. Желательно, при данной патологии, чтобы предварительно врач информировал массажиста обо всех сопутствующих заболеваниях и о стадии основного. В этом случае массажист сможет подобрать оптимальную индивидуальную схему лечения с учётом наличия зон соединительной ткани, возраста, сопутствующих и стадии основного и сопутствующих заболеваний. На один курс массажа в среднем

приходится 15 процедур, повторный курс назначается с интервалом в 2 месяца. Техника массажа при остеохондрозе шейно-грудного отдела позвоночника с синдромом головной боли: в зависимости от тяжести основного заболевания, наличия сопутствующих, возраста больного и выраженности зон соединительной ткани подбираются следующие области воздействия соединительнотканью массажем: крестец, большой вертел бедренной кости. Эти линии массируются первые 5-6 процедур. Время воздействия 20-25 минут. На следующих двух-трёх процедурах добавляются: широчайшая мышца спины, треугольное пространство, межлопаточная область (не выше остей лопаток). Время воздействия 25-30 минут. Затем подключаются: лопатка, трапециевидная мышца, паравerteбральная линия, область седьмого шейного позвонка. С учётом основного и сопутствующих заболеваний большой категории больных новые линии подключать в дальнейшем нецелесообразно (например, при гипертонической болезни с частыми кризами). В данном случае курс массажа можно ограничить двенадцатью-пятнадцатью процедурами с максимальным временем воздействия на одной процедуре- 40 минут. При отсутствии противопоказаний и хорошей переносимости массажа больным, имеющим уплотнения соединительной ткани в области затылочной кости, задней поверхности шеи и сосцевидного отростка височной кости дополнительно к вышеперечисленным областям добавляются: задняя граница волосистой части головы, затылочная связка, верхняя выйная линия, швы черепа. При необходимости подключаются линии переднебоковой поверхности шеи и лица: латеральный край грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, скуловая кость и скуловая дуга, надбровные дуги. Область задней границы волосистой части головы и затылочной связки: при массаже данной области исходное положение больного лёжа на спине, исходное положение массажиста сидя у головного конца массажного стола. Возможно осуществлять соединительнотканью массаж в исходном положении больного сидя, в этом случае массажист занимает переднебоковое положение. При исходном положении больного лёжа, работающая рука в положении супинации. Голова больного наклонена в противоположную от массируемой сторону и опирается на ладонь свободной руки массажиста. Короткие движения от середины задней границы волосистой части головы выполняются снизу вверх в латеральном направлении, обходят снизу и спереди сосцевидный отросток. Длинные движения отсутствуют. В заключении средними пальцами обеих рук в поперечном направлении выполняется растяжение затылочной связки, которое повторяется 3-4 раза. При этом в исходном положении средние пальцы, расположенные по средней линии затылочной связки, согнуты в межфаланговых суставах, а ногтевые фаланги тылом обращены друг к другу. Выполняя растяжение затылочной связки, пальцы не должны скользить по тканям. Обычно при наличии уплотнённой соединительной ткани больной при выполнении движений вдоль задней границы волосистой части головы и при растягивании затылочной связки в поперечном направлении ощущает боль, которая теряет острый характер, спустя несколько процедур. После массажа данной области больной ощущает облегчение. Область швов черепа: обработка швов черепа включается при наличии болезненных уплотнений и при отсутствии подвижности соединительной ткани в области волосистой части головы. Массировать в области швов черепа необходимо средним и безымянным пальцами обеих рук одновременно. Короткие движения направлены поперёк швов черепа. Следует отметить, что имеются такие больные, которые не переносят массаж соединительной ткани на лице и волосистой части головы. В этом случае данные области не массируются, а всё время, выделенное для процедуры (40-45 минут), используется для обработки областей, расположенных каудально. В заключение проводятся длинные движения вдоль подвздошно-большеберцового тракта, над гребнями таза и под нижним краем рёберной дуги. При хорошей переносимости проводится обработка лба (длинные движения от виска к виску со сменой рук). Вопросы для самоконтроля: 1. Каковы показания и противопоказания к применению массажа соединительной ткани при синдроме головной боли? 2. Укажите рефлекторные изменения соединительной ткани, определяемые при диагностическом осмотре больных с синдромом головной боли. 3. Составьте и выполните план массажа при синдроме головной боли на первой, седьмой и двенадцатой процедурах. 4. Как устранить возможные отрицательные реакции при лечении синдрома головной боли? 5. Каковы показания и противопоказания к массажу соединительной ткани при синдроме лицевой боли? 6. Составьте и выполните план

массажа при синдроме лицевой боли на пятой и пятнадцатой процедурах. 7. Какие отрицательные реакции возможны при лечении шейно-грудного остеохондроза с синдромом головной боли? Укажите способы их устранения. 8. Что является противопоказанием для назначения массажа соединительной ткани при шейно-грудном остеохондрозе с синдромом головной боли?

4. Методика соединительнотканного массажа при некоторых заболеваниях глаз и синдромах зрительных нарушений

С тысяча девятьсот восемьдесят седьмого года нами проводится работа по выявлению возможностей соединительнотканного массажа при глазных заболеваниях, сопровождающихся нарушением кровоснабжения глаз с последующей частичной атрофией зрительных нервов, пигментной дегенерацией сетчатки и миопией. В доступной нам литературе данных о подобных исследованиях мы не встречали. Для исследования была отобрана группа больных из числа студентов кисловодского медицинского училища №2, специализированного по подготовке массажистов из числа инвалидов по зрению первой-второй группы. Все больные были обследованы до и после курса соединительнотканного массажа (обследование выполнялось окулистом Говорухиной и.а.). По общепринятым методикам (острота зрения, поле зрения, глазное дно и другие). Больных глаукомой для лечения массажем соединительной ткани в исследуемую группу не включали. Применение массажа в лечении больных с частичной атрофией зрительного нерва, пигментной дегенерацией сетчатки и миопией было продиктовано тем, что определённая группа студентов-инвалидов, не владеющая системой брайля для чтения и письма, пользовалась плоскопечатным шрифтом. За время напряжённой учёбы в училище в течение двух с половиной лет, несмотря на курсы медикаментозной терапии, у них отмечено прогрессирование заболевания глаз. При обследовании выявлено, что у многих больных нарушениям зрения сопутствуют некоторые заболевания и синдромы: головные боли, лицевая боль, хронический ринит, шейный остеохондроз и другие. В соответствии с обнаруженными сопутствующими заболеваниями и синдромами в план соединительнотканного массажа вносились дополнительные линии, направленные на их устранение. Осмотр и пальпация покровных тканей у данной группы больных позволили выявить уплотнения соединительной ткани во всех зонах головы, особенно в межлобчаточной, в виде бугристости, а также в области шеи и задней границы волосистой части головы, где уплотнение соединительной ткани напоминало тяж. Кроме того, припухлости и болезненные точки определялись в области лба, переносицы, надбровных дуг, висков, волосистой части головы. Во второй половине курса массажа эти болезненные точки и припухлости, как правило, исчезали или уменьшались в размерах и количественно. Лечение соединительнотканным массажем проводилось тридцати больным с целью нормализации вегетативного тонуса, ликвидации спазма сосудов, снабжающих кровью орган зрения, торможения прогрессирования глазного заболевания. В период лечения больные отмечали улучшение общего состояния, более быстрое усвоение учебного материала, повышение памяти, внимания, уменьшение или исчезновение головных болей, нормализацию сна - исчезновение сонливости днём, быстрое засыпание и спокойный сон ночью. Со стороны основного заболевания удалось достичь положительных результатов: незначительно улучшить остроту зрения, расширить поля зрения, уменьшить спазм сосудов глазного дна. За время лечения массажем соединительной ткани по наблюдению окулиста в исследуемой группе больных прогрессирование патологического процесса не наблюдалось. Следует отметить, что массаж соединительной ткани нужно проводить на фоне рационального питания, которое должно быть разнообразным с большим количеством витаминов. По нашим наблюдениям сочетание массажа соединительной ткани с лечением голодом или использование односторонней диеты (питание только углеводами или только белками и так далее) вызывает резкую слабость, что заставило больных отказаться от данной диеты, перейти на рациональное питание, а массажиста снизить дозировку: уменьшить время процедуры, сократить массируемые линии, увеличить интервал между процедурами до трёх дней. Данные меры проводились до улучшения общего состояния и исчезновения жалоб на слабость. Неблагоприятно сказались на лечении туристические походы и интенсивные занятия в спортивных секциях, которые совпали

с курсом массажа соединительной ткани. Ещё раз подтвердилось положение о неблагоприятном сочетании данного вида массажа с большими физическими нагрузками. На первом курсе лечения больные получали от восемнадцати до тридцати процедур, которые проводились ежедневно или 3-4 раза в неделю. Курсы повторялись 2-3 раза в год. Следует учесть, что соединительнотканый массаж может быть с успехом применён при вторичных зрительных нарушениях, сопровождающих вертеброгенные заболевания. При этом больные жалуются на туман перед глазами, ощущение песка, боль в глазах. Иногда имеются также головокружения, шум в ушах, головная боль. План массажа у данной группы больных до области трапециевидной мышцы совпадает с планом лечения массажем первичных глазных заболеваний. Далее вторичные зрительные нарушения при вертеброгенных заболеваниях лечатся с особой осторожностью, так как быстрое включение в план массажа линий на голове и шее может вызвать отрицательные реакции в виде головокружения и тошноты. Положительные результаты возможно получить при курсе соединительнотканного массажа, состоящего из пятнадцати-двадцати процедур продолжительностью до тридцати-сорока минут, не включающем в план лечения области головы и шеи. Техника массажа соединительной ткани при заболеваниях глаз и синдромах зрительных нарушений: на первых трёх-четырёх процедурах в исходном положении больного сидя или лёжа, массажу подвергаются следующие области: крестцово-подвздошные сочленения и крестец, гребень подвздошной кости, широчайшая мышца спины. На последующих процедурах, план лечения расширяется добавлением области боковой поверхности грудной клетки и спины: треугольное пространство, лопатки, трапециевидные мышцы, паравертебральные линии в шейном отделе позвоночника. Воздействия на реактивные точки в области плечевого пояса с успехом могут быть включены в план массажа при частичной атрофии зрительных нервов и пигментной дегенерации сетчатки. В дальнейшем массируется: задняя граница волосистой части головы, растягивание затылочной связки, верхняя выйная линия, латеральный край грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. При сочетании зрительных и слуховых нарушений массажу подлежат области нижнего края нижней челюсти, скуловые дуги и скуловые кости. После чего включаются следующие анатомические области: швы черепа, височные линии, переносица, надбровные дуги, передняя граница волосистой части головы, лоб. Процедура соединительнотканного массажа заканчивается длинными движениями по вентральной поверхности тела и вдоль подвздошно-большеберцового тракта. Воздействия на реактивные точки области плечевого пояса: воздействием на реактивные точки плечевого пояса достигается повышение васкуляризации органа зрения, головного мозга, а также воротниковой зоны и верхних конечностей. Первая реактивная точка расположена в области подключичной ямки на 3-4 сантиметра ниже середины ключицы. Воздействие осуществляется средним и безымянным пальцами, помещёнными глубоко в мягкие ткани подключичной ямки, оно направлено к середине ключицы и осуществляется в быстром темпе фасциальной техникой соединительнотканного массажа. Свободная рука массажиста фиксирует мягкие ткани на 1-2 сантиметра ниже места проекции первой реактивной точки. Движение повторяется 2-4 раза на каждой из симметричных точек. Вторая реактивная точка расположена в углу между акромиальным концом ключицы и клювовидным отростком лопатки. Воздействие осуществляется средним и безымянным пальцами массажиста в латеральном направлении. На каждую симметричную точку воздействуют 2-4 раза, при этом больной ощущает острую колющую боль. На реактивные точки плечевого пояса воздействуют в исходном положении больного сидя или лёжа, массажист стоит позади больного или сидит у головного конца массажного стола. Вопросы для самоконтроля: 1. Какие заболевания глаз возможно лечить массажем соединительной ткани? 2. В каких областях определяются рефлекторные изменения при болезнях глаз? 3. Как влияют факторы питания и усиленной физической нагрузки на ход лечения, каким путём можно снизить нагрузку в процедуре массажа? Контрольные задания: 1. Составьте план и выполните первую и десятую процедуры массажа соединительной ткани при болезнях глаз и синдроме зрительных нарушений вертеброгенного происхождения. 2. Выполните воздействие на первую и вторую реактивные точки области плечевого пояса.

5. Методика соединительнотканного массажа при ринитах

с помощью соединительнотканного массажа, систематически проводимого за 1-2 месяца до цветения растений, можно облегчить состояние больного при поллинозах. Если, несмотря на профилактически проведённый курс массажа соединительной ткани, всё же появилась заложенность носа или начался аллергический насморк, то отступая от общего правила, рекомендуется массаж начать не с крестца, а с области лица в первые же дни и часы появления насморка. Но с области лица начинать массаж в начале обострения ринита можно только при отсутствии у больного серьёзных сопутствующих заболеваний. В результате возникшей гиперемии в ближайшие часы после массажа насморк резко усиливается, но через несколько часов прекращается совсем. При вазомоторном рините соединительнотканый массаж ликвидирует заложенность носа. В лечении воспаления придаточных пазух носа соединительнотканый массаж возможен вне обострения и только по разрешению врача оториноларинголога во избежание обострения патологического процесса. Гнойное воспаление - это противопоказание для массажа соединительной ткани. При осмотре больного, страдающего аллергическим или вазомоторным ринитом, обращает на себя внимание изменение соединительной ткани в области плечевого пояса и между лопатками. Болезненные участки имеются в области второго грудного сегмента. Особенно эффективен массаж следующих областей: межлопаточной, скуловой кости и надбровных дуг. При отсутствии у больного большого количества сопутствующих заболеваний линии плечевого пояса подключаются со второй-третьей процедуры, а область шеи, головы и лица - с третьей-четвёртой. Подобная схема массажа возможна при лечении ринита вне обострения. Если курс массажа назначен в первые дни и часы обострения, то, как выше указано, массаж начинают с области лица на первой процедуре. Массаж соединительной ткани, выполняемый вне обострения ринита, проводится не менее четырёх раз в неделю, 12-15 процедур на курс. Время одной процедуры от двадцати-двадцати пяти минут в начале курса, до сорока пяти в конце. Если массаж выполняется в первые часы обострения ринита, то для массажа лица (надбровные дуги, скуловые кости и переносица) достаточно пятнадцати минут. Курсы массажа периодически повторяются. Техника массажа соединительной ткани при ринитах: массаж соединительной ткани начинают в исходном положении больного сидя, с симметричных областей по следующему плану: крестцово-тазовая область, широчайшая мышца спины, треугольное пространство, лопатка, межлопаточная область (при заболеваниях верхних дыхательных путей массажу данной области придают большое значение), трапециевидная мышца, дельтовидная область, подмышечная впадина (её передний и задний край), паравертебральная линия в области шейных позвонков, верхняя выйная линия, латеральный край грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, скуловая область, надбровные дуги, область носа. В заключение выполняются длинные движения под нижним краем рёберной дуги от среднеаксиллярной линии до мечевидного отростка с неоднократным повторением. Область дельтовидной мышцы: исходное положение больного сидя на стуле, рука лежит на массажном столе. Исходное положение массажиста стоя спереди от больного. Одноимённой рукой выполняются короткие движения по заднему краю дельтовидной мышцы от места её начала на лопатке до места прикрепления в области плечевой кости. Длинные движения выполняются из тех же исходных положений по той же линии, в том же направлении обратным ходом разноимённой руки массажиста. В месте прикрепления дельтовидной мышцы на плечевой кости необходимо массировать очень осторожно, так как может появиться ощущение распирания и тяжести в области массируемой верхней конечности. Область передней поверхности подмышечной впадины: исходное положение больного и массажиста те же. Одноимённой рукой выполняются короткие движения по дуге вдоль латерального края большой грудной мышцы, по медиальному краю двуглавой мышцы плеча. При большой подвижности тканей массажист фиксирует их свободной рукой. Направление коротких движений сверху вниз. В том же направлении выполняются длинные движения. Область задней поверхности подмышечной впадины: исходное положение больного сидя, исходное положение массажиста стоя позади больного. Короткие движения выполняются по дуге разноимённой рукой вдоль латерального края широчайшей мышцы спины, по большой круглой к трёхглавой мышце плеча. Подвижные ткани также фиксируются свободной рукой массажиста. Длинные движения по данной линии выполняются с неоднократным повторением. Область носа: исходное положение больного сидя на массажном кресле, голова на подголовнике. Возможно

выполнение массажа в исходном положении больного лёжа на спине. Исходное положение массажиста стоя позади сидящего больного или сидя у головного конца массажного стола. Короткие движения можно выполнять одной или одновременно двумя руками. Направление коротких движений от спинки косо вниз до основания носа. Уровень воздействия: от переносицы до крыльев носа. Затем, зафиксировав свои руки тенарами в височных областях, массажист подушечкой среднего пальца выполняет короткие движения через переносицу от одного внутреннего угла глаза до другого с поочерёдной сменой работающих рук. Массаж в области переносицы требует внимания, определённой осторожности и обязательной фиксации работающих рук в височных областях. Ощущения рези в области носа вызываются с трудом, они тем ярче, чем резче выражены рефлекторные изменения в соединительной ткани. В заключение массажа в области носа подушечкой среднего пальца от переносицы веерообразно снизу вверх выполняются короткие штрихи. При этом работающая рука массажиста находится в положении пронации.

6. Методика соединительнотканного массажа при бронхиальной астме

массаж соединительной ткани при своевременном применении может стать существенным звеном в комплексном лечении больных бронхиальной астмой, как взрослых, так и детей. С помощью соединительнотканного массажа можно добиться урежения приступов и уменьшения их тяжести, увеличения экскурсии грудной клетки и подвижности диафрагмы. Основное применение соединительнотканного массажа при бронхиальной астме - это внеприступный период с целью его удлинения. На первом этапе развития бронхиальной астмы, когда имеется приобретённая или врождённая склонность к реакциям аллергии и гиперактивности бронхов у практически здоровых людей, наряду с мероприятиями по устранению контактов с возможными этиологическими факторами аллергического и другого характера, в план первичной профилактики этого заболевания полезно включать массаж соединительной ткани. На втором этапе развития бронхиальной астмы, характеризующемся состоянием предастмы без выраженных приступов удушья, соединительнотканый массаж также может быть полезен. Массаж соединительной ткани используется при астматических бронхитах с явлениями бронхоспазма при инфекционно зависимом варианте предастмы, а также при атоническом её варианте, когда симптомы дыхательного дискомфорта сочетаются с внелёгочными признаками аллергии. В последнем случае, если аллергия возникла как ответная реакция на цветение растений или на запах бытовых химических веществ и сопровождается насморком, соединительнотканый массаж можно включать по методике, описанной при рините вне обострения. Существенную помощь в лечении бронхиальной астмы может оказать соединительнотканый массаж на третьем этапе её развития, когда имеются чётко выраженные периодически повторяющиеся приступы удушья. Но следует отметить, что массаж соединительной ткани абсолютно противопоказан при астматических состояниях. На четвёртом этапе развития бронхиальной астмы, который наступает лишь при прогрессирующем течении болезни и сопровождается её осложнениями в виде эмфиземы лёгких, обструктивного бронхита и хронического лёгочного сердца, возможности массажа ограничены тяжёлым состоянием больных. Тем не менее, во внеприступном периоде болезни при наличии эмфиземы лёгких или обструктивного бронхита массаж соединительной ткани применить можно, подходя строго индивидуально к дозировке и оценке общего состояния больного. Диагностический осмотр и большая часть лечения проводится в исходном положении больного сидя. У взрослых больных обращают на себя внимание бочкообразная малоподвижная грудная клетка, высоко поднятые плечи, втяжения в надключичных ямках, повышенный тонус дельтовидной мышцы, втянутые межреберья и затруднённое брюшное дыхание. Рефлекторные изменения соединительной ткани в основном выражены на дорсальной и вентральной поверхностях грудной клетки на уровне второго-восьмого грудных и третьего-четвёртого шейных сегментов, а также в области живота и плечевого пояса. Максимальные изменения соединительной ткани находятся между лопатками в зоне третьего грудного сегмента, а также между позвоночником и двенадцатым ребром - это так называемый угол дыхания. Кроме того, имеются рефлекторные изменения соединительной ткани по краям лопаток, слева и

справа от позвоночника, на затылке, в области седьмого шейного позвонка, по ходу нижнего края рёберной дуги. Выраженные соединительнотканые изменения можно обнаружить в области грудины, особенно в месте соединения тела грудины с её рукояткой и в местах прикрепления рёбер к груди. При пальпации данные участки болезненны. Часто имеются соединительнотканые изменения над рукояткой грудины, в надключичной области, в местах сочленения ключицы с грудиной, а также в углу между ключицей и латеральным краем грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Набухание соединительной ткани можно обнаружить также вдоль гребня таза и в области передней верхней ости подвздошной кости. У детей соединительнотканые изменения больше выражены в каудальных частях тела: под рёберными дугами, в области живота и таза. Иногда при осмотре и пальпации области живота можно обнаружить втяжения поперёк живота, что объясняется спазмом диафрагмы и получило название диафрагмальное кольцо. При обнаружении диафрагмального кольца верхняя часть живота очень чувствительна, а область грудинно-рёберного угла не подлежит воздействию соединительнотканым массажем. Техника соединительнотканного массажа при бронхиальной астме у взрослых и детей: соединительнотканый массаж у взрослых и детей начинают с области крестца в исходном положении больного сидя. Массируя симметрично, в области крестца короткими движениями обрабатывается: от верхушки, вдоль крестцово-подвздошных сочленений до основания крестца, вся площадь крестца, основание крестца, от задней верхней ости, вдоль гребня до передней верхней ости подвздошной кости. Длинные движения используют, массируя: основание крестца, от его латерального угла до пятого поясничного позвонка, от латерального края основания крестца, вдоль гребня подвздошной кости до среднеаксиллярной линии, а затем до латерального края прямой мышцы живота на уровне пупка. Длинные движения многократно повторяются. На массаж данной области тратится 20 минут. Взрослым больным ограничиваются массажем области крестца в течение двух процедур, а детям до четырёх-пяти процедур. С третьей процедуры добавляют следующие области: латеральный край широчайшей мышцы спины, треугольное пространство. На перечисленных областях выполняются только короткие движения. Затем подключаются волнообразные движения: над широчайшей мышцей спины, над крестцово-остистой мышцей, суммированное волнообразное движение. Техника массажа данных областей описана в разделе "волнообразные движения". В заключение процедуры выполняются с многократным повторением длинные поверхностные движения от переднеаксиллярной линии по шестому-седьмому межреберьям до нижнего угла лопатки, дальше вверх до седьмого шейного позвонка. После чего обрабатывается короткими движениями угол между позвоночником и двенадцатым ребром (угол дыхания). Направление коротких движений веерообразное к месту прикрепления двенадцатого ребра к позвоночнику. На следующих процедурах соединительнотканного массажа, когда вводятся дополнительные области, после обработки угла дыхания, следует небольшая пауза. Обычно после обработки угла дыхания состояние больного улучшается, исчезает затруднённое дыхание. С пятой-шестой процедуры дополнительно включаются линии в области живота в исходном положении лёжа на спине. Короткими движениями массируется латеральный край прямой мышцы живота, от среднеаксиллярной линии до середины симфиза и до мечевидного отростка грудины. При нарушенном брюшном дыхании особенно эффективны длинные поверхностные движения поперёк живота со сменой массирующих рук от симфиза до передних верхних остей подвздошных костей. После чего следуют длинные движения обеими руками от средней аксиллярной линии до мечевидного отростка, а затем до симфиза, кроме того, длинные движения вдоль подвздошно-большеберцового тракта снизу вверх. Все длинные движения проводятся в медленном темпе и повторяются 4-5 раз. Длинные движения под нижним краем грудной клетки следует выполнять поверхностно и осторожно. До мечевидного отростка грудины можно массировать длинными движениями лишь при прекращении приступов бронхиальной астмы, а до этого момента движение прекращают за 10-12 сантиметров до мечевидного отростка. Детям, страдающим бронхиальной астмой, перечисленные области массируются до десяти-двадцати процедур, а выше расположенные участки в план соединительнотканного массажа не включают. Взрослым больным с седьмой-восьмой процедуры можно добавить в план соединительнотканного массажа лопатку и межлопаточную области. При прекращении приступов бронхиальной астмы, улучшении

брюшного дыхания и общего состояния больного, можно дополнительно массировать вентральную поверхность грудной клетки с девятой-десятой процедуры. С одиннадцатой-двенадцатой процедуры выполняются веерообразные короткие движения между ключицей и грудинно-ключично-сосцевидной мышцей с последующим растягиванием двумя средними пальцами в латеральном направлении межключичной связки. Обычно к десятой-двенадцатой процедуре соединительнотканного массажа исчезают не только приступы удушья и улучшается общее состояние больных, но и ликвидируются такие явления как повышение тонуса мышц плечевого пояса, втяжение в области надключичной ямки и другие. Если напряжение мышц плечевого пояса всё же сохраняется, то необходимо короткими и длинными движениями промассировать переднюю и заднюю поверхность подмышечной впадины и дельтовидную область. Иногда во второй половине курса соединительнотканного массажа остаётся необходимость в массаже области задней поверхности шеи, затылка, часто лица (скуловой области и носа), верхней выйной линии и задней границы волосистой части головы. На соединительнотканый массаж области лица особенно хорошо реагируют дети, страдающие бронхиальной астмой, так как у многих из них отмечается затруднение носового дыхания. В этом случае целесообразно массировать области носа и скуловую область. В современной классификации бронхиальной астмы выделяют отдельно тот её вариант, в основе патогенеза которого заложены нервно-психические механизмы. Сюда относится бронхиальная астма при органических поражениях нервной системы и функциональных нервно-психических нарушениях. При нервно-психических механизмах бронхиальной астмы рекомендуется включение в план соединительнотканного массажа области шеи, волосистой части головы, лица и обязательно области лба, массаж которой вызывает седативный эффект. Ещё раз следует подчеркнуть, что застывшей схемы лечения в соединительнотканном массаже не существует. Выбор областей воздействия осуществляется строго индивидуально. К концу курса массажа на одну процедуру расходуется 50-60 минут времени с обязательным последующим отдыхом больного в течение часа. Тяжёлым больным рекомендуется отдыхать сидя. В течение одной процедуры неоднократно нужно проводить длинные движения по ходу подвздошно-большеберцового тракта, под рёберными дугами, от среднеаксиллярной линии до седьмого шейного позвонка и по большой грудной мышце. Такими же длинными движениями процедура соединительнотканного массажа заканчивается. На один курс массажа рекомендуется 15 и более процедур, с обязательными профилактическими курсами весной и осенью. При внимательном и индивидуальном подходе к больному бронхиальной астмой массажем соединительной ткани можно достичь стойких положительных результатов.

Межлопаточная область: начиная от нижних углов и до остей лопаток попеременно межлопаточной области со сменой рук выполняются длинные поверхностные движения от одной лопатки до другой. Длинные движения, как обычно осуществляются кончиками среднего и безымянного пальцев, а больной при массаже должен ощущать резь или царапанье ногтем. Если вместо рези больной ощущает тупое давление, то в течение нескольких процедур данную область массировать нельзя, процедуру следует заканчивать массажем области живота. Если при отсутствии рези продолжать массировать межлопаточную область, то приступы бронхиальной астмы могут возобновиться. Область грудины: в области грудины выполняются короткие движения в краниальном направлении от мечевидного отростка до яремной вырезки рукоятки. В местах прикрепления рёбер к грудиने выполняются короткие движения двумя средними пальцами. В исходном положении кончики пальцев направлены друг к другу, растяжение соединительной ткани производят во взаимно противоположном направлении. Длинные движения проводятся по средней линии грудины от мечевидного отростка до яремной ямки. Эти движения могут служить продолжением длинного движения, выполняемого от среднеаксиллярных линий под нижними краями грудной клетки до мечевидного отростка двумя руками одновременно. В заключении соединительнотканного массажа области грудины проводятся длинные движения от грудины по большой грудной мышце вверх к плечевому суставу и длинное движение в том же направлении над ключицей. Вопросы для самоконтроля: 1. В чём особенность массажа при остром насморке? 2. Показания и противопоказания к массажу при заболеваниях органов дыхания. 3. Какое исходное положение больного предпочтительно при заболеваниях органов дыхания? 4. Где можно обнаружить

рефлекторные изменения при бронхиальной астме? Когда обнаруживается диафрагмальное кольцо? 5. Какую область называют углом дыхания? Контрольные задания: 1. Выполните массаж в первые часы от начала острого ринита. 2. Проведите массаж следующих областей, включаемых в план массажа при рините: дельтовидной мышцы, передней и задней поверхности подмышечной впадины, носа. 3. Составьте и выполните план массажа при бронхиальной астме во внеприступном периоде. 4. Выполните массаж следующих областей: межлопаточной, грудины и мест прикрепления к ней рёбер.

7. Методика соединительнотканного массажа при заболеваниях сердца

показания к соединительнотканному массажу указаны выше (глава "показания и противопоказания"). Следует подчеркнуть, что острые воспалительные заболевания сердца (острый миокардит, эндокардит и другие) являются противопоказанием к массажу соединительной ткани. Массаж применяется лишь при улучшении общего состояния больного, стихании острых явлений и наступлении компенсации. При декомпенсации больным, страдающим пороками сердца или миокардиосклерозом, массаж соединительной ткани не показан. Эффективность лечения тем выше, чем больше функциональных изменений имеются у больного. Следует иметь в виду, что наряду с органическими поражениями сердца, всегда имеются и функциональные, устранение которых с помощью массажа соединительной ткани приносит облегчение. При осмотре больных с заболеваниями сердца, рефлекторно изменённые зоны соединительной ткани выражены в левой половине грудной клетки, шеи и левой руке на уровне сегментов c3-th9. Особенно выражены зоны соединительной ткани между внутренним краем левой лопатки и позвоночником в сегментах th2-9, по латеральному краю грудной клетки в сегментах th5-6, по нижнему краю грудной клетки в сегментах th8-9, под остью левой лопатки - th2, по боковой поверхности шеи - c3, в местах прикрепления рёбер к груди - th2-6, по среднеключичной линии - th2, th7, th8. Кроме того, рефлекторные изменения в соединительной ткани можно обнаружить по внутренней поверхности верхней конечности в сегментах c8, th1-2, а также в области яремной ямки. Максимальные точки боли находятся в области th2-3 в межлопаточной области, под остью лопатки th2, а также вентрально в местах прикрепления второго и пятого рёбер и в области верхушки сердца. Лечение обычно проводится в исходном положении больного сидя, лишь тяжёлые больные на первых процедурах получают массаж лёжа на правом боку. При улучшении состояния дальнейшее лечение проводится в исходном положении сидя. После процедуры массажа обязателен тридцатиминутный отдых. При заболеваниях сердца особенно важна осторожная дозировка. При органических поражениях сердца в краниальном направлении продвигаются очень медленно. По мере добавления в массаж новых областей удлиняется время процедуры - с тридцати минут до часа. Курс лечения составляет 15-18 процедур. В первую неделю лечения соединительнотканном массажем процедуры проводятся ежедневно, затем 3 раза в неделю, последние процедуры являются поддерживающими и выполняются 1-2 раза в неделю. В порядке исключения начинающийся острый приступ стенокардии возможно ликвидировать с помощью массажа соединительной ткани, массируя следующие области: широчайшая мышца спины справа, боковая поверхность грудной клетки справа, внутренний край лопатки слева, под остью левой лопатки. Техника массажа соединительной ткани при заболеваниях сердца: длительное время массируют все линии в области крестца и таза: от верхушки, вдоль крестцово-подвздошных сочленений до основания крестца, площадь крестца, основание крестца, длинные движения от пятого поясничного позвонка до латерального края прямой мышцы живота. В заключение выполняются длинные движения под нижним краем грудной клетки слева. По данному плану массируют больного стенокардией первые 4-6 процедур. При последствиях инфаркта миокарда или при стенокардии, обусловленной тяжёлым атеросклерозом коронарных артерий, данный план массажа соединительной ткани сохраняют в течение восьми-десяти процедур, затрачивая на него 15-20 минут ежедневно. По мере стихания болей в области сердца и грудной клетки план массажа расширяется. При выраженных болях максимальные болевые точки массировать нельзя. С четвёртой процедуры подключают

длинное движение над ключицей справа в латеральном направлении. Постепенно в области большой грудной мышцы справа вводятся длинные движения по диагонали от грудины к плечевому суставу и под правой ключицей, слева проводится лишь длинное движение под и над ключицей. С девятой процедуры короткими движениями заполняется угол между гребнем подвздошной кости и позвоночником. С восьмой-десятой процедуры выполняют короткие движения над нижним краем грудной клетки от среднеаксиллярной линии до мечевидного отростка с левой и правой стороны, заканчивающиеся длинными движениями под нижним краем грудной клетки в том же направлении. Затем следует длинное движение с левой стороны грудной клетки: от передней аксиллярной линии в шестом-седьмом межреберье в дорсальном направлении до нижнего угла левой лопатки, затем вверх между левой лопаткой и позвоночником до седьмого шейного позвонка. Описанные выше 2 длинных движения рекомендуется в течение процедуры массажа периодически включать в план лечения для профилактики отрицательных реакций (появления болей в области сердца). Если вследствие слишком быстрого продвижения в краниальном направлении, что является нарушением правильной дозировки, возникнут отрицательные реакции, то они могут быть быстро ликвидированы многократным повторением длинных движений под нижним краем грудной клетки от передней аксиллярной линии к седьмому шейному позвонку. Эти же длинные движения завершают каждую процедуру массажа соединительной ткани при заболеваниях сердца. После шестой-десятой или двенадцатой процедуры, в зависимости от самочувствия больного, уменьшения болей, переносимости процедур соединительнотканного массажа и степени ликвидации рефлекторных изменений в зоне сердца, план массажа можно расширить. Добавляются следующие области: широчайшая мышца спины (её латеральный край), треугольное пространство, волнообразные движения, межлопаточное пространство. По данному плану массажист работает до двенадцати-пятнадцати процедур, заканчивая массаж длинными движениями под нижним краем грудной клетки, от передней аксиллярной линии к седьмому шейному позвонку, длинными движениями под и над ключицей, в области большой грудной мышцы справа. После двенадцатой-пятнадцатой процедуры можно массировать: область левой лопатки, область грудины и мест прикрепления к ней рёбер, межрёберные промежутки с вентральной стороны, вентральную и дорсальную поверхность подмышечной впадины слева, область яремной ямки. Область межрёберных промежутков с вентральной стороны грудной клетки: межрёберные промежутки с шестого по девятый массируются длинными движениями от среднеаксиллярной линии в сторону грудины, начиная с нижнего края рёберной дуги. Все длинные движения параллельны друг другу. Исходное положение больного сидя, а массажист работает стоя спереди от больного. Область яремной ямки: массаж данной области требует от массажиста особой осторожности, необходимо вызывать у больного острые режущие ощущения. Появление ощущения тупого давления недопустимо. Массажист работает кончиком среднего пальца, выполняя короткие движения сверху вниз к рукоятке грудины. Иногда появляется необходимость в массаже короткими движениями угла между верхним краем левой ключицы и латеральным краем грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Массаж данной области заканчивается растяжениями двумя средними пальцами в латеральном направлении межключичной и передней грудинно-ключичной связок. Вопросы для самоконтроля: 1. Что является показанием и противопоказанием к массажу соединительной ткани при заболеваниях сердца? 2. Где можно обнаружить рефлекторные изменения при диагностическом осмотре? 3. Как можно купировать начинающийся острый приступ стенокардии? 4. Каков план массажа соединительной ткани при заболеваниях сердца? Контрольные задания: 1. Выполните массаж при начинающемся остром приступе стенокардии. 2. Произведите массаж области яремной ямки и межрёберных промежутков с вентральной стороны.

8. Методика соединительнотканного массажа при диабетической ангиопатии нижних конечностей и диабетической стопе

диабетическая ангиопатия - это генерализованное поражение кровеносных сосудов, свойственное сахарному диабету. По данным комитета экспертов ВОЗ по сахарному диабету, диабетические ангиопатии часто приводят к инвалидности и смерти больного, а гангрена нижних конечностей встречается в 20-30 раз чаще, чем среди

населения в целом. Причиной нетравматической ампутации стопы в пятидесяти процентах случаев являются диабетические ангиопатии. Подробно описавший диабетические ангиопатии ефимов а.с. Указывает, что в стенках бедренной, подколенной артерий, а также в артериях голени, реже в межмышечных артериях и коллатералях развивается процесс обызвествления (медиокальциноз), а в микрососудах исчезают клетки перicytes, утолщаются базальные мембраны, пролиферирует эндотелий. При этом стенка сосуда становится ригидной, утрачивается способность к расслаблению, возникает препятствие к дальнейшему развитию коллатерального кровообращения. Кровоток в обызвествленных сосудах сохраняется до присоединения тромбоза, поэтому даже при развитии гангрены иногда сохраняется пульсация на тыльной артерии стопы. У большинства больных сахарным диабетом имеется сочетанное поражение артерий крупного и среднего калибра (макроангиопатия), мелкого калибра (микроангиопатия), нервов голени и стопы (нейропатия) и поражение костей стопы. Кроме того, атеросклероз сосудов нижних конечностей у больных сахарным диабетом встречается чаще и развивается на 10-15 лет раньше, чем у лиц, не страдающих диабетом. При диабетической ангиопатии ног одинаково поражаются сосуды у лиц обоего пола, особенно в дистальных отделах. Микроангиопатии нередко диагностируются даже в молодом возрасте. По классификации ефимова а.с. Выделяются несколько стадий диабетических ангиопатий нижних конечностей: 1. Доклиническая стадия, при которой сосудистые изменения определяются лишь с помощью инструментальных методов исследования. 2. Функциональные стадии, отличающиеся субъективными и объективными симптомами, обратимыми под влиянием лечения. 3. Органическая стадия, характеризующаяся наличием необратимых изменений в сосудах. 4. Стадия, при которой имеются глубокие трофические нарушения, язвы или гангрена. При опросе больного, страдающего диабетической ангиопатией, выявляются жалобы на боли в ногах, парестезию, перемежающуюся хромоту, часто судороги в икроножных мышцах, повышенную утомляемость, жжение или зябкость ног. Выраженность жалоб зависит от стадии заболевания. При третьей и четвертой стадиях болевой синдром ярко выражен и не исчезает даже в покое. Кроме того, для сахарного диабета характерно поражение костей дистальных отделов нижних конечностей- диабетическая стопа. В это понятие входят: краевые остеофиты, остеоартрозы, деформация суставных поверхностей, периартикулярные утолщения, участки разрежения костной ткани и другие. Диабетическая стопа нарушает двигательную функцию нижней конечности и сопровождается болью. Перед началом курса соединительнотканного массажа необходимо провести осмотр, опрос больного, определить характер пульсации артерий, уточнить стадию диабетической ангиопатии и наличие изменений, характерных для диабетической стопы. Результат обследования позволит правильно определить области массажа соединительной ткани и его дозировку. На симметричных участках конечностей определяют пульсацию артерий: подколенной- в глубине подколенной ямки, задней большеберцовой- позади внутренней лодыжки голеностопного сустава и артерии тыла стопы- между первой и второй плюсневыми костями. Одним из ранних признаков диабетической ангиопатии является симптом ишемии стопы: холодная на ощупь и бледная кожа, реже цианотичная, в особенности около ногтей. По мере развития диабетической ангиопатии данные осмотра выделяют изменения в окраске кожи нижних конечностей, атрофию мышц, дистрофию ногтей, выпадение волос, трещины, язвы и признаки, свойственные некрозу. С целью диагностики зон соединительной ткани больного осматривают в исходном положении сидя. Зоны, определяемые при диабетической ангиопатии, характерны также и для других заболеваний артерий нижних конечностей, не связанных с сахарным диабетом. При осмотре выявляют втяжение соединительной ткани в виде ленты, идущей через ягодицу от латеральной её части вниз к седалищному бугру (артериальная зона ног). Соединительная ткань в области спины тугоподвижна, слои её не смещаются по отношению друг друга (симптом бронированной спины). Вдоль гребня таза обнаруживаются втяжения соединительной ткани. Области большого вертела бедренной кости и подвздошно-большеберцового тракта уплотнены и болезненны. Соединительнотканый массаж может быть существенным дополнением в комплексе профилактики и лечения больных диабетической ангиопатией нижних конечностей и при диабетической стопе. Основным условием лечения данной группы больных

является стойкая компенсация сахарного диабета. Применение соединительнотканного массажа при ранних стадиях ангиопатии при условии стойкой компенсации сахарного диабета даёт положительные результаты. Соединительнотканый массаж применяется также в третьей и даже в четвёртой стадиях диабетической ангиопатии, так как наряду с органическими изменениями в сосудах, всегда присутствуют функциональные, которые можно устранить с помощью массажа соединительной ткани. Описаны отдельные случаи излечения трофических язв и предотвращения гангрены даже у лиц в возрасте семидесяти двух- семидесяти пяти лет. Обязательным условием эффективного применения соединительнотканного массажа является отказ больного от курения. Одной из особенностей при заболеваниях сосудов ног является отсутствие ощущения рези, что выявляется в начале первой же процедуры соединительнотканного массажа у некоторых больных. В этом случае соединительнотканый массаж начинают выше, то есть с области спины. В области спины ощущение рези обычно сохраняется. При диабетической ангиопатии основные воздействия массажем соединительной ткани осуществляется в пояснично-крестцовой области и в области бёдер. Это условие также необходимо выполнять при соединительнотканном массаже, проводимом по поводу облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей у лиц, не страдающих сахарным диабетом, таких, как облитерирующий атеросклероз и другие. При данных заболеваниях, пользуясь приводимой схемой лечения, можно достичь высоких результатов, так как коллатерали развиваются более интенсивно, чем при диабетической ангиопатии. Следует знать, что массировать можно лишь выше места облитерации сосуда. При диабетической ангиопатии в третьей и, особенно, четвёртой стадиях, также как при тяжёлых стадиях облитерирующих заболеваний, область голени и стопы всегда пропускается. Это особенно относится к нижней трети голени- месте наихудшего кровоснабжения ноги. Кожа при заболевании сосудов в этом месте сухая и ранимая, при выполнении соединительнотканного массажа возникает возможность её повреждения. Время одной процедуры от двадцати минут в начале курса до пятидесяти в конце. После процедуры массажа желателен отдых в течение часа. Курс соединительнотканного массажа состоит из пятнадцати-восемнадцати и более процедур. В первую неделю лечение ежедневно, затем 3-4 раза в неделю. Желательно курс соединительнотканного массажа повторять 2-3 раза в год. Соединительнотканый массаж при данной патологии сочетается с медикаментозной и диетотерапией, проводится в перерывах между курсами других физиотерапевтических процедур. Техника соединительнотканного массажа при диабетической ангиопатии нижних конечностей: процедуру массажа начинают в исходном положении больного сидя или лёжа на боку. Выполняются все линии в области крестца. Длинное движение от пятого поясничного позвонка до латерального края прямой мышцы живота проводится с трудом ввиду резкого уплотнения тканей данного участка. Если в области крестца вызвать ощущение рези не удалось, то начинают массировать в области спины: латеральный край широчайшей мышцы спины, треугольное пространство, волнообразные движения. Для стимуляции появления рези и усиления васкуляризации ноги используются воздействия на реактивные точки, сегментарно связанные с нижними конечностями. Первая точка находится в области поясничного треугольника, ограниченного гребнем подвздошной кости, латеральным краем широчайшей мышцы спины и наружной косой мышцей живота. В исходном положении больного сидя массажист выполняет воздействие разноимённой рукой, направление движения вниз и латерально. В исходном положении больного лёжа на животе, на реактивную точку воздействуют одноимённой рукой на дальнем поясничном треугольнике, направление движения вниз и медиально. Вторая точка расположена в центре ягодицы в подвздошно-прямокишечной ямке. Массажист работает на ближней ягодице разноимённой рукой, направление воздействия снизу вверх. Третья реактивная точка находится в области латеральной трети подъягодичной складки. Массажист стоит у ближней ноги больного, работает разноимённой рукой, направление движения- к большому вертелу бедренной кости. Для воздействия на четвёртую реактивную точку больного укладывают на спину, исходное положение массажиста стоя у ближней ноги. Четвёртая реактивная точка для нижних конечностей определяется на границе нижней и средней трети медиального края портняжной мышцы, направление массажного воздействия вентральное. Данная точка включается в схему лечения с шестой-седьмой процедуры. Приёмы воздействия на реактивные точки и ощущения больного

своеобразны. Подушечки согнутых в межфаланговых суставах среднего и безымянного пальцев помещают глубоко в массируемые ткани. Воздействие на реактивные точки производится фасциальной техникой в очень быстром темпе. На одной и той же точке работают 2-4 раза, добиваясь колющих ощущений, затем обрабатывается симметричная реактивная точка. Об острых колющих ощущениях больной предупреждается массажистом заранее. Если в течение двух-четырёх воздействий добиться острых колющих ощущений не удаётся, то в данной процедуре массажа воздействие на реактивные точки больше не повторяется. Отсутствие ощущений рези в области крестца может продолжаться 5-6 процедур, затем на месте массажного воздействия появляются полосы гиперемии, ощущение рези, а в области нижних конечностей парестезия и волны тепла. В этом случае переходят к нижележащим областям и процедуру массажа можно начинать с крестца и таза, затем массируют: подвздошно-большеберцовый тракт, большой вертел бедренной кости. Длинные движения в этих областях выполняются только в проксимальном направлении, осуществление длинных движений в дистальном направлении может вызвать онемение пальцев стопы. Область голени и стопы возможно включить в соединительнотканый массаж лишь при первой и второй стадиях диабетической ангиопатии, сопровождающейся диабетической стопой. При этом массируются следующие области: подколенная ямка (осторожно), голень, ахиллово сухожилие и голеностопный сустав (данная область включается после тщательного осмотра и пальпации, выбор её должен быть строго индивидуальным), стопа. Область подколенной ямки: исходное положение больного лёжа на спине. Массажист, стоя у ближней ноги, свободной рукой слегка приподнимает нижнюю треть бедра. Направление массажных движений - дистальное. Короткие движения одноимённой рукой выполняются поперёк края сухожилия полуперепончатой мышцы, обращённого к центру подколенной ямки. По той же линии, но продольно выполняются длинные движения. После смены работающей руки осуществляются короткие движения поперёк сухожилия двуглавой мышцы бедра, длинные движения проводятся через подколенную ямку продольно. Все движения в подколенной ямке выполняются в медленном темпе и без давления, ввиду близости сосудисто-нервного пучка. Область голени: исходное положение больного и массажиста те же, но массируемая нога согнута в коленном суставе и стопой опирается о массажный стол. Массажист проводит одноимённую руку вдоль медиальной и задней поверхности голени, после чего короткими движениями в поперечном направлении обрабатывается латеральный край латеральной головки икроножной мышцы. Затем подушечкой согнутого среднего пальца супинированной кисти в продольном направлении выполняет короткие движения вдоль медиального края камбаловидной мышцы. В дальнейшем массируется двумя руками в поперечном направлении пространство между медиальной и латеральной головками икроножной мышцы. Длинные движения в области голени отсутствуют. Область ахиллова сухожилия и голеностопного сустава: исходное положение больного то же, но массируемая нога выпрямлена в коленном суставе. Кисть работающей руки супинирована, лучезапястный сустав ориентирован каудально. Короткие движения проводятся вдоль латерального и медиального края ахиллова сухожилия с интервалом 5-8 сантиметров. Длинные движения выполняются вдоль медиального и латерального края ахиллова сухожилия до уровня лодыжки, обходят лодыжки сзади и снизу, заканчиваясь у их переднего края. Длинные движения осуществляются поочередно с медиальной и латеральной поверхности ноги. На передней поверхности голеностопного сустава массажист работает подушечкой согнутого среднего пальца, стопа больного находится в среднем физиологическом положении. Локтевой сустав работающей руки ориентирован краниально. Подушечка среднего пальца помещена глубоко между сухожилиями длинного разгибателя большого пальца и длинного разгибателя пальцев. Свободная рука массажиста обхватывает стопу больного в области плюсневых костей и осуществляет лечебное натяжение путём подошвенного сгибания стопы. Средний палец массажиста остаётся неподвижным, а больной ощущает характерную для соединительнотканного массажа резь или царапанье ногтем. Данная массируемая область при болезнях сосудов используется реже, чем при артритах и артрозах суставов нижней конечности. Область стопы: стопа массируется в исходном положении больного лёжа на спине. На тыле стопы в области межкостных промежутков (в дистальной трети) проводятся короткие штрихи по направлению к пальцам. В средней

и проксимальной третей межкостных промежутков массажные движения не проводятся, так как тыльная фасция тонка, а кожа легко ранима. Пространство между головками плюсневых костей можно массировать так же, как область голеностопного сустава. При этом средний палец работающей руки, локоть которой обращён краниально, остаётся на месте. Короткое движение осуществляется подошвенным сгибанием пальцев, при этом больной ощущает характерную для соединительнотканного массажа резь. Кроме того, от задней поверхности пятки в дистальном направлении параллельно подошве проводятся по три полудлинные движения, все 3 движения выполняются ниже лодыжки, сначала на латеральной, затем на медиальной поверхности пятки. При необходимости пространство между головками плюсневых костей можно массировать и со стороны подошвы. При этом средний палец руки массажиста расположен между головками плюсневых костей, а лечебное натяжение осуществляется с помощью тыльного сгибания пальцев больного. Область подошвы можно массировать при исходном положении больного лёжа на животе. Короткие движения выполняются по краю пятки, начиная с её середины, в направлении снизу вверх. Массируется вначале латеральный, затем медиальный край пятки. Короткие движения возможно осуществлять от тыльной поверхности к подошвенной по латеральному, затем по медиальному краю пятки, начиная от её середины. В области подошвы можно выполнять и длинные движения по направлению от пятки к пальцам по межкостным промежуткам. Длинные движения на подошве выполняются с достаточной интенсивностью. Медиальный и латеральный края подошвы массируются одновременно двумя руками от центра к периферии по диагонали, постепенно продвигаясь в дистальном направлении. В заключение проводятся длинные движения по подвздошно-большеберцовому тракту и над гребнями подвздошных костей к симфизу, которые многократно повторяются. Вопросы для самоконтроля: 1. Где расположены реактивные точки, сегментарно связанные с нижними конечностями и как на них воздействовать? 2. В каких областях можно обнаружить зоны соединительной ткани при ангиопатиях нижних конечностей? 3. Каковы показания и противопоказания к массажу при диабетической ангиопатии? 4. Какова техника массажиста, если больной при выполнении массажа не ощущает рези? 5. Что вкладывается в понятие диабетическая стопа? Контрольные задания: 1. Выполните массаж соединительной ткани при диабетической ангиопатии первой-второй стадиях, сопровождающейся диабетической стопой. 2. Выполните десятую процедуру массажа соединительной ткани при диабетической ангиопатии в третьей стадии заболевания. 3. Выполните массаж следующих областей: подколенной ямки, голени, ахиллова сухожилия, голеностопного сустава и стопы.

9. Методика соединительнотканного массажа при варикозном расширении вен нижних конечностей

варикозное расширение вен нижних конечностей характеризуется хронической венозной недостаточностью. Основным фактором, способствующим развитию варикозного расширения вен нижних конечностей, является чрезмерная и длительная статическая нагрузка. При варикозном расширении вен нижних конечностей, встречающемся чаще у женщин и лиц, чья профессия связана с длительным стоянием, подъёмом тяжестей, характерны жалобы на слабость, быструю усталость ног, пониженную работоспособность, склонность к развитию недостаточности кровообращения, к нарушению трофики, образованию язв голени и присоединению тромбоза. При осмотре больного выявляется втяжение в венно-лимфатической зоне, особенно с той стороны, где варикозное расширение вены более выражено. Кроме того, определяются твёрдые набухания над крестцом и втяжения вблизи крестца. Основное правило при применении соединительнотканного массажа: никогда нельзя массировать, задевая варикозно расширенные вены. Соединительнотканый массаж противопоказан в острой стадии присоединившегося тромбоза. В подострой стадии поверхностного тромбоза массаж соединительной ткани применяется, при этом массируется спина и пояснично-крестцовая область, а область нижних конечностей пропускается, позднее присоединяется и область бедра. При варикозном расширении вен нижних конечностей и сопутствующих ему осложнениях, из схемы соединительнотканного массажа всегда исключается область подколенной

ямки и воздействие на реактивные точки, относящиеся к нижним конечностям. Исходное положение больного сидя, время процедуры 20 минут, лечение ежедневное с последующим отдыхом в течение от тридцати минут до часа. На курс соединительнотканного массажа приходится 15-18 процедур. Применяя соединительнотканый массаж возможно достичь полного заживления трофической язвы. Таким образом, варикозное расширение вен, осложнённое трофической язвой голени и поверхностным тромбофлебитом, не является противопоказанием для применения массажа соединительной ткани. При варикозном расширении вен нижних конечностей дополнительно к соединительнотканному массажу рекомендуется применять лечебную гимнастику из разных исходных положений: лёжа, лёжа с приподнятыми ногами, сидя. Следует избегать исходного положения стоя без движений и упражнения в статическом напряжении. В процедуре лечебной гимнастики полезно чередовать упражнения для нижних конечностей с упражнениями для брюшного пресса и дыхательными. Физические упражнения можно включать непосредственно после соединительнотканного массажа, общее время для массажа и физических упражнений 30 минут. Массаж соединительной ткани возможно применять также при варикозном расширении геморроидальных вен, основываясь на описанной выше схеме лечения варикозного расширения вен нижних конечностей. Техника соединительнотканного массажа при варикозном расширении вен нижних конечностей: основное массажное воздействие- это спина и пояснично-крестцовая область от десятого-двенадцатого грудного и до четвёртого поясничного сегментов. На этом участке массируют в течение восьми-десяти процедур, что позволяет добиться исчезновения уплотнений на крестце, отёков ног и уменьшения тяжести в ногах. Массаж области крестца выполняют мягко и поверхностно в течение восьми-десяти процедур, постоянно увеличивая глубину массажного воздействия. С восьмой-десятой процедуры соединительнотканый массаж заканчивается длинным движением в области края печени- печёночный штрих. После десятой процедуры присоединяются линии на бедре, что способствует ликвидации отёков и застойных явлений в области голени и голеностопного сустава, а также заживлению трофических язв. Массажу подвергаются: подвздошно-большеберцовый тракт (длинные движения выполняются в проксимальном направлении), большой вертел бедренной кости, область латеральной поверхности ягодицы, варикозный штрих, печёночный штрих. Кроме того, при отсутствии варикозно-расширенной вены, в области голени можно выполнять короткие движения двумя руками в поперечном направлении между медиальной и латеральной головками икроножной мышцы. Затем короткими движениями от центра к периферии массируют вокруг язвы, ставя подушечки среднего и безымянного пальцев на границе здоровой и грануляционной ткани. Процедуры соединительнотканного массажа заканчиваются печёночным штрихом. Печёночный штрих: исходное положение больного лёжа на спине. Массажист работает в исходном положении сидя справа от больного. Полусогнутые средний и безымянный пальцы разноимённой руки массажист помещает на 1-2 сантиметра ниже нижнего края рёберной дуги справа на границе её медиальной и средней трети. Печёночный штрих выполняется в виде длинного движения в латеральном направлении до средней или задней аксиллярной линии под рёберной дугой и многократно повторяется в медленном темпе. Область латеральной поверхности ягодицы: исходное положение больного лёжа на спине. Исходное положение массажиста сидя или стоя у массируемой ноги. Массажист разноимённой рукой мягко и поверхностно выполняет длинные дугообразные движения параллельно друг другу, постепенно продвигаясь от большого вертела бедренной кости вверх до передней верхней ости подвздошной кости. Длинные дугообразные движения проводятся в вентральном направлении поперёк латеральной поверхности ягодиц. Варикозный штрих: исходное положение больного и массажиста те же. Массажист работает одноимённой рукой, кисть которой расположена поперёк бедра и движется в проксимальном направлении передним ходом. При массаже разноимённой рукой кисть движется обратным ходом в проксимальном направлении, расположена продольно. Варикозный штрих проводится подушечками среднего и безымянного пальцев мягко и поверхностно от границы верхней и средней трети медиального края портняжной мышцы до передней верхней ости подвздошной кости и неоднократно повторяется. Если имеется трофическая язва голени, то вышеописанное лечение обычно способствует заживлению язвы. Вопросы для самоконтроля: 1. Какие области не следует массировать при варикозном

расширении вен? 2. Как массировать область трофической язвы? 3. Какова техника массажиста при поверхностном тромбофлебите? Контрольные задания: 1. Составьте план массажа при варикозном расширении вен и выполните его. 2. Выполните массаж следующих областей: латеральной поверхности ягодицы, варикозный штрих, печёночный штрих.

10. Методика соединительнотканного массажа при травмах опорно-двигательного аппарата. Лечение растяжений, вывихов и переломов с помощью соединительнотканного массажа

массаж соединительной ткани достаточно эффективен при повреждениях опорно-двигательного аппарата механическими, Термическими, химическими, электрическими и лучевыми факторами. Соединительнотканый массаж показан при растяжениях, вывихах, переломах, а также при посттравматической дистрофии руки. К массажу соединительной ткани можно приступать не ранее, чем через 7-10 дней после травмы при условиях нормальной температуры и удовлетворительного самочувствия. При открытых сложных переломах на ранних этапах лечения соединительнотканый массаж противопоказан. С помощью соединительнотканного массажа при растяжениях, вывихах и переломах нормализуется кровообращение, улучшается трофика и регенерация тканей, предотвращается сморщивание капсулы повреждённого сустава, быстрее исчезают отёки и восстанавливается функция повреждённой конечности. Массаж начинают с отдалённых от места травмы областей. При переломах костей туловища соединительнотканый массаж показан, но область массажного воздействия всегда находится каудальнее от места перелома. Чем тяжелее травма, тем дольше ограничиваются массажем отдалённых от места травмы областей. При наличии иммобилизации травмированной конечности в план соединительнотканного массажа включается здоровая конечность. Необходимость в массаже здоровой конечности отпадает лишь через одну-две недели после снятия иммобилизации, когда уменьшаются отёчность и трофические нарушения поражённой конечности, затрудняющие применение соединительнотканного массажа непосредственно в области близкой к травме. При переломах дистального конца плечевой кости как внесуставных (надмышечковых), так и внутрисуставных (переломы наружного и внутреннего надмышечков плечевой кости), а также при переломах локтевого, венечного отростка локтевой, головки и шейки лучевой кости ввиду возможности развития оссифицирующего процесса в капсулярно-связочном аппарате и мышцах, что приведёт к ограничению движений в локтевом суставе, массаж соединительной ткани в области, близкой к локтевому суставу, противопоказан. Соединительнотканый массаж возможно проводить в отдалённых от локтевого сустава областях: задняя поверхность туловища, Включая лопатку, валик трапецевидной мышцы, шея, капсула плечевого сустава. Диафизарные переломы обеих костей предплечья, изолированные переломы диафизов костей предплечья, переломы лучевой кости в типичном месте, переломы и вывихи костей кисти можно лечить с включением массажа соединительной ткани в комплекс реабилитационных мероприятий. При этом массируются на поражённой поверхности места свободные от иммобилизации, включая область плеча, плечевого и локтевого сустава. Массаж, как обычно, начинают с области крестца, постепенно приближаясь к месту травмы, которое подлежит массажному воздействию через одну-две недели после снятия иммобилизации. При вывихах и растяжениях придерживаются того же принципа: основная область воздействия массажем соединительной ткани отдалена от травмированного сустава. Лишь спустя одну-две недели после травмы переходят к массажу поражённого сустава с целью размягчения уплотнения периартикулярной подкожно-соединительной ткани и мест прикрепления сухожилий к костям, что необходимо для быстреего восстановления функции поражённой конечности. Техника соединительнотканного массажа При травме нижней конечности: соблюдая вышеописанные методические указания, массаж начинают в исходном положении больного сидя или лёжа на боку. Массируется, как обычно, область крестца, здоровая нога, иногда задняя поверхность туловища до уровня лопаток. При переходе к массажу травмированной нижней конечности, если область бедра свободна от иммобилизации, то массируются подвздошно-большеберцовый тракт, большой вертел бедренной кости, латеральная поверхность ягодицы и область задней поверхности

бедро. Область задней поверхности бедра: исходное положение больного лёжа на боку, исходное положение массажиста стоя сзади от больного. Массажное воздействие осуществляется от середины подъягодичной складки в дистальном направлении до вершины подколенной ямки Средними и безымянными пальцами обеих рук одновременно. В исходном положении концевые фаланги работающих пальцев тылом обращены друг к другу, а подушечки пальцев расположены между двуглавой мышцей бедра и полусухожильной. Направление коротких движений - латеральное. Массаж выполняется до подколенной ямки. Область голени и подколенной ямки массируются по описанной выше технике. Затем при необходимости приступают к массажу надколенника, ахиллова сухожилия, голеностопного сустава и стопы. Область надколенника: Исходное положение больного лёжа на спине, травмированная конечность согнута в коленном суставе. Массажист стоит сбоку от больного. Короткие движения осуществляют вокруг коленной чашечки по направлению к её краю. Затем выполняют длинные движения вокруг коленной чашечки, многократно меняя руки. Одна рука выполняет длинное движение на расстоянии в 2-3 сантиметра, затем другая рука накладывается сверху и как бы продолжает эту линию ещё на 2-3 сантиметра. Таким образом, длинное движение выполняется вокруг надколенника не прерываясь. Время первых процедур 20 минут, затем время увеличивается до тридцати-сорока минут. На курс соединительнотканного массажа приходится 12-18 процедур, которые можно выполнять ежедневно или через день, при необходимости курс повторяется через 2 месяца. Техника соединительнотканного массажа при травме верхней конечности: Процедура соединительнотканного массажа проводится в исходном положении больного сидя, исходное положение массажиста стоя или сидя. Лечение проводится по следующему плану: крестцово-тазовая область, широчайшая мышца спины, треугольное пространство, малые, большие и объединённые волнообразные движения до нижнего угла лопатки. Данные области массируются в течение трёх-четырёх процедур, затем добавляются линии в области лопатки: по внутреннему краю - короткие движения, под остью лопатки - короткие и длинные Движения. С седьмой процедуры возможно добавление следующих областей: паравертебральная линия, область седьмого шейного позвонка, задняя поверхность валика трапециевидной мышцы, грудинно-ключично-сосцевидная мышца, затылочная связка (растягивание). После десятой процедуры при отсутствии иммобилизации можно приступить к соединительнотканному массажу поражённой конечности, здоровая конечность не массируется. Новые массируемые области верхней конечности вводятся постепенно: передняя и задняя поверхность подмышечной впадины, дельтовидная область, область капсулы плечевого сустава с дорсальной и вентральной стороны, медиальная борозда плеча, длинные движения на большой грудной мышце, под и над ключицей. Подобная схема применима при вывихах плеча. При переломах проксимального конца плечевой кости или диафиза плеча соединительнотканый массаж возможно проводить на отдалённых областях (крестец, спина, шея и так далее) На довольно ранних этапах лечения. К массажу поражённой конечности по приведённой схеме приступают через одну-две недели после снятия иммобилизации. В зависимости от локализации перелома, травмированная конечность может частично включаться в схему соединительнотканного массажа на более ранних этапах лечения. Так, при диафизарных переломах костей предплечья, вывихах и переломах костей кисти, травмированная конечность массируется через 7-10 процедур до места иммобилизации. После снятия иммобилизации через одну-две недели массируются те же области, что при вывихах плеча, переломах проксимального конца и диафиза плеча, а также: область локтевого сустава, предплечье с ладонной и тыльной стороны, лучезапястный сустав, кисть с ладонной и тыльной стороны. область плечевого сустава: Плечевой сустав массируется с дорсальной, а затем с вентральной поверхности. Короткие движения вдоль латерального края лопатки начинаются от границы её нижней и средней трети, направлены латерально и осуществляются до акромиального отростка ости лопатки. Затем короткие движения в медиальном направлении проводятся от задней подмышечной складки до Акромиона. Длинные движения выполняются на том же уровне и неоднократно повторяются. Вентрально короткие движения от передней подмышечной складки до акромиального конца ключицы проводятся в медиальном направлении. Длинные движения многократно повторяются и направлены от передней подмышечной складки до акромиального конца ключицы. Область медиальной борозды

плеча: Исходное положение больного и массажиста сидя напротив друг друга. Медиальная борозда плеча массируется одной или обеими руками одновременно. При массаже данной области больной должен ощущать только резь, ощущение давления не допускается. При большой подвижности мягких тканей работают одной рукой, при этом свободная рука массажиста фиксирует подвижные ткани больного. Короткие движения осуществляются в поперечном направлении, постепенно продвигаясь сверху вниз. Длинные движения вдоль медиальной борозды плеча отсутствуют. Дельтовидная область: Кроме описанных выше коротких и длинных движений по дорсальной поверхности дельтовидной мышцы от ости лопатки к месту её прикрепления на дельтовидной бугристости плечевой кости, существуют длинные движения по вентральной поверхности дельтовидной мышцы. Длинные движения снизу вверх проводятся от дельтовидной бугристости плечевой кости до латеральной части ключицы с повторением 3-4 раза. Длинные движения, кроме того, выполняются от акромиона вниз до дельтовидной бугристости плечевой кости с постепенным усилением массажного воздействия. В заключение над местом прикрепления дельтовидной мышцы к плечевой кости средними пальцами в поперечном направлении осуществляются со сменой работающих рук короткие движения. Область локтевого сустава: Массируемая верхняя конечность, супинированная и согнутая в локтевом суставе под углом 90 градусов, находится на массажном столе. Исходное положение массажиста сидя или стоя сбоку. Со стороны плеча в дистальном направлении медиально и латерально от сухожилия двуглавой мышцы плеча проводятся два коротких движения. Со стороны предплечья в проксимальном направлении проводятся также два коротких движения вдоль медиального края плечелучевой и длинной ладонной мышцы. Короткие движения возможно осуществлять подушечкой только одного среднего пальца. В дистальном направлении выполняются длинные движения вдоль краёв сухожилия двуглавой мышцы плеча. Область локтевого сустава можно также массировать, как подколенную ямку, выполняя короткие штрихи двумя руками кнаружи от центра локтевого сгиба, который из-за близости сосудов и нервов никогда не массируется. Область предплечья: Предплечье супинировано, согнуто под углом 20 градусов, и лежит на опоре. Длинные движения от дистальной трети предплечья в проксимальном направлении выполняются вдоль плечелучевой, длинной ладонной мышц и лучевого сгибателя запястья. Короткие движения возможны в поперечном направлении вдоль локтевого сгибателя запястья к середине ладонной поверхности предплечья. На тыльной поверхности предплечья длинные и короткие движения проводятся по краю мышцы-разгибателя пальцев. Область лучезапястного сустава: Кисть больного пронирована и лежит на массажном столе. Кисть массажиста находится в положении пронации и ориентирована дистально. Работают подушечкой согнутого среднего пальца. Средний палец помещают в области лучезапястного сустава между сухожилиями локтевого разгибателя запястья и разгибателя мизинца. Кисть больного находится вначале в положении тыльного сгибания. При выполнении приёма средний палец массажиста остаётся на одном и том же месте, а короткое движение с ощущением рези осуществляется при ладонном сгибании кисти с помощью свободной руки массажиста. Затем средний палец работающей руки массажиста устанавливается между сухожилиями длинного разгибателя большого пальца и разгибателя указательного пальца, или между сухожилиями разгибателя пальцев, короткое движение осуществляется ладонным сгибанием кисти. Аналогично осуществляются короткие движения на ладонной поверхности лучезапястного сустава. Кисть пациента пронирована и находится в положении ладонного сгибания. Кисть работающей руки массажиста супинирована и ориентирована дистально. Массажный приём выполняется при тыльном сгибании кисти. Область лучевого края лучезапястного сустава массируется средним пальцем массажиста, который помещается ниже шиловидного отростка лучевой кости в области лучевой коллатеральной связки запястья. Кисть массажиста находится в среднем положении между супинацией и пронацией, пальцы ориентированы дистально. В исходном положении кисть больного пронирована и находится в отведении (движение в сторону лучевой кости). При выполнении короткого движения средний палец плотно соприкасается с подлежащими тканями и не двигается, а кисть больного совершает движения в сторону локтевого края. При этом больной ощущает характерную резь или царапанье ногтем. Аналогично осуществляется короткое движение по локтевому краю лучезапястного сустава: средний палец массажиста помещён ниже шиловидного

отростка локтевой кости в области локтевой коллатеральной связки запястья, лучезапястный сустав больного находится в приведении, резь возникает при движении кисти в сторону лучевой кости. Область кисти: Исходное положение больного и массажиста сидя напротив друг друга. Рука больного опирается о массажный стол, пронирована и лежит на ладони свободной руки массажиста. В план соединительнотканного массажа ладонной поверхности кисти входят следующие области: тенар, гипотенар и межкостные промежутки. Тенар массируется полудлинными движениями по диагонали к латеральному краю кисти с лучезапястного сустава в дистальном направлении. В том же исходном положении после смены работающей руки массируется гипотенар от его медиальной границы к локтевому краю кисти. Массаж тенара и гипотенара заканчивается движениями по межкостным промежуткам в дистальном направлении. На тыльной поверхности при необходимости также возможны длинные движения, выполняющиеся по межкостным промежуткам с первого по четвёртый в дистальном направлении. В заключении выполняются длинные движения по вентральной поверхности грудной клетки, а также в области ключицы и по дорсальному краю дельтовидной мышцы. На курс лечения выполняют от двенадцати до восемнадцати массажных процедур.

11. Методики массажа соединительной ткани при посттравматических нейродистрофических синдромах поражения руки

Посттравматическая дистрофия руки встречается обычно у лиц среднего и пожилого возраста. У пострадавших старше сорока лет нейродистрофические процессы бывают в 5-6 раз чаще, чем у больных двадцати-тридцати лет (данные в.в. котенко и в.а. ланшакова). Мужчины и женщины страдают посттравматической дистрофией руки одинаково часто. При этом средний возраст больных с синдромом плечо-кость - 59 лет, с синдромом зудека - 58 лет, с шейно-плечевым - 57 лет, с плече-лопаточным периартрозом - 52 года. В данном возрасте имеются выраженные дегенеративные изменения в сухожилиях, мышцах, связках, капсулах, хрящах, дисках, суставах, кровеносных и лимфатических сосудах плечевого пояса и верхней конечности, а при травме руки замедление процессов репарации. У лиц среднего и пожилого возраста с посттравматической дистрофией руки нередко отмечаются психические нарушения, связанные с гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом, а также с психоневрозами, им свойственна вегетативная лабильность. Многие из пострадавших до травмы болели шейным остеохондрозом, страдали заболеваниями внутренних органов и старческим остеопорозом. Перечисленные факторы являются предрасполагающими для развития посттравматической дистрофии руки. Травмы (ушиб, перелом, вывих) являются пусковым моментом для возникновения одного из дистрофических Синдромов. Синдромы плечо-кость, зудека и плечелопаточный периартроз могут развиваться и без наличия травмы. Например: при воспалительных, онкологических заболеваниях, остеохондрозе позвоночника, поражениях центральной нервной системы и внутренних органов. В этом случае нейротрофические изменения в верхней конечности возникают рефлекторно, путём реперкуссии патологической импульсации. Зудек, впервые сообщивший в тысяча девятисотом году о быстро прогрессирующем пятнистом остеопорозе в дистальных отделах руки у трёх больных (туберкулёз, сифилис, гонорея), в тысяча девятьсот тридцать первом году Выделил три фазы развития острой костной дистрофии: первая- острая, или воспалительная, которая длится 1-2 месяца, вторая- собственно дистрофия, длится от двух-трёх месяцев до года, третья- фаза конечной атрофии- от года до двух-трёх лет и более.

Лечение массажем соединительной ткани Шейно-плечевого и плечелопаточного Синдромов: При шейно-плечевом и плечелопаточном нейродистрофических синдромах общим является поражение плечевого сустава. Но при шейно-плечевом синдроме область поражения более обширна: сухожилия и мышцы плечевого пояса, шеи, грудной клетки как на травмированной, так и на здоровой стороне. Больные жалуются на жгучие, пульсирующие боли в повреждённом плечевом суставе с иррадиацией в шею или с обратной иррадиацией, по ночам боли усиливаются. Имеется болезненность

и ограничения объёма движений в шейном отделе позвоночника. В повреждённом плечевом суставе резко выражена болевая контрактура, в локтевом суставе - лёгкая сгибательная контрактура, движения в суставах кисти сохранены, но сила кисти снижена. Шейно-плечевой нейродистрофический синдром может возникнуть не только после травмы плечевого сустава, но и после травмы дистальных отделов руки (например, перелом лучевой кости в типичном месте). При пальпации определяются болезненные уплотнения в трапецевидной, надостной, подостной, дельтовидной мышцах, мышцах шеи, большой грудной и других мышцах как на поражённой, так и здоровой стороне. При плечелопаточном синдроме посттравматической дистрофии руки больные жалуются на тупые, сверлящие, ломящие боли, иногда иррадиирующие в локтевой сустав и кисть. Все виды движения в плечевом суставе ограничены из-за болевой контрактуры. При осмотре больного на задней поверхности туловища обнаруживают значительные изменения соединительной ткани: уплотнения на крестце, различные слои соединительной ткани с трудом сдвигаются по отношению друг друга. Мышцы плечевого пояса напряжены, а при большой давности заболевания - атрофированы. В под-и надостной мышцах, а также в дельтовидной при пальпации находят болезненные уплотнения (узелки корнелиуса и мюллера) на травмированной стороне. Техника соединительнотканного массажа при Шейно-плечевом и плечелопаточном нейродистрофических синдромах поражения Руки:

Соединительнотканый массаж начинают при стихании острых болей в исходном положении больного сидя с отдалённых областей: крестцово-тазовая область, длинные движения под нижним краем рёберной дуги к мечевидному отростку, длинные движения над гребнями подвздошных костей к симфизу. Длинные движения выполняются в исходном положении больного лёжа. Перечисленными областями ограничиваются на первых двух-трёх процедурах, затрачивая на них 15-20 минут. С третьей-четвёртой процедуры массируют те же области, а также дополнительно: широчайшую мышцу спины, треугольное пространство между широчайшей мышцей спины и переднеаксиллярной линией. С пятой-шестой процедуры в план включают переднюю и заднюю поверхности подмышечной впадины. При этом больным, страдающим плечелопаточным периартрозом передняя и задняя поверхности подмышечной впадины массируются с поражённой стороны, а при шейно-плечевом синдроме - с двух сторон. Учитывая, что шейно-плечевой синдром сопровождается более выраженными болями, чем плечелопаточный, план соединительнотканного массажа не следует расширять до значительного уменьшения болей, что обычно наступает после десятой-двенадцатой процедуры. Плечелопаточный нейродистрофический синдром сопровождается умеренными болями и при стихании, обычно с седьмой-восьмой процедуры, план соединительнотканного массажа расширяется: поперечные длинные движения в межлопаточной области (не выше второго грудного позвонка), область лопатки, шейный отдел позвоночника, длинные движения по большой грудной мышце, длинные движения над и под ключицей. При этом продолжительность процедуры соединительнотканного массажа удлинится до тридцати минут. Обычно при стихании болей увеличивается объём движения в плечевом суставе. Далее в план возможно включить следующие области: трапецевидную мышцу, капсулу плечевого сустава, дельтовидную область. При лечении шейно-плечевого посттравматического нейродистрофического синдрома массируются указанные выше области с двух сторон, кроме того, возникает иногда необходимость в массаже грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, задней поверхности волосистой части головы и растягивании затылочной связки. Иногда при плечелопаточном нейродистрофическом синдроме массируют подмышечную впадину. Следует учесть, что середина подмышечной впадины никогда не массируется ввиду близкого расположения сосудисто-нервного пучка. Область подмышечной впадины:

Исходное положение больного сидя, исходное положение массажиста сидя позади больного. Массажист кладёт одноимённую руку на латеральный край широчайшей мышцы спины на уровне нижнего угла лопатки так, чтобы мизинец соприкасался с данной мышцей своим локтевым краем, средний и безымянный пальцы выполняют короткое движение по направлению ладони массажиста, то есть Вниз. Кроме того, проводится короткое движение вверх к месту прикрепления сухожилия широчайшей мышцы спины. В исходном положении массажиста стоя спереди или сзади от больного, начиная с нижнего угла лопатки к месту прикрепления сухожилия большой грудной

мышцы выполняются три коротких движения. Места прикрепления сухожилий широчайшей мышцы спины и большой грудной мышцы можно растягивать одновременно двумя руками, при этом массажист стоит сбоку от больного, опираясь мизинцами о дельтовидную мышцу. В заключение процедуры соединительнотканного массажа выполняются длинные движения на большой грудной мышце и в области ключицы. На процедуру соединительнотканного массажа в данном случае уходит до сорока пяти минут. Если шейно-плечевой и плечелопаточный нейродистрофические синдромы возникли без участия экзогенных факторов (перелом, ушиб, вывих), а являются следствием шейного остеохондроза, то план соединительнотканного массажа остаётся тем же. Данные синдромы могут возникнуть рефлексорным путём при заболевании внутренних органов. В этом случае план лечения строится с учётом основного заболевания. Так, при заболевании печени рефлексорно в патологический процесс включается плечевой сустав, а в каждую процедуру соединительнотканного массажа вводится печёночный штрих. При заболевании сердца обычно страдает левый плечевой сустав, в этом случае целесообразно в план соединительнотканного массажа включать волнообразные движения, а иногда и область грудины. Поэтому продолжительность процедуры соединительнотканного массажа может удлиниться до пятидесяти-шестидесяти минут. Обычно для лечения плечелопаточного нейродистрофического синдрома на курс соединительнотканного массажа достаточно двенадцати-пятнадцати процедур, для шейно-плечевого нейродистрофического синдрома пятнадцати-двадцати процедур.

Лечение массажем соединительной ткани при синдромах Зудека и плечо-кисть: В девяноста процентах случаев данные синдромы являются последствиями травм: ушибов, разрывов связок, вывихов, переломов, а также ожогов, случайных ран и операций в области руки. В десяти процентах случаев причиной их возникновения бывают различные заболевания, в том числе И опухоли. Эти синдромы могут развиваться при органических заболеваниях и травмах центральной нервной системы (кровоизлияние в мозг, менингоэнцефалиты, травмы черепа и спинного мозга), а также при шейном остеохондрозе, заболеваниях внутренних органов (болезни печени, сердца и другие). Но наиболее часто синдром зудека развивается после перелома лучевой кости в типичном месте. Иногда синдром зудека может развиваться после более лёгкой, даже незначительной травмы руки. В таких случаях чётко прослеживается вегетативная и эмоциональная лабильность пострадавшего. Характерными симптомами являются боль с онемением кисти, а иногда и нижней трети предплечья, отёки и ограничения движений в суставах кисти и пальцев. Типична рентгенологическая картина- пятнистый остеопороз запястных, проксимальных концов пястных, а в тяжёлых случаях остеопороз охватывает все кости кисти и пальцев. Ночные боли, онемение, повышенная потливость, гиперкератоз, нарушение кожной болевой чувствительности, ограниченное зоной перчатки, являются выражением вегетативных нарушений. При осмотре кожа поражённой кисти истончена, глянцевита, а по исчезновению отёков легко берётся в складку, более тёплая на ощупь, изменена окраска от белого цвета до красного цианоза. Пальпаторно периартикулярные ткани пястно-фаланговых и межфаланговых суставов болезненны и утолщены. На предплечье в мышцах определяются локальные уплотнения, тяжи, а иногда тестообразность при пальпации. У некоторых пострадавших обнаруживают уплотнения ладонного апоневроза по типу контрактуры дюпюитрена. Перечисленные изменения являются следствием тяжёлых дистрофических нарушений. Синдром плечо-кисть составляет восемь и шесть десятых процента от общего числа нейродистрофических синдромов. Клинические симптомы в дистальном отделе руки совпадают с проявлениями синдрома зудека. Симптоматика чаще всего начинается с области плеча. Характерны интенсивные жгучие, ломящие пульсирующие боли, иррадиирующие к лопатке, шее и вниз по конечности к кисти. Иногда больные предъявляют жалобы вначале на боль в кисти, а затем уже в области плеча. Невротические жалобы у больных с синдромом плечо-кисть чётко выражены- это эмоциональная неустойчивость, быстрая возбудимость, склонность к продолжительным депрессивным состояниям. В анамнезе часто встречается вегето-сосудистая дистония. При осмотре выявляются гипералгезия всей руки, в области лица и головы болевые вегетативные точки: супраорбитальная, орбитальная и височная, болезненность в месте прикрепления дельтовидной мышцы,

месте выхода малого затылочного нерва, сухожильном апоневрозе двуглавой мышцы плеча и других. В трапециевидной, подостной, большой грудной, дельтовидной мышцах пальпируются болезненные уплотнения и миогелозы. У ряда больных выявляется несоответствие между лёгкостью травмы и тяжестью посттравматических нейродистрофических расстройств. Ввиду того, что в механике образования посттравматической дистрофии руки большую роль играет вегетативная нервная система, массаж соединительной ткани, физиологическое действие которого на организм осуществляется через вегетативный отдел нервной системы, при условии правильной дозировки может оказаться эффективным методом лечения. Техника соединительнотканного массажа при синдромах зудака и плечо-кисть: Исходное положение больного сидя. Процедуру соединительнотканного массажа начинают во второй стадии заболевания, как только станет ясным диагноз. С первых процедур массируются: крестцово-тазовая область, широчайшая мышца спины, треугольное пространство, диагональные длинные движения в межлопаточной области, лопатка, передняя и задняя поверхности подмышечной впадины. По данному плану массажист работает в течение семи-восьми процедур, заканчивая каждую процедуру длинными движениями вдоль ключицы и большой грудной мышцы. С восьмой-десятой процедуры подключаются следующие линии: паравертебральная линия в шейном отделе позвоночника, область седьмого шейного позвонка, трапециевидная мышца, растягивание затылочной связки, веерообразные поперечные движения в области лопатки. Постепенно состояние больного улучшается, уменьшается отёчность, стихают боли и с двенадцатой процедуры, а при синдроме плечо-кисть иногда с пятнадцатой, переходят к массажу следующих областей: плечевой сустав, дельтовидная мышца, плечо, предплечье, лучезапястный сустав, кисть. Последние области подключаются постепенно, если исчезли боли и отёчность, массируется только поражённая рука, а здоровая не массируется. На первый курс приходится 15-18 процедур ежедневно. второй курс - через 4-6 недель. Процедура заканчивается массажем большой грудной мышцы и области ключицы, после чего назначаются лёгкие физические упражнения. Техника массажа межлопаточной области: От позвоночника к медиальному краю лопатки по диагонали параллельно друг другу проводятся длинные движения. Движения выполняются в области позвоночника от ТН8-9 до ТН4-5, в области лопатки - от нижнего угла до ости. Веерообразные поперечные движения в области лопатки: Длинные движения проводятся от нижнего угла лопатки до ости, от медиального края лопатки до латерального, пересекают латеральный край и на 2-3 сантиметра выходят за его пределы. Вопросы для самоконтроля: 1. Через какой период после травмы можно приступать к массажу соединительной ткани? 2. Какова особенность массажа при переломах костей локтевого сустава? 3. Какие посттравматические нейродистрофические синдромы поражения руки известны? 4. Обосновать и составить план массажа соединительной ткани при плечелопаточном и шейно-плечевом синдромах. 5. Обосновать и составить план массажа при синдромах зудака и плечо-кисть в начале и конце курса лечения. Контрольные задания: 1. Выполните массаж задней поверхности бедра и области надколенника. 2. Составьте план и выполните массаж при переломе латеральной лодыжки после снятия иммобилизации. 3. Выполните массаж следующих областей: плечевого сустава, медиальной борозды плеча, локтевого сустава, предплечья, лучезапястного сустава и кисти. 4. Выполнить массаж при следующих синдромах: шейно-плечевом, плечелопаточном, зудака и плечо-кисть.

12. Методики соединительнотканного массажа при заболеваниях опорно-двигательного аппарата

Массаж соединительной ткани достаточно эффективен при многих заболеваниях опорно-двигательного аппарата и входит в комплексную терапию наряду с медикаментозным, ортопедическим и физиотерапевтическим видами лечения. Соединительнотканый массаж показан при деформирующем артрозе, ревматоидном артрите, болезни бехтерева, сколиозе, плоскостопии, косолапости, тендовагините, болезни пертеса и других заболеваниях.

Лечение соединительнотканым массажем Деформирующих артрозов:

Деформирующий артроз (остеоартроз)- это заболевание суставов дистрофического характера, при котором поражается хрящ с вторичными костными изменениями эпифизов. Наиболее часто болеют лица после сорока-пятидесяти лет. В развитии заболевания играют роль многие факторы (травма, нарушение статики сустава, эндокринные нарушения, инволютивные процессы и другие). Среди этиологических моментов большое значение имеет ангиотрофический фактор, повлиять на который в сторону нормализации микроциркуляции можно с помощью соединительнотканного массажа. Болезнь начинается постепенно, в суставе появляется хруст и боль при движении после состояния покоя. Днём при движении боль не беспокоит больного. К вечеру в связи с длительной двигательной нагрузкой боль в суставе появляется вновь, а ночью стихает. Боль в суставе вызывает рефлекторные напряжения мышц, что усиливает давление на суставные поверхности, увеличивает дистрофические изменения хряща, повышает интенсивность боли. Постепенно болевой синдром нарастает, возникает контрактура в суставе. В конечной стадии болезни теряется полностью подвижность в суставе. На рентгенограмме суставная щель почти полностью отсутствует, суставные поверхности деформированы, имеются краевые разрастания, остеопороз и обызвествление периартикулярных тканей. Соединительнотканый массаж помогает в борьбе с контрактурами, улучшает кровообращение и уменьшает боль, тормозит прогрессирование патологического процесса. Массаж назначается при установлении диагноза, острые боли и выпот в суставе не являются противопоказаниями для начала соединительнотканного массажа, так как массаж начинают с отдалённых областей. Наиболее часто деформирующим артрозом поражается один из суставов нижних конечностей: тазобедренный или коленный. Для тазобедренного сустава характерна сгибательная и приводящая контрактуры, для коленного- сгибательная и боковая деформация оси конечности, что приводит к её укорочению, возникновению хромоты и сколиоза поясничного отдела позвоночника, что способствует усилению дистрофических процессов в межпозвоночных дисках. В начале заболевания чаще поражается один большой сустав, затем в патологический процесс вовлекаются и другие. При деформирующем артрозе суставов как верхних, так и нижних конечностей в начале курса лечения время одной процедуры 20-30 минут, в конце курса время удлиняется до пятидесяти минут. Рекомендуется курсы соединительнотканного массажа, учитывая хронический характер течения заболевания, повторять три раза в год. На один курс соединительнотканного массажа достаточно 18-20 процедур. Показаны систематические занятия лечебной физкультурой. Техника соединительнотканного массажа при Деформирующем артрозе суставов нижних Конечностей: Лечение деформирующего артроза суставов нижних конечностей проводится в исходном положении больного лёжа на боку. Исходное положение массажиста стоя спереди, а затем позади больного. На первых нескольких процедурах (двух-трёх) массируются: область крестца и таза, широчайшая мышца спины и треугольное пространство. На соединительнотканый массаж перечисленных областей уходит до двадцати минут. С третьей-четвёртой процедуры необходимость в массаже широчайшей мышцы спины и треугольного пространства отпадает, а добавляется большое штрихование таза. С шестой-седьмой процедуры присоединяются: латеральная поверхность ягодицы, большой вертел бедренной кости, подвздошно-большеберцовый тракт. Перечисленные области массируются в проксимальном направлении. При деформирующем артрозе тазобедренного сустава ограничиваются указанным выше планом соединительнотканного массажа, заканчивая процедуру следующими движениями: длинные движения от передних верхних остей подвздошных костей вниз к лобковому сочленению, длинные поперечные движения в нижней части живота, длинные движения под нижним краем грудной клетки до среднеключичной линии, длинные движения по большой грудной мышце и в области ключицы. При деформирующем артрозе коленного сустава соединительнотканый массаж выполняется также, как при заболевании тазобедренного, но с седьмой-восьмой процедуры при выраженном улучшении подключаются постепенно: длинные движения в области бедра в дистальном и проксимальном направлениях по его латеральной поверхности, короткие движения по задней поверхности бедра в дистальном направлении двумя руками одновременно, короткие движения двумя руками по задней поверхности голени в проксимальном направлении, подколенная

ямка, область коленной чашечки. Если больной страдает деформирующим артрозом голеностопного сустава, то его лечат по приведённому выше плану, а при улучшении подключают области: голень, ахиллово сухожилие, голеностопный сустав, стопа. При артрозе плюснефалангового сустава первого пальца стопы после соединительнотканного массажа крестца, таза и нижней конечности в пределах неизменённых тканей проводятся короткие движения вокруг поражённого сустава (направление движений - к суставу). Возможны и длинные движения по дуге выше и ниже сустава. Заканчивают процедуру соединительнотканного массажа длинными движениями внизу живота, под нижним краем рёберной дуги по среднеключичной линии, на большой грудной мышце и в области ключицы. Большое штрихование таза: Исходное положение больного лёжа на здоровом боку. Исходное положение массажиста стоя позади больного. От задней верхней ости подвздошной кости, по латеральной поверхности ягодичной мышцы к большому вертелу бедренной кости, обходя его снаружи и снизу, проводится штрихование в обратном направлении. Описанные приёмы повторяются несколько раз. По ходу длинных движений выполняются короткие, от уровня пятого поясничного позвонка, под гребнем подвздошной кости в дистальном направлении. Кроме того, короткими движениями массируется большой вертел бедренной кости со всех сторон. Короткие движения направлены к центру большого вертела. Длинные движения в области латеральной Поверхности бедра: В исходном положении больного лёжа на спине, выполняются длинные движения от границы нижней и средней трети латеральной поверхности бедра в проксимальном направлении, на уровне большого вертела бедренной кости длинные движения направляются медиально и обходят большой вертел сзади, а затем сверху. В обратном направлении (от большого вертела к Коленному суставу) также выполняются длинные движения с повторением несколько раз. Техника соединительнотканного массажа при деформирующем артрозе суставов верхних Конечностей: При деформирующем артрозе плечевого сустава в течение шести-восьми процедур массируют области крестца и таза, широчайшей мышцы спины и треугольного пространства на латеральной поверхности грудной клетки. Затем к указанным областям присоединяют лопатку, трапециевидную мышцу, паравертебральную линию, седьмой шейный позвонок, большую грудную мышцу и ключицу. После десятой процедуры соединительнотканного массажа боли в поражённом суставе обычно стихают, и возникает возможность массировать в области капсулы плечевого сустава, подмышечной впадины и дельтовидной мышцы. Деформирующий артроз локтевого сустава массируется по указанному выше плану. Области локтевого сустава не массируются. Данный план соединительнотканного массажа применим и при лечении деформирующего артроза лучезапястного сустава и суставов пальцев руки. При улучшении состояния больного (уменьшении боли и припухлости в суставах) добавляется соединительнотканный массаж области предплечья и кисти со стороны ладонной поверхности, а при необходимости и суставов пальцев рук. Процедура заканчивается массажем вентральной поверхности грудной клетки и длинными движениями под нижним краем грудной клетки. Суставы пальцев рук: Для массажа данной области больной и массажист сидят напротив друг друга. Предплечье и кисть больного лежат на массажном столе в положении пронации. Межфаланговые суставы обрабатываются как с тыла, так и с ладони. Короткие движения выполняются подушечкой согнутого среднего пальца руки, направление движений к центру сустава. Например, массируя проксимальное межфаланговое сочленение, на проксимальной фаланге 2 движения производят дистально (к центру сустава), На средней фаланге 2 движения проксимально (к центру сустава), на боковых поверхностях сустава по 2 движения также направлены к центру сустава. Массаж тыльной поверхности сустава завершается длинными движениями выше и ниже сустава по дуге, в таком же исходном положении массируются межфаланговые суставы с ладонной поверхности. При массаже дистального межфалангового сустава исключаются короткие движения на тыле концевой фаланги в проксимальном направлении (к центру сустава), а также длинные движения в этой же области ниже дистального межфалангового сустава. С ладонной и боковых сторон дистальный межфаланговый сустав массируется также, как проксимальный.

Лечение ревматоидного артрита массажем соединительной ткани: ревматоидный артрит относится к болезням соединительной ткани (коллагенозам), имеет хроническое, а реже подострое, течение. Распространённость среди взрослого населения составляет 4 процента. Известны случаи заболевания ревматоидным артритом даже среди детей до года. Этиология ревматоидного артрита, как и других коллагенозов, до конца не выяснена. Основными проявлениями данного заболевания является немикробное воспаление суставов, которое сочетается с поражением внутренних органов и другими внесуставными нарушениями. Болезнь чаще начинается незаметно. Первыми симптомами являются общее недомогание, неприятные ощущения в конечностях, зябкость, покалывание в пальцах, мышечная слабость, скованность движений по утрам. На ранних стадиях болезни патологический процесс развивается в синовиальных оболочках суставов, которые замещаются грануляционной тканью. Когда патологический процесс в суставах заходит далеко, заболевание проявляется артритом: при пальпации и движениях ощущается сильная боль, движения ограничены, имеется припухлость суставов, кожа над ними горячая на ощупь, в полости сустава выпот, но экссудат стерил. Типичным признаком является симметричное поражение суставов кистей и стоп. В далеко зашедших случаях деформация наступает и в крупных суставах. Для верхних конечностей характерно раннее развитие атрофии межкостных мышц и мышц разгибателей. При поражении суставов верхних конечностей возникают контрактуры, приводящая в плечевом суставе, сгибательная и пронаторная в локтевом, затрудняется ладонное сгибание и отведение пальцев в локтевую сторону. Позднее кисть деформируется по типу плавника моржа и функция её резко ограничивается. Для нижних конечностей характерны следующие контрактуры: сгибательно-приводящая в тазобедренном, сгибательно-ротационная наружи в коленном суставах. Типична конфигурация суставов: шаровидная для коленного и локтевого. Ввиду выраженного поражения периартикулярных тканей лучезапястный и голеностопный суставы имеют вид подушки. Межфаланговые суставы принимают веретенообразную форму. При поражении шейного отдела позвоночника с развитием подвывиха в атлanto-окципитальном суставе создаётся угроза сдавления спинного мозга. При ревматоидном артрите возможно поражение внутренних органов (сердца, глаз), но поражения со стороны суставов преобладают. При опросе больных можно выявить вегетативную симптоматику: повышенную потливость, особую чувствительность к холоду, склонность к мышечным спазмам и так далее. При осмотре, предшествующем лечению соединительнотканью массажем, со стороны дорсальной поверхности туловища можно выявить различные изменения в подкожной соединительной ткани: плотные или мягкие набухания, а также втяжения. Реакция на приёмы соединительнотканного массажа резко выражена: на коже остаются полосы гиперемии, а больной ощущает выраженное тепло. Соединительнотканый массаж, как и другие виды массажа, при ревматоидном артрите начинают при переходе болезни в подострую стадию, снижении температуры тела до нормальных или субфебрильных цифр и положительной динамики картины крови. Обычно не дожидаются полного исчезновения мягких набуханий соединительной ткани, свойственных острой стадии заболевания. Часто рефлекторные изменения определяются в соединительной ткани, близкой к коже. Общий массаж соединительной ткани (туловище, верхние и нижние конечности) в одну процедуру никогда не выполняется, так как это является слишком большой нагрузкой на организм больного. Техника массажа соединительной ткани при ревматоидном артрите: массаж начинают в исходном положении больного лёжа на боку и в течение четырёх-шести сеансов массируют по следующему плану: область крестца и таза, длинное штрихование таза. В исходном положении лёжа на спине массируют: область живота от передней верхней ости подвздошной кости до симфиза, под нижним краем грудной клетки по среднеключичной линии, большая грудная мышца, область ключицы. После четвёртой-шестой процедуры, если боли и припухлость суставов нижних конечностей уменьшились, и мягкие набухания в области нижних конечностей менее выражены, можно перейти к соединительнотканному массажу ноги. Кроме вышеуказанных областей массируются: латеральная поверхность ягодиц, большой вертел бедренной кости, подвздошно-большеберцовый тракт. Подвздошно-большеберцовый тракт массируется от границы нижней и средней трети в проксимальном направлении. Нижняя треть тракта при массаже резко болезненна и приёмы соединительнотканного массажа могут восприниматься как лезвие бритвы. В

этом случае ещё несколько процедур отводятся для соединительнотканного массажа проксимальных областей. Затем массируются: нижняя треть подвздошно-большеберцового тракта в дистальном направлении, короткие движения по задней поверхности бедра двумя руками одновременно, подколенная ямка, задняя поверхность голени двумя руками одновременно в проксимальном направлении, ахиллово сухожилие, стопа. При поражении суставов верхних конечностей соединительнотканый массаж проводится в исходном положении больного сидя. В первые 4-6 процедур массируют: область крестца и таза, нижний край грудной клетки до среднеключичной линии, большую грудную мышцу и область ключицы. На последующих процедурах постепенно добавляются следующие области: латеральный край широчайшей мышцы спины, треугольное пространство по латеральной поверхности грудной клетки, область лопатки, межлопаточная область (диагональные длинные движения от остистых отростков грудных позвонков к внутреннему краю лопатки до ости). Каждая процедура соединительнотканного массажа заканчивается длинными движениями по вентральной поверхности грудной клетки и заключительными длинными движениями под нижним её краем. Добавление новых линий воздействия и приближение к суставам верхней конечности зависит от общего состояния больного, от реакции на соединительнотканый массаж, а также от соединительнотканых изменений на дорсальной поверхности туловища и в периартикулярных тканях поражённой конечности. Прежде чем приступить к соединительнотканному массажу верхней конечности, должны быть обработаны: трапециевидная мышца, грудинно-ключично-сосцевидная мышца, паравертебральная линия, область седьмого шейного позвонка. Лишь затем массируются области верхней конечности: плечевой сустав, дельтовидная область, локтевой сустав, предплечье, лучезапястный сустав, ладонная поверхность кисти и суставы пальцев. Если в равной мере поражены суставы верхних и нижних конечностей, то дорсальная поверхность туловища и вентральная поверхность грудной клетки массируются на каждой процедуре, а верхние и нижние конечности чередуются. Количество процедур соединительнотканного массажа на один курс зависит от тяжести ревматоидного артрита и колеблется от двенадцати до восемнадцати. Желательно повторение курса лечения несколько раз в год. Соединительнотканый массаж необходимо сочетать в комплексе с лечебной физкультурой для восстановления функции поражённых суставов. Лечебную физкультуру следует проводить ежедневно и даже несколько раз в день, в течение продолжительного времени (годы). Лечебную физкультуру назначают рано- при тенденции перехода стадии болезни от острой в подострую. В виде исключения из общего правила её назначают, несмотря на боли в суставах, субфебрилитет и ускоренную соз. Начинают с комплекса физических упражнений для неповреждённых суставов, затем осторожно подключают движения в поражённых. Результаты лечения тем лучше, чем раньше оно начато.

Лечение плоскостопия массажем соединительной ткани: плоскостопие относится к деформациям стопы, заключающемся в уменьшении высоты её сводов. При осмотре и пальпации обнаруживают вальгусное положение пятки, кубовидная кость повернута медиально и вниз, ладьевидная обрисовывается сквозь кожу на медиальном крае стопы, суставно-связочный аппарат ослаблен. В поддержании свода стопы на нормальной высоте огромная роль отводится мышцам-супинаторам- передней и задней большеберцовым, мышцам-флексорам- длинному сгибателю большого пальца, а также длинной малоберцовой мышце. При плоскостопии эти мышцы ослаблены. Плоскостопие может быть врождённого или приобретённого характера. Врождённая плосковальгусная стопа встречается реже, чем приобретённая. Врождённое плоскостопие выявить раньше пяти-шестилетнего возраста затруднительно, так как у всех детей младше пяти лет имеются элементы плоской стопы. На врождённое плоскостопие приходится около трёх процентов от всех случаев данной деформации. Приобретённое плоскостопие встречается часто и может быть следствием травмы (последствия переломов лодыжки, пяточной кости или предплюсневых костей), оперативных вмешательств, результатом периферического паралича подошвенных мышц стопы и голени, остаточных явлений рахита, когда общее ослабление мышечно-связочного аппарата делает стопу податливой под влиянием веса собственного тела. К ослаблению мышечно-связочного аппарата у детей, а вследствие этого-к плоскостопию, могут вести и другие

заболевания детского возраста: гипотрофия, анемия, перенесённые инфекции и другие. Но наиболее часто встречающаяся форма плоскостопия (82 и одна десятая процента)- это статическое плоскостопие, причинами развития которого являются быстрое увеличение массы тела (ожирение, беременность), работа в положении стоя, физиологическое старение, сопровождающееся уменьшением силы мышц, малая физическая активность у лиц сидячих профессий и другие. Отдельно следует отметить наследственно-конституциональное предрасположение к деформациям стоп. В клинической картине плоскостопия выделяют быструю утомляемость ног при ходьбе и боли. Боли обычно усиливаются во второй половине дня и ослабевают после отдыха. При статическом плоскостопии болевые точки определяются как на тыльной, так и на подошвенной поверхностях стопы: в центре свода стопы и у внутреннего края пятки, в центральной части тыла стопы между ладьевидной и таранной костями, под внутренней и наружной лодыжками, между головками плюсневых костей, а также в мышцах голени в результате перенагрузки, в области бедра вследствие перенапряжения мышцы-напрягателя широкой фасции, в коленном и тазобедренном суставах из-за изменения биомеханики. При рахитическом плоскостопии, в отличие от статического, боли обычно отсутствуют. Кроме описанных выше симптомов, характерна неплавная походка, носки разведены в стороны, нередко отёки на дорсальной поверхности стопы и в области латеральной лодыжки. Иногда объём движений во всех суставах ограничен, возможны судороги мышц и симптомы нарушения кровообращения в дистальных участках нижних конечностей. В лечении плоскостопия большое значение отводится тренировке мышц, активно поддерживающих свод стопы. При ожирении применяют соответствующий режим питания. При тяжёлых формах плоскостопия применяют оперативное лечение. Большая роль в консервативной терапии отводится массажу и лечебной физкультуре. Массаж соединительной ткани применяется после разгрузки области стопы и голени с постепенным увеличением дозировки. Исходное положение больного в начале процедуры лёжа на боку, затем на спине. Учитывая характер патологии, следует советовать больному избегать длительных статических нагрузок, ежедневно заниматься лечебной физкультурой. Курсы соединительнотканного массажа повторять 2-3 раза в год. На курс массажа назначается 15-18 процедур. Техника соединительнотканного массажа при плоскостопии :на первых четырёх-пяти процедурах массажу соединительной ткани подвергается крестцово-тазовая область: крестцово-подвздошные сочленения, площадь крестца, линия вдоль гребня таза, большое штрихование таза, угол между гребнем подвздошной кости и позвоночником. В заключение процедуры массажа в исходном положении больного лёжа на спине выполняются: короткие и длинные движения от передней верхней ости подвздошной кости к лобковому сочленению, поперечные длинные движения в области нижней трети живота от лобкового сочленения до передних верхних остей подвздошных костей, длинные движения под нижним краем грудной клетки, диагональные движения над проекцией большой грудной мышцы. С пятой-шестой процедуры постепенно вводятся новые области: большой вертел бедренной кости, латеральная поверхность ягодицы от большого вертела бедренной кости до гребня таза, подвздошно-большеберцовый тракт, надколенник. Заключительная часть процедуры соединительнотканного массажа та же, что и на первых процедурах. После восьмой-десятой процедуры план лечения массажем расширяется: задняя поверхность бедра по направлению к подколенной ямке, задняя поверхность голени, подколенная ямка. С двенадцатой-тринадцатой процедуры, наряду с вышеописанными областями массажного воздействия, присоединяются: короткие движения одновременно двумя руками от середины расстояния между двумя брюшками икроножной мышцы вниз до ахиллова сухожилия, медиальный и латеральный края ахиллова сухожилия, область пятки, межкостные промежутки со стороны подошвы, латеральный и медиальный края стопы. Процедура заканчивается длинными движениями вдоль подвздошно-большеберцового тракта, от передней верхней ости подвздошной кости до лобкового сочленения, под нижним краем рёберной дуги, над проекцией большой грудной мышцы, под и над ключицами. Область ахиллова сухожилия: длинные движения выполняются по латеральному краю ахиллова сухожилия, огибая сзади и снизу латеральную лодыжку, затем аналогичные движения проводятся по его медиальному краю. В заключение движения по этим же линиям осуществляются двумя руками массажиста одновременно. Область пятки: интенсивные короткие движения, начиная от середины дорсального края пятки,

выполняются по её латеральному краю, затем по медиальному. Межкостные промежутки: длинные движения проводятся лишь по межкостным промежуткам с подошвенной поверхности стопы. Движения выполняются достаточно интенсивно от пятки в дистальном направлении. Латеральный и медиальный края стопы: поместив тенары обеих рук на тыле стопы больного, массажист одновременно по латеральному и медиальному краям стопы осуществляет короткие движения в дистальном направлении.

Лечение болезни бехтерева массажем соединительной ткани: заболевание характеризуется прогрессирующим анкилозированием суставов позвоночника. В патологический процесс могут вовлекаться и другие суставы: тазобедренные, плечевые, рёберно-позвоночные, нижней челюсти и другие. Этиология болезни бехтерева не установлена, поражаются преимущественно мужчины в возрасте от двадцати до сорока лет. Заболевание начинается незаметно с болей в области крестцово-подвздошного сочленения и поясничных позвонков. Затем наступает быстрое уплотнение и кальцификация связочного аппарата всего позвоночного столба и расположенных вблизи суставов. Вследствие неподвижности рёберно-позвоночных суставов резко ограничивается функция дыхания, что в дальнейшем может привести к симптомам, угрожающим жизни больного. Заболевание протекает с обострениями и ремиссиями, постепенно прогрессируя. Задачей соединительнотканного массажа является задержать прогрессирование процесса, бороться за сохранение подвижности грудной клетки и всего суставно-связочного аппарата больного. При обострении заболевания соединительнотканый массаж противопоказан. Несмотря на неблагоприятный прогноз болезни бехтерева, соединительнотканый массаж, применённый на ранних стадиях заболевания, даёт положительный эффект. При соединительнотканном массаже особый акцент делается на обработку грудного отдела позвоночника и грудной клетки со всех сторон с целью нормализовать подвижность суставов грудной клетки при акте дыхания. Во время проведения процедуры массажа включаются дыхательные упражнения. При осмотре больного обращают на себя внимание втяжения соединительной ткани в области крестца, по краям крестца и по всей спине имеется тугоподвижность соединительной ткани. В области остистого отростка седьмого шейного позвонка находят жёсткое набухание. Изменения соединительной ткани можно обнаружить на вентральной и латеральной поверхности грудной клетки, а также на конечностях. Техника соединительнотканного массажа при болезни бехтерева: массаж начинают в исходном положении больного сидя в следующем порядке: крестцово-подвздошные сочленения, короткие движения по всей площади крестца, короткие и длинные движения вдоль основания крестца, длинные движения с многократным повторением от пятого поясничного позвонка над гребнем таза до прямой мышцы живота. На последующих процедурах, если в патологический процесс вовлечены тазобедренные суставы, при соединительнотканном массаже области крестца и таза подключаются длинные и короткие движения-большое штрихование таза, а также обработка большого вертела бедренной кости. Последние области массируются в исходном положении больного лёжа на боку и на спине, а затем присоединяются: короткие движения между пятым поясничным позвонком и задней верхней остью подвздошной кости, область поясничных позвонков, нижний край грудной клетки, широчайшая мышца спины, треугольное пространство, волнообразные движения от двенадцатого ребра до нижнего угла лопатки, длинные движения от позвоночника по межреберьям к передней подмышечной линии и далее по направлению к средней линии тела. После нескольких процедур, во время которых массировали по указанному плану, включаются и следующие области: подмышечная впадина, грудина и места прикрепления к ней рёбер, длинное движение по вентральной поверхности валика трапециевидной мышцы в латеральном направлении к акромиальному концу ключицы, короткие движения в углу между ключицей и грудинно-ключично-сосцевидной мышцей. На последующих процедурах подключаются: паравертебральная линия в области шейных позвонков, область седьмого шейного позвонка, дорсальная поверхность валика трапециевидной мышцы в исходном положении больного лёжа на спине. При поражении суставов нижних конечностей дополнительно массируются: подвздошно-большеберцовый тракт и латеральная поверхность бедра в проксимальном направлении, середина задней поверхности бедра (одновременно двумя руками). В случае поражения суставов верхних конечностей

массируются: область лопатки, плечевой сустав, дельтовидная область. Некоторые авторы считают, что массаж конечностей при их поражении необязателен, достаточно уделить внимание задней поверхности туловища и грудной клетке со всех сторон. При поражении суставов нижней челюсти возможно подключение в план массажа: нижнего края нижней челюсти, скуловой дуги и скуловой кости, передней границы волосистой части головы от козелка уха до виска. Дополнительные области при поражении суставов верхних и нижних конечностей, а также суставов нижней челюсти можно подключать лишь при улучшении общего состояния больного. Каждая процедура соединительнотканного массажа заканчивается длинными движениями в области грудной мышцы и ключицы. ОБЛАСТЬ ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ: В исходном положении больного сидя или лёжа на боку короткими движениями обрабатывается паравертебральная область на уровне поясничных позвонков. Направление коротких движений по диагонали снизу вверх к остистым отросткам. ОБЛАСТЬ межреберий: В исходном положении больного сидя по задней поверхности грудной клетки проводятся длинные движения по пяти нижним межреберьям от остистых отростков грудных позвонков с двенадцатого по седьмой до передней подмышечной линии. Возможно массировать 4 нижних межреберья по вентральной поверхности грудной клетки длинными движениями по направлению к груди, но не выше уровня пятого грудного сегмента. Курсы соединительнотканного массажа состоят из двенадцати-восемнадцати процедур с повторением несколько раз в год. Кроме того, при болезни Бехтерева полезен также классический массаж, плавание в тёплой воде и физические упражнения по 10-15 минут 4-5 раз в день в медленном темпе. Из лечебной физкультуры быстрые резкие движения, прыжки, бег исключаются. Полезны элементарные движения для рук, ног, позвоночника, дыхательные упражнения, в том числе Для компенсаторного развития диафрагмального дыхания. Вопросы для самоконтроля: 1. При каких заболеваниях опорно-двигательного аппарата показан массаж соединительной ткани, значение стадии болезни для назначения массажа? 2. При каких заболеваниях показано большое штрихование таза? 3. Можно ли в одну процедуру массировать верхние и нижние конечности больного, страдающего ревматоидным артритом? 4. Каков план массажа при ревматоидном артрите с преимущественным поражением верхних конечностей? Контрольные задания: 1. Выполните массаж соединительной ткани при деформирующем артрозе следующих суставов: тазобедренного, коленного, голеностопного, плюснефалангового сустава первого пальца стопы. 2. Выполните процедуру массажа при деформирующем артрозе плечевого, локтевого, лучезапястного и суставов кисти. 3. Выполните процедуру массажа при ревматоидном артрите верхних конечностей. 4. Составить план и выполнить процедуру массажа больному, страдающему плоскостопием. 5. Выполнить процедуру массажа при болезни Бехтерева с поражением тазобедренных суставов, позвоночника и суставов нижней челюсти.

13. Методики соединительнотканного массажа при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА МАССАЖЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ: Массаж соединительной ткани является ценным дополнительным лечебным методом при заболеваниях желудка и применяется наряду с диетотерапией, медикаментозными средствами и другими Методами лечения. Основные показания к массажу соединительной ткани являются хронический гастрит, язвенная болезнь желудка вне обострения и при отсутствии склонности к кровотечениям, а также спазм кардиальной части желудка. Массаж стимулирует кровоснабжение желудка, нормализует Тонус вегетативной нервной системы и устраняет секреторные нарушения и спазм мускулатуры желудка. Массаж соединительной ткани малоэффективен при каллёзных язвах, наличии грубых рубцовых изменений и стеноза. С профилактической целью при хроническом гастрите и язвенной болезни желудка рекомендуется проводить массаж два раза в году - весной и осенью, чтобы избежать обострений. Проводя диагностику, зоны соединительной ткани можно обнаружить с левой стороны на дорсальной поверхности тела в сегментах С3- С4, ТН5-9 с максимальными пунктами: С3- в области надплечья, ТН2- под остью левой лопатки, ТН6- в области нижнего угла левой лопатки, ТН7-8- паравертебрально. На вентральной поверхности тела рефлекторные изменения

в соединительной ткани выявляются в сегментах: С3-4 и ТН5-9. На нижнем крае грудной клетки слева определяются множественные втяжения, угол между ключицей и латеральным краем грудинно-ключично-сосцевидной мышцей слева напряжён. Часто наблюдается втяжение в эпигастральной области. При обострении гастрита или язвенной болезни желудка набухания соединительной ткани на уровне указанных выше сегментов мягкие и эластичные. В стадии ремиссии набухания имеют плотную консистенцию. Мягкие набухания, соответствующие острому патологическому процессу, не подлежат массажу соединительной ткани. Массаж соединительной ткани показан при наличии плотных набуханий и проводится в исходном положении сидя. **ТЕХНИКА СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО МАССАЖА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА:** В течение четырёх-шести процедур массаж осуществляется в следующей последовательности: область крестца и крестцово-подвздошных сочленений, основание крестца, гребень подвздошной кости, длинные движения от пятого поясничного позвонка до латерального края прямой мышцы живота на уровне пупка, угол между гребнем подвздошной кости и позвоночником, нижний край грудной клетки с двух сторон, длинные движения под нижними краями грудной клетки, длинные движения над большими грудными мышцами. После четвёртой-шестой процедуры возможно применить при улучшении общего состояния больного дополнительные линии массажа: длинные движения от передней аксиллярной линии вдоль шестого-седьмого межреберий под нижним углом лопатки и далее вверх до седьмого шейного позвонка (движения повторяются несколько раз), межрёберные промежутки с вентральной и дорсальной поверхности грудной клетки слева, область яремной ямки, длинное движение в надключичной ямке в латеральном направлении. В заключение повторяются длинные движения под нижними краями грудной клетки. На курс лечения приходится 12-15 процедур, продолжительность процедуры 20-30 минут.

ЛЕЧЕНИЕ МАССАЖЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ БОЛЕЗНЕЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ: При заболевании печени и желчного пузыря соединительнотканый массаж наиболее эффективен при дискинезиях желчных путей. Он также применяется при холецистите и холангите в периоде ремиссии, при последствиях гепатита, при постхолецистэктомическом синдроме. С помощью соединительнотканного массажа можно улучшить кровоснабжение печени и желчного пузыря, нормализовать тонус и сокращение желчного пузыря и желчных ходов, ликвидировать спазм гладких мышц и боли. Данные осмотра указывают, что рефлекторные изменения в соединительной ткани локализуются на уровне С3-С4 и ТН6-ТН10 справа. Если имеются сопутствующие заболевания других органов брюшной полости, то рефлекторные изменения можно выявить также с левой стороны. Максимальные точки боли локализуются между правой лопаткой и позвоночником на уровне ТН2-3, под нижним углом правой лопатки ТН6-7, вдоль нижнего края рёберной дуги в сегментах ТН9-10, в области валика трапециевидной мышцы (С3), в области прямой мышцы живота ТН7-8. **ТЕХНИКА МАССАЖА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ:** Массаж, как обычно, начинают с области крестца, выполняя все описанные выше линии. Затем массируют: латеральный Край широчайшей мышцы спины, треугольное пространство по боковой поверхности грудной клетки, область лопатки короткими и длинными движениями, включая длинные движения вдоль латерального и медиального краёв правой лопатки, а также под остью, межрёберные длинные линии по вентральной и дорсальной поверхностям грудной клетки, нижний край грудной клетки, печёночный штрих, диагональные длинные движения над большой грудной мышцей и ключицей. печёночный штрих и длинные движения по вентральной поверхности тела неоднократно повторяются, особенно под нижним краем грудной клетки с двух сторон. На одну массажную процедуру тратится 20-30 минут, на курс 12-15 процедур.

Лечение хронических колитов с помощью массажа соединительной ткани: Массаж показан при хронических колитах вне обострения, сопровождающихся симптомами запоров. Массаж применяется как при спастическом, так и при атоническом характере запоров. Соединительнотканый массаж противопоказан, если в анамнезе больного имелись кишечные кровотечения. Перед назначением массажа больному должна быть проведена ректороманоскопия, колоноскопия или рентгенография кишечника.

Хронические запоры бывают результатом малоподвижного образа жизни, нерационального питания, эндокринных нарушений (например, при сахарном диабете), нарушений вегетативной нервной системы и других. В этих случаях необходимо по возможности устранить первопричину. При спастических запорах данные осмотра покровных тканей указывают на напряжения в коже, подкожной соединительной ткани в области наружной косой и прямой мышцах живота, подвздошной, крестцово-остистой мышцы и приводящих мышцах бедра. Уровень рефлекторных изменений на дорсальной поверхности тела при спастических запорах находится в пределах сегментов С3-4, ТН8-12, L1-4, S3, нейтрально- на уровне сегментов С3-С4, ТН9-12, L1-2. На краях крестца, гребнях таза, на поверхности крестца и на линии, соединяющей среднюю треть Крестца и латеральную треть подъягодичной складки (кишечная зона-1), находят втяжения. При пальпации в углу между гребнем таза и позвоночником выявляют повышенное напряжение соединительной ткани. Такое же напряжение заметно вдоль подвздошно-большеберцового тракта, поэтому при массаже данной области больной ощущает сильную резь. Техника соединительнотканного массажа при спастических и атонических запорах: Лечение начинают в исходном положении больного сидя. В течение трёх процедур ограничиваются массажем следующих областей: крестцово-подвздошные сочленения, вся площадь крестца и его основание, гребень подвздошной кости, линия от пятого поясничного позвонка к латеральному краю прямой мышцы живота. С первой процедуры в исходном положении больного лёжа на спине, массируются подвздошно-большеберцовый тракт, а также большой вертел бедренной кости в исходном положении лёжа на боку. С четвёртой процедуры массаж соединительной ткани заканчивается легко и медленно выполняемыми длинными движениями под нижним краем грудной клетки и над гребнем таза от заднеаксиллярной линии до лобкового сочленения двумя руками одновременно. С шестой процедуры дополнительно массируются: латеральный край прямой мышцы живота от пупка вниз до паховой складки и вверх до нижнего края грудной клетки, нижняя треть живота длинными поперечными движениями от лобкового сочленения до передней верхней ости подвздошной кости. В заключительной части массажной процедуры выполняются длинные движения под нижним краем грудной клетки, над гребнями таза к лонному сочленению, над большой грудной мышцей и ключицей. С седьмой-восьмой процедуры массаж заканчивают печёночным штрихом. Всего на курс лечения назначается 12-15 процедур, выполняемых через день, продолжительность массажа до тридцати минут. Для активизации брюшного дыхания процедуру соединительнотканного массажа рекомендуется заканчивать физическими упражнениями в исходном положении больного лёжа на спине: дыхательные упражнения, разведение прямых поднятых вверх ног в поперечном направлении, вращение внутрь, а затем наружу прямых поднятых вверх ног и другие Упражнения. Кроме того, полезно применить различные сотрясения живота, заимствованные из классического или колонмассажа. Прерывистая ручная вибрация в области живота не рекомендуется. Атоническая форма запоров требует более длительного курса лечения- 15-20 процедур, 3-4 раза в неделю. При обследовании больного обращают внимание на слабость мышц брюшного пресса и дряблые покровные ткани. Лечение проводится по описанному выше плану, но более интенсивно. С четвёртой-шестой процедуры подключают обработку короткими движениями угла между позвоночником и гребнем подвздошной кости, направление коротких движений к пятому поясничному позвонку. Ещё более широко используют элементы классического и колонмассажа (сотрясения), а также физические упражнения. Из приёмов классического массажа допускается выполнение растирания спиралевидно по ходу перистальтики и поглаживания в виде глажения (первый вариант). Из физических упражнений, выполняемых как в конце процедуры массажа, так и утром после ночного сна, рекомендуются из исходного положения лёжа на спине движения, имитирующие езду на велосипеде, отведение и скрещивание прямых ног в горизонтальной и вертикальной плоскости (ножницы), дыхательные упражнения и другие.

Лечение хронического панкреатита массажем соединительной ткани: При хроническом панкреатите вне обострения возможно применение массажа соединительной ткани. Обследование выявляет различные рефлекторные изменения в соединительной ткани на уровне сегментов ТН7-9 слева. Так как при хроническом

панкреатите часто бывают сопутствующие заболевания других органов брюшной полости, то втяжение или набухание соединительной ткани можно обнаружить в кишечной зоне-1, в тканях над верхней частью прямой мышцы живота справа в Сегментах ТН7-8, в нижней части живота в сегментах ТН12-L2 а также ниже пупка ТН10-11. План массажа при лечении хронического панкреатита строится с учётом всех сопутствующих заболеваний и выявленных рефлекторных изменений. В заключение следует отметить, что при всех заболеваниях желудочно-кишечного тракта, наряду с массажем соединительной ткани и другими видами лечения, необходимо придерживаться назначенной врачом диеты. Вопросы для самоконтроля: 1. Перечислите показания и противопоказания к массажу соединительной ткани при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. 2. Где можно обнаружить зоны соединительной ткани при заболеваниях желудочно-кишечного тракта? Контрольные задания: 1. Составьте план и выполните массаж при хроническом гастрите. 2. Выполните процедуру массажа при дискинезиях Желчных путей. 3. Составьте план и выполните соединительнотканый массаж при хроническом колите. 4. Самостоятельно составьте ориентировочную схему лечения при сочетании хронического панкреатита и хронического холецистита.

14 методика соединительнотканного массажа при заболеваниях мочеполовой системы

Массаж соединительной ткани показан в периоде ремиссии при воспалительных заболеваниях почек, почечных лоханок, мочевого пузыря, предстательной железы, после оперативных вмешательств по поводу почечно-каменной болезни или заболеваний предстательной железы, при ночном недержании мочи, при функциональных заболеваниях мочевыводящих путей. Противопоказаниями к массажу соединительной ткани являются все острые или обострения хронических заболеваний мочеполовой Системы, а также инфекционные заболевания (например, туберкулёз почек и мочевыводящих путей). Соединительнотканый массаж, нормализуя тонус вегетативной нервной системы, способствует улучшению кровоснабжения и функций почек и мочевыводящих путей, ликвидирует боли в пояснице, тупые головные боли постоянного характера, а также симптом холодных ног, часто встречающиеся у данной категории больных. При осмотре больного с патологией почек находят рефлекторные изменения соединительной ткани на стороне поражения: дорсально в области надплечья (сегмент С3), в межлопаточной области (сегмент ТН4), а также на уровне сегментов ТН8-12, L1-L4. Значительное напряжение соединительной ткани имеется в зоне головы-2 и в зоне почек. Дорсально максимальные пункты соединительнотканых изменений находятся в сегментах С3 и ТН4. На вентральной поверхности тела рефлекторные изменения выявляются на уровне сегментов ТН8-12, L1-L3 с максимальными изменениями соединительной ткани в сегменте L3, выше подколенного. При заболеваниях мочевого пузыря и простаты рефлекторные изменения в соединительной ткани определяются с двух сторон на уровне сегментов ТН10-12, L1-2, L4-5, S1-3 на дорсальной поверхности тела с максимальными изменениями в межлопаточной области в сегменте ТН4. Зона мочевого пузыря ярко выражена в виде втяжения округлой формы, а по нижней части ягодиц заметны небольших размеров пупкообразные вдавления. На вентральной поверхности тела рефлекторные изменения обнаруживают в сегментах ТН10-12, максимальный пункт в сегменте ТН12 в Нижней части живота. Часто при заболеваниях почек и мочевыводящих путей больной во время процедуры соединительнотканного массажа не ощущает характерной рези или царапанья ногтем. В этом случае воздействуют на реактивные точки в поясничном треугольнике, в подвздошно-прямокишечной ямке, находящейся в центре ягодицы, в латеральной части подъягодичной складки. Воздействие на реактивные точки не допускается при лечении недержания мочи, где применим лишь осторожный лёгкий массаж соединительной ткани. при хронических простатитах часто Имеются жалобы на расстройство мочеиспускания, выражающиеся в учащённых позывах и болях в начале и конце акта, а также ноющие боли с иррадиацией в крестец, промежность, мошонку, прямую кишку и паховую область. Боли увеличиваются после полового акта, а также вследствие длительного полового воздержания. Хронический простатит сопровождается расстройством половых функций

и нервно-психическими нарушениями. С помощью массажа соединительной ткани можно улучшить кровообращение в предстательной железе, устранить застойные явления в малом тазу, боли, улучшить половую функцию и устранить нервно-психические нарушения. При остром простатите или обострении хронического данный массаж не применяется. Он применяется лишь в стадии ремиссии, его можно сочетать с лечебной физкультурой и урологическим массажем. Назначается массаж соединительной ткани только после обследования больного врачом-урологом. Техника соединительнотканного массажа при заболеваниях мочеполовой системы: Массаж начинают с пояснично-крестцовой области, где обрабатывается: крестец, крестцово-подвздошные сочленения, гребень подвздошной кости, длинные движения от остистого отростка пятого поясничного позвонка к латеральному краю Прямой мышцы живота. Затем массируются бедро и латеральная поверхность ягодиц: короткие и длинные движения в проксимальном направлении от нижней трети подвздошно-большеберцового тракта, латеральная поверхность ягодиц между большим вертелом бедренной кости и передней верхней остью подвздошной кости (движения выполняются дугообразно в вентральном направлении), короткие и длинные движения вдоль нижней трети подвздошно-большеберцового тракта в дистальном направлении. При необходимости с пятой-шестой процедуры подключаются короткие движения двумя руками одновременно по средней линии задней поверхности бедра от середины подъягодичной складки по направлению к подколенной ямке. Аналогично выполняются Короткие движения по задней поверхности голени между головками икроножных мышц в сторону подколенной ямки. При заболеваниях мочевого пузыря, если имеется симптом холодных ног, длинные движения выполняются вдоль ахиллова сухожилия в дистальном направлении, обходя сзади и снизу медиальную и латеральную лодыжки. Кроме того, возможны длинные движения вдоль межкостных промежутков со стороны подошвы и короткие движения в области пятки. При заболеваниях мочеполовой системы во второй половине курса лечения обычно массируется область живота: короткие движения по латеральному краю прямой мышцы живота от симфиза до пупка, короткие и длинные движения от передней верхней ости подвздошной кости к лонному сочленению, длинные поперечные движения от лонного сочленения до передней верхней ости подвздошной кости. В плане лечения хронических простатитов с расстройствами половых функций также массируется крестцово-тазовая область, подвздошно-большеберцовый тракт, латеральная поверхность ягодиц и живот. Кроме того, включаются линии в области медиального края портняжной мышцы, с многократным повторением длинных движений в проксимальном направлении в области верхней трети портняжной мышцы (варикозный штрих) и длинных движений в латеральном направлении под нижним краем рёберной дуги справа (печёночный штрих). Включение варикозного и печёночного штрихов стимулирует кровообращение в венозной системе. печёночный штрих благоприятно действует при нервно-психических синдромах, часто сопровождающих расстройство половых функций. Нервно-психические расстройства также устраняются длинными поперечными движениями в области лба. Процедура массажа при мочеполовых заболеваниях заканчивается неоднократным повторением длинных движений одновременно двумя руками под нижними краями рёбер от среднеаксиллярной линии к мечевидному отростку и от этой же линии над гребнем таза к лонному сочленению. На курс лечения назначается 12-15 процедур, по 3-4 раза в неделю. Вопросы для самоконтроля: 1. каковы показания и противопоказания к массажу соединительной ткани при заболеваниях мочеполовой Системы? 2. на каком уровне сегментарной иннервации находятся зоны рефлекторных изменений при болезнях почек, мочевого пузыря и простаты? Контрольное задание: Выполните процедуру массажа соединительной ткани при хроническом простатите в периоде ремиссии.

15. Методика соединительнотканного массажа в акушерстве и гинекологии

массаж соединительной ткани является ценным дополнением среди физических методов лечения, применяемых в акушерстве и гинекологии. Во время беременности массаж противопоказан, так как возможны сокращения матки и прерывание беременности. По данным немецких авторов (дикке, шлиак, вольфф), данный вид

массажа успешно применяется при слабости родовой деятельности, для устранения спазма маточного зева. Массаж соединительной ткани ускоряет ход родов и снижает болевые ощущения. В послеродовом периоде соединительнотканый массаж можно использовать для стимуляции лактации при гипогалактии. В гинекологической практике данный массаж с успехом применяется при аменорее, гипоменорее, олигоменорее, дисменорее, при болях в области пояснично-крестцовой области после перенесённых воспалительных заболеваний женских половых органов или операций. Нарушения менструальной функции подлежащие массажу соединительной ткани, всегда вторичные и могут быть симптомами гинекологического заболевания (воспаление матки и придатков), сопутствовать экстрагенитальным заболеваниям (пороки сердца, болезни эндокринных желёз или центральной нервной системы), интоксикациям, психическим травмам и другим нарушениям. отсутствию менструального цикла обычно сопутствуют синдром головной боли, тошнота, рвота, боли в Пояснице, диспепсические расстройства, общеневротические наложения в виде бессонницы или, наоборот, сонливости. Массаж соединительной ткани противопоказан при инфекционных заболеваниях половых органов, всех острых воспалительных или обострениях хронических заболеваний женских половых органов, кистах яичника, доброкачественных и злокачественных опухолях женских половых органов, при эндометриозе, а также, как указывалось выше, при беременности. Перед назначением соединительнотканного массажа женщина должна быть полностью обследована и осмотрена гинекологом. При осмотре покровных тканей больных, страдающих аменореей или гипоменореей, отмечается втяжение и гладкая поверхность в области крестца. При других заболеваниях соединительная ткань напряжена и можно выявить её набухания в верхней части крестца, по краям крестца, на гребнях таза, в углу между позвоночником и гребнем таза, в области ягодичной мышцы, большого вертела бедренной кости, подвздошно-большеберцового тракта. На вентральной поверхности тела изменения соединительной ткани обнаруживаются внизу живота, над средней частью портняжной мышцы. Иногда изменения соединительной ткани находят в дистальных отделах нижних конечностей. При нарушениях менструального цикла перед курсом соединительнотканного массажа по анамнестическим данным необходимо вычислить срок предполагаемой менструации, после чего построить график лечения таким образом, чтобы максимальный эффект пришёлся на первые дни предполагаемых месячных. Например, если месячные прекратились не более шести месяцев назад, то вычисляют предполагаемый день ближайшей менструации и с этого дня проводят 5 сеансов массажа ежедневно, затем делают интервал на 10 дней, а затем массаж в течение пяти дней повторяют. Обычно менструация наступает, чтобы добиться стойкого результата по данной схеме массируют несколько раз. Если месячные прекратились более полугодом назад и вычислить день ближайшей менструации невозможно, то массаж проводят по схеме лечения дисменореи. В редких случаях лечения аменореи добиться успеха, применяя указанные выше схемы, не удаётся, тогда лечение продолжается как при дисменорее. Соединительнотканый массаж при дисменорее начинают за две недели до предполагаемых месячных, первые 3-4 процедуры массажа выполняют через день. С четвёртой-пятой процедуры до десятой-одиннадцатой включительно массируют ежедневно, затем после окончания менструации массируют 1-2 раза в неделю. Всего на курс лечения проводят 15-16 процедур. Техника соединительнотканного массажа при аменорее: Исходное положение больной в начале процедуры массажа сидя, массажист стоит сзади. Массаж области крестца в данном случае является специфическим лечением и все приёмы повторяются несколько раз: крестцово-подвздошные сочленения с двух сторон, область крестца, основание крестца, гребень таза с двух сторон. Затем массажист воздействует на реактивные точки: в поясничном треугольнике, по нижнему краю генитальной зоны-1, в подвздошно-прямокишечной ямке, латеральное большого вертела бедренной кости, в области портняжной мышцы. На каждую из перечисленных выше симметричных реактивных точек воздействуют 4-6 раз. В исходном положении лёжа на спине массируется нижняя половина живота: короткие движения от гребня таза к симфизу, по этой же линии выполняются длинные движения, поперечные длинные движения, начиная от границы роста волос и постепенно поднимаясь до передних верхних остей подвздошных костей. В заключение выполняются длинные движения диагонально над большой грудной мышцей, под нижними краями рёбер и от гребня таза до симфиза.

Техника массажа соединительной ткани при дисменорее и других гинекологических заболеваниях: При дисменорее лечение проводится по вышеописанному плану, но воздействия на все реактивные точки исключаются. Если имеются жалобы на боль в области молочных желёз перед наступлением менструации, дополнительно выполняется Длинное движение от среднеаксиллярной линии по шестому-седьмому межреберьям, под нижним углом лопатки, по межлопаточной области к остистому отростку седьмого шейного позвонка. Данные движения неоднократно повторяются. Для рассасывания спаек после перенесённого воспалительного заболевания женских половых органов или операции массаж соединительной ткани начинают в исходном положении больной лёжа на животе. Массируется крестец, крестцово-подвздошные сочленения, гребни таза. В исходном положении лёжа на боку массируют область большого вертела бедренной кости, в исходном положении лёжа на спине короткими и длинными движениями обрабатывается подвздошно-большеберцовый тракт. После четырёх-пяти процедур, когда беспокоящие женщин боли в пояснично-крестцовой области и напряжение тканей в углу между гребнем подвздошной кости и позвоночником уменьшаются, в план массажа дополнительно включают: короткие движения в углу между гребнем таза и позвоночником, нижнюю часть области живота, короткие движения вокруг послеоперационного рубца. Процедура массажа заканчивается длинными движениями под нижним краем грудной клетки, над гребнем таза по направлению к симфизу, вдоль подвздошно-большеберцового тракта и диагонально над большой грудной мышцей. Курс массажа соединительной ткани состоит из пятнадцати процедур, которые выполняются в начале курса 3, а в конце 2 раза в неделю. Массаж соединительной ткани также может быть применён при лечении патологического климакса, сопровождающегося вегето-сосудистыми и нервно-психическими расстройствами: ощущения прилива жара к голове, шее, груди, мигрирующие головные боли, боли в области сердца, бессонница, повышенная раздражительность, плаксивость, депрессивные состояния и другие. При обследовании женщин, имеющих данные симптомы, обнаруживают втяжения или набухания соединительной ткани в области крестца и таза. Лечение проводится в исходном положении больной сидя: массируется крестцово-тазовая область по Приведённому выше плану, затем выполняются короткие и длинные движения по нижнему краю грудной клетки, диагональные движения над областью большой грудной мышцы. Через две-три процедуры массажа в план лечения добавляется область нижней половины живота, выполняемая в исходном положении лёжа на спине. При депрессивных состояниях, начиная с седьмой-восьмой процедуры, подключается печёночный штрих, который неоднократно повторяют. При повышенной раздражительности, плаксивости, бессоннице процедуру соединительнотканного массажа рекомендуется заканчивать длинными поперечными движениями в области лба от виска к виску на уровне от передней границы волосистой части головы до уровня надбровных дуг. В отношении влияния массажа соединительной ткани на ощущение жара в области головы, шеи и груди, часто сопровождающих климакс, нет единого мнения. По данным одних авторов эти симптомы под влиянием соединительнотканного массажа исчезают, особенно после длинных движений под нижним краем грудной клетки. Другие специалисты отмечают в некоторых случаях усиление приливов жара, что заставляет отказаться от данного вида массажа при климаксе. При хорошей переносимости количество процедур на курс лечения при климаксе 12-15 процедур с периодическим повторением. В план лечения соединительнотканном массажем женщин, страдающих гипогалактией, кроме массажа области крестца, таза, живота, включается молочный штрих- движение от среднеаксиллярной линии вдоль шестого-седьмого межреберий до седьмого шейного позвонка. Вопросы для самоконтроля: 1. Каковы показания и противопоказания для массажа соединительной ткани при гинекологических заболеваниях? 2. Укажите на характер рефлекторных изменений и их топографию при различных гинекологических заболеваниях. 3. Каковы схемы лечения при аменорее и дисменорее? Контрольное задание: выполните массаж соединительной ткани при аменорее, дисменорее, после перенесённой гинекологической операции и при климаксе.

Заключение

Итак, массаж соединительной ткани применяется в лечении многих заболеваний внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, сосудов в хронической и подострой стадиях, сопровождающихся нарушением вегетативных функций. Лечение наиболее эффективно при наличии выраженных рефлекторных изменений в тканях человека. Плотные набухания или втяжения соединительной ткани указывают на целесообразность применения данного вида массажа. При острой стадии заболевания и наличии мягких зон соединительной ткани массаж не проводится. Мы, также, считаем, что не следует применять массаж соединительной ткани при беременности, наличии доброкачественных и злокачественных опухолей, хотя в зарубежной литературе имеются на это указания. Особенности соединительнотканного массажа являются: оригинальная техника, основанная на растяжении соединительной ткани одного слоя над другим и получения при этом предусмотренных ощущений в виде рези, определённый порядок воздействия, при котором вначале устраняют нижележащие рефлекторно-сегментарные изменения. Впрочем, это характерно для всех видов сегментарного массажа. Как и любой сегментарный, массаж соединительной ткани должен дозироваться в зависимости от реактивности Больного. Учитывая длительное последствие процедур соединительнотканного массажа, следует осторожно и вдумчиво комбинировать его с другими видами терапии. Технику массажа невозможно освоить только по описанию, необходимы соответствующие практические занятия. Кажущаяся простота выполнения приёмов обманлива, помимо того Массажисту необходима специальная тренировка, поскольку выполнение однотипных движений с напряжённой рукой довольно утомительно. Мы надеемся настоящей работой вызвать интерес врачей и специалистов по массажу, способствовать распространению соединительнотканного массажа, как эффективного безлекарственного метода-позволяющего расширить возможности оказания помощи при многих хронических заболеваниях. Ещё раз подчёркиваем, что массаж соединительной ткани имеет преимущество перед другими видами массажа при ангиопатиях конечностей, зрительных нарушениях, посттравматических синдромах поражения верхних конечностей, ревматоидном артрите и многих других заболеваниях и синдромах при которых ярко выражены рефлекторные изменения соединительной ткани.