

01.1.2.7.1. Классический массаж в комплексном лечении остеохондроза и других заболеваний позвоночника и суставов
теоретическое занятие (2ч)

Остеохондроз- это дегенеративно-дистрофическое поражение межпозвонкового диска, при котором процесс, начинаясь, чаще, в пульпозном ядре, прогрессивно распространяется на все элементы диска, а в дальнейшем вовлекается весь сегмент (тела смежных позвонков, межпозвонковые суставы и связочный аппарат).

Клиническая картина остеохондроза характеризуется хроническим течением заболевания с различной длительностью периодов обострения и ремиссий.

Главенствующими синдромами являются болевые, статические (вертебральные), неврологические, вегетососудистые, висцеральные и синдром нестабильности позвоночника, причем не всегда имеется соответствие между интенсивностью клинических симптомов и рентгенологическими признаками.

Способствуют развитию остеохондроза микротравматизация дисков при поднятии тяжестей, повышенных нагрузках, гиподинамия, длительное пребывание в одной позе, аномалии развития, эндокринно-гормональный (ожирение, беременность), иммунологический факторы и др.

Основные проблемы больных остеохондрозом:

- головная боль, зрительные расстройства (ощущение песка в глазах, потемнение в глазах), пояснично-крестцовые боли с иррадиацией в ногу;
- гипотрофия мышц спины, поясницы, искривление позвоночника, ограничение трудоспособности, дефицит самоухода, беспокойность своим состоянием;
- риск инвалидизации, поражение внутренних органов брюшной полости и малого таза, суставная патология, сосудистые заболевания, вестибулярные нарушения (покачивание при ходьбе, головокружение).

Синдромы, развивающиеся при остеохондрозе:

I. Рефлекторные

- Цервикаго - острая боль в шее.
- Цервикалгия - хроническая боль в шее.
- Цервикокраниалгия – боль в шее, иррадиирующая в голову.
- Цервикобрахиалгия - боль в шее, иррадиирующая в плечо.
- Синдром позвоночной артерии.

Развивается вследствие раздражения симпатического сплетения.

Характерны пульсирующие головные боли - симптом «снятия шлема», шум

в ухе, головокружение, цветные пятна перед глазами, болезненность точки проекции позвоночной артерии при пальпации.

II. Нейродистрофические

— Плечелопаточный периартроз.

Боль и ограничение объема движений в плечевом суставе, преимущественно ограничены отведение плеча и заведение руки за спину.

— Синдром плечо-кисть.

Плечелопаточный периартроз в сочетании с вегетативными расстройствами в области кисти (отечность, синюшность, снижение температуры), болезненная тугоподвижность плечевого сустава, кисти и пальцев.

— Эпикондилит плеча.

Периартроз локтевого сустава, эпикондилит фехтовальщиков, «локоть теннисиста» — болезненность надмыщелка плеча, усиливающаяся при движениях.

III. Грудные вертеброгенные синдромы

— миофасциальный болевой синдром - боль в грудной клетке (торакалгия),

— позвоночно-реберный артроз,

— гормональная спондилопатия вследствие остеопороза,

— заболевания внутренних органов (опухоли, заболевания легких, холецистит, панкреатит, язвенная болезнь).

Так как грудной отдел позвоночника малоподвижен, в нем нет условий для травматизации дисков. Грыжи грудных дисков с компрессией корешков и спинного мозга встречаются редко.

Шейный остеохондроз - дегенеративно-дистрофическое поражение межпозвонкового диска в шейном отделе позвоночника. Чаще остеохондроз развивается в нижних отделах (уровень С₆, С₇).

Люди со слабым физическим развитием и с избыточным весом входят в группу риска по развитию и прогрессированию шейного остеохондроза.

Остеохондроз шейного отдела позвоночника имеет свои клинические особенности из-за сложного строения по сравнению с другими отделами позвоночного столба.

Уязвимость шейного отдела заключается в анатомически разном строении шейных позвонков, их более плотном сочленении в позвоночном столбе, менее мощном мышечном каркасе и менее массивной структуре тел позвонков относительно других отделов позвоночника.

В боковых отростках с II-VI шейных позвонках имеются отверстия, образующие канал, где проходит позвоночная артерия, вена и симпатический нерв.

При нестабильности шейных позвонков, по причине дегенеративных процессов в межпозвонковых дисках возникает смещение шейных позвонков и сдавление позвоночной артерии. При функциональной стадии компрессионного синдрома, когда нет еще органического поражения (стойкой ишемии) структур головного мозга, возможны такие симптомы, как головная боль, вестибулярные нарушения (покачивание при ходьбе, головокружение) и зрительные расстройства (ощущение песка в глазах, потемнение в глазах). Головная боль имеет жгучий, пульсирующий характер, усиливается при изменении положения головы и распространяется от затылочной к лобной части головы.

При снижении высоты межпозвоночного диска, уменьшении эластичности фиброзного кольца в разных сегментах шейного отдела позвоночника развивается корешковый синдром, сопровождающийся двигательными и чувствительными нарушениями.

Осложнением остеохондроза является выпячивание или разрыв фиброзного кольца межпозвонкового диска (грыжа). Так как шейный отдел содержит очень плотную заднюю продольную связку, то выпячивание чаще происходит не назад, а вбок.

При выпячивании межпозвонкового диска фиброзное кольцо остается целым, пульпозное ядро диска смещается относительно центра. При разрыве фиброзного кольца ядро "вытекает" через место разрыва.

Если смещение или "вытекание" ядра происходит в сторону или вперед относительно тел позвонков, это может привести к боли и расстройству работы тех органов, которые иннервируются нервными корешками данного позвоночного сегмента.

Если смещение диска направлено вовнутрь, в сторону спинного мозга, это может привести к более тяжелым последствиям, даже к смертельному исходу.

Возможен и другой вариант повреждения нервных корешков: при смещении фиброзного кольца компрессия корешков возникает в противоположной стороне из-за защемления спинномозговых нервов самими телами позвонков.

Общие принципы лечения шейного остеохондроза заключаются в консервативной терапии, направленной на снижение болевых ощущений у пациента и на борьбу с воспалением.

Нелекарственные методы включают мануальное воздействие, рефлексотерапию, гирудотерапию (лечение пиявками), лечебную гимнастику. В отдельных тяжелых случаях показано хирургическое вмешательство.

Для профилактики шейного остеохондроза следует вести активный образ жизни, заниматься утренней зарядкой, соблюдать умеренно-калорийную диету, избавиться от вредных привычек и избегать подъема тяжестей. Прямая

осанка, правильная поза во время сидения и сна, удобный матрас и подушка, также являются немаловажными факторами в профилактике остеохондроза.

При шейном остеохондрозе назначают массаж головы и воротниковой зоны, плечевого пояса, шейного и верхне-грудного отделов позвоночника и руки на стороне поражения.

Цель массажа: улучшение питания мягких тканей, окружающих позвоночник, межпозвонковых дисков, уменьшение гипертонуса мышц шеи, уменьшение и ликвидации застойных явлений в позвоночных венах, улучшение мозгового кровообращения, ликвидация болей в области шеи и головы, предупреждение дальнейшего развития дегенеративных процессов и костной деформации, уменьшение и ликвидация мышечной слабости в руке.

Исходные положения: пациента — сидя на стуле; массажиста — стоя или сидя позади пациента.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

1. Задняя поверхность туловища.
2. Шея и надплечье, включая область лопаток, особенно на стороне поражения.
3. Подготовительный массаж переднебоковой поверхности шеи.
4. Массаж волосистой части головы.
5. Массаж руки на стороне поражения, если имеются расстройства на верхней конечности.

Массаж области спины и лопаток

1. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и «ромбом»
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное поглаживание продольное и «ромбом».
4. Пиление.
5. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и «ромбом».
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и ромбом.
8. Спиралевидное растирание большими пальцами по паравerteбральным линиям и возле внутреннего края лопатки.
9. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и «ромбом», а возле позвоночника - поглаживание большими пальцами.
10. Полукружное разминание.
11. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и «ромбом».
12. Накатывание.
13. Поглаживание.
14. Валик.
15. Легкое плоскостное поглаживание.

При сопутствующей гипертонической болезни все приемы лучше выполнять в направлении сверху вниз.

Массаж шеи и надплечий

1. Обхватывающее поглаживание или плоскостное поглаживание задним ходом.
2. Попеременное растирание.
3. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.
4. Пиление.
5. Щипцеобразное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами: на первых процедурах — задним ходом, на последующих, для боте глубокого воздействия, — передним ходом руки массажиста.
7. Щипцеобразное поглаживание от затылка к ключично-акромиальному суставу.
8. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами мягких тканей, располагающихся в углу между остистыми и поперечными отростками шейных позвонков. Прием выполняют достаточно глубоко, но не вызывая сильных болей у пациента.
9. Глубокое поглаживание продольное и «ромбом».
10. Щипцеобразное разминание от затылка по верхней части трапецевидной мышцы к ключично-акромиальному сочленению.
11. Глубокое поглаживание шеи и надплечий передним ходом.
12. Поперечное разминание в том же направлении.
13. Поглаживание передним ходом.
14. Механическая вибрация малым шаровидным резиновым вибратором.
15. Поглаживание затылка и задней поверхности шеи.

Массаж переднебоковой поверхности шеи

1. Общее поглаживание шеи одновременно двумя руками.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами по тем же линиям.
3. Длинное переднее поглаживание. Этим приемом осуществляют переход к массажу области лба и волосистой части головы.

Массаж области лба

1. Длинное переднее поглаживание.
2. Круговое стабильное растирание тенаром лобных, височных и затылочных мышц.
3. Поглаживание лба от середины лба к вискам одновременно обеими руками.
4. Спиралевидное растирание подушечками четырех пальцев от средней линии лба к вискам.

5. Поглаживание вдоль волокон лобных мышц от бровей к передней границе волосистой части головы.

6. Перемежающееся надавливание от средней линии лба к вискам.

7. Длинное переднее и длинное заднее поглаживание.

Массаж волосистой части головы

1. Поглаживание волосистой части головы в *сагиттальном* направлении.

2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами волосистой части головы.

3. Поглаживание.

4. Спиралевидное растирание большим пальцем.

5. Поглаживание.

6. Перемежающееся надавливание.

7. Поглаживание.

8. Сдвигание.

9. Поглаживание волосистой части головы.

Процедура массажа головы и воротниковой зоны заканчивается длинным передним и длинным задним поглаживанием.

При наличии болей, парестезии, мышечной слабости в руке применяют избирательный массаж на верхней конечности, предварительно определив пораженные мышцы.

Общий подготовительный массаж руки

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.

2. Попеременное растирание всей руки.

3. Общее непрерывистое обхватывающее поглаживание. Вместо попеременного растирания можно применять прием двойного кольцевого растирания.

Избирательный массаж ослабленных мышц

1. Щипцеобразное поглаживание.

2. Спиралевидное растирание большим пальцем.

3. Щипцеобразное поглаживание.

4. Щипцеобразное разминание.

5. Щипцеобразное поглаживание.

6. Механическая вибрация полушаровидным эбонитовыми или шаровидным резиновым вибратором.

7. Общее, обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Указанные приемы выполняют на мелких мышцах, на крупных мышцах можно применять спиралевидное растирание четырьмя пальцами, поперечное или полукружное разминание.

Массаж головы и воротниковой зоны продолжается 15-20 минут ежедневно, массаж руки — 10-15 минут. Курс массажа состоит из 15-20 процедур и регулярно повторяется через 1-1,5 месяца.

В результате дегенеративных процессов в межпозвонковых дисках **поясничного отдела позвоночника**, высота их постепенно уменьшается, межпозвонковые отверстия сужаются, сдавливаются спинальные корешки и сосуды, идущие вместе с ними.

Боковые грыжи диска могут сдавливать не только корешки, но и спинной мозг с его оболочкой, вследствие чего появляется болевой синдром. В дальнейшем, по мере развития заболевания, возникают экзостозы. Клинически это выражается деформирующим спондилезом.

Деформирующий процесс может быть незначительным или дойти до полного соединения позвонков. Чаще поражаются межпозвонковые диски, расположенные между IV и V поясничными позвонками, и между V поясничным и I крестцовым позвонками.

Для пациентов с поясничным остеохондрозом *характерны жалобы* на боли в пояснице, иррадиирующие по ходу ствола седалищного нерва. Иногда наблюдаются понижение рефлексов, атрофия мышц и даже периферические парезы. Боли могут вызвать рефлекторный сколиоз (искривление позвоночника) из-за напряжения мышц, связанного с болями.

Характерными признаками поясничного остеохондроза являются хруст при поворотах или наклонах туловища, ограниченность подвижности туловища, сглаженность поясничного лордоза. Если в начале заболевания боли преходящие, то при дальнейшем развитии заболевания — стойкие. Пациенты жалуются на боли в позвоночнике, возникающие утром и к концу дня после физической нагрузки.

Как правило, курс лечения состоит из нескольких периодов. Вначале его задачей является устранение боли и релаксация мышц, затем устранение последствий поражения корешков, восстановление подвижности пораженных двигательных сегментов позвоночника, создание так называемого мышечного корсета и формирование физиологических изгибов позвоночника

На первом этапе лечения для улучшения кровообращения, предупреждения периневральных спаек и дальнейшего развития мышечной гипотрофии применяют ручной массаж в виде поглаживания и легкого растирания пояснично-крестцовой области, который способствует уменьшению болей и мышечного гипертонуса.

При ишиасе и парезе малоберцовых мышц применяют избирательный массаж пораженных мышц и по ходу нерва.

На втором этапе предпочтение отдают ручному массажу с применением приемов, способствующих укреплению мышц спины и поясницы: глубокое растирание, разминание, поколачивание.

На третьем этапе продолжают массировать спину и пояснично-крестцовую область в сочетании с физическими упражнениями при исходном положении пациента стоя для выработки правильной осанки.

Курс комплексного лечения должен продолжаться не менее одного месяца. Курсы массажа необходимо повторять регулярно через 1-1,5 месяца до получения стойкого лечебного результата. Массаж проводится ежедневно.

В 2003 году на Международной конференции в США главной причиной «of Low Back and Neck Pain» был официально признан межпозвонковый остеохондроз.

В Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) остеохондроз позвоночника обозначается кодом М42 и относится к категории – деформирующие дорсопатии из группы болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Первым необходимым условием лечения является создание полного покоя на протяжении всего острого периода. Двигательную дозированную активность следует начинать при прошествии первых 3–4 дней полного покоя: сначала лежа, затем сидя.

Фармакологическое лечение болей в спине весьма многообразно. Применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Длительность приема НПВП различна.

Постизометрическая релаксация (ПИР) практически не имеет противопоказаний и может широко использоваться как лечебный метод в любом периоде боли, используют и техники само-ПИР, которые после предварительного обучения больной может использовать самостоятельно в домашних условиях.

В подострый период, когда исчезают спонтанные боли и остаются лишь боли, спровоцированные движением, продолжают терапию НПВП и вазоактивными препаратами. Более широко применяют физиотерапию: возможно назначение ванн, грязелечения, вытяжения, активно используется массаж. Для спазмированных мышц применяют релаксирующий массаж, для гипотоничных – тонизирующий. Лечебная физкультура начинает активно проводиться в подостром периоде. Индивидуально

подобранный курс физических упражнений делается больным ежедневно и постоянно.

В период ремиссии рекомендуется дважды в год проводить курсы массажа и физиотерапии. Обязательно продолжать занятия лечебной физкультурой.

Процедура и курс классического массажа при лечении
остеохондроза. Правила сочетания классического массажа с
лечебной физкультурой.
практические занятия(2часа)

При шейном остеохондрозе назначают массаж головы и воротниковой зоны, плечевого пояса, шейного и верхне-грудного отделов позвоночника и руки на стороне поражения.

Цель массажа: улучшение питания мягких тканей, окружающих позвоночник, межпозвонковых дисков, уменьшение гипертонуса мышц шеи, уменьшение и ликвидации застойных явлений в позвоночных венах, улучшение мозгового кровообращения, ликвидация болей в области шеи и головы, предупреждение дальнейшего развития дегенеративных процессов и костной деформации, уменьшение и ликвидация мышечной слабости в руке.

Исходные положения: пациента — сидя на стуле; массажиста — стоя или сидя позади пациента.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

1. Задняя поверхность туловища.
2. Шея и надплечье, включая область лопаток, особенно на стороне поражения.
3. Подготовительный массаж переднебоковой поверхности шеи.
4. Массаж волосистой части головы.
5. Массаж руки на стороне поражения, если имеются расстройства на верхней конечности.

Массаж области спины и лопаток

1. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и «ромбом», чередовать с приемами:
2. Попеременное растирание.
3. Пиление.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Спиралевидное растирание большими пальцами по паравертебральным линиям и возле внутреннего края лопатки.
6. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и «ромбом», а возле позвоночника - поглаживание большими пальцами.
7. Полукружное разминание.
8. Накатывание.
9. Валик.
10. Легкое плоскостное поглаживание.

При сопутствующей гипертонической болезни все приемы лучше выполнять в направлении сверху вниз.

Массаж шеи и надплечий

1. Обхватывающее поглаживание или плоскостное поглаживание задним ходом.
2. Попеременное растирание.
3. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.
4. Пиление.
5. Щипцеобразное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами: на первых процедурах — задним ходом, на последующих, для более глубокого воздействия, — передним ходом руки массажиста.
7. Щипцеобразное поглаживание от затылка к ключично-акромиальному суставу.
8. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами мягких тканей, располагающихся в углу между остистыми и поперечными отростками шейных позвонков. Прием выполняют достаточно глубоко, но не вызывая сильных болей у пациента.
9. Глубокое поглаживание продольное и «ромбом».
10. Щипцеобразное разминание от затылка по верхней части трапециевидной мышцы к ключично-акромиальному сочленению.
11. Глубокое поглаживание шеи и надплечий передним ходом.
12. Поперечное разминание в том же направлении.
13. Поглаживание передним ходом.
14. Механическая вибрация малым шаровидным резиновым вибратором.
15. Поглаживание затылка и задней поверхности шеи.

Массаж переднебоковой поверхности шеи

1. Общее поглаживание шеи одновременно двумя руками.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами по тем же линиям.
3. Длинное переднее поглаживание. Этим приемом осуществляют переход к массажу области лба и волосистой части головы.

Массаж области лба

1. Длинное переднее поглаживание.
2. Круговое стабильное растирание тенаром лобных, височных и затылочных мышц.
3. Поглаживание лба от середины лба к вискам одновременно обеими руками.
4. Спиралевидное растирание подушечками четырех пальцев от средней линии лба к вискам.
5. Поглаживание вдоль волокон лобных мышц от бровей к передней границе волосистой части головы.
6. Перемежающееся надавливание от средней линии лба к вискам.
7. Длинное переднее и длинное заднее поглаживание.

Массаж волосистой части головы

1. Поглаживание волосистой части головы в *сагиттальном* направлении.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами волосистой части головы.
3. Поглаживание.
4. Спиралевидное растирание большим пальцем.
5. Поглаживание.
6. Перемежающееся надавливание.
7. Поглаживание.
8. Сдвигание.
9. Поглаживание волосистой части головы.

Процедура массажа головы и воротниковой зоны заканчивается длинным передним и длинным задним поглаживанием.

При наличии болей, парестезии, мышечной слабости в руке применяют избирательный массаж на верхней конечности, предварительно определив пораженные мышцы.

Общий подготовительный массаж руки

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Попеременное растирание всей руки.
3. Общее непрерывистое обхватывающее поглаживание. Вместо попеременного растирания можно применять прием двойного кольцевого растирания.

Избирательный массаж ослабленных мышц

1. Щипцеобразное поглаживание.
2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
3. Щипцеобразное поглаживание.
4. Щипцеобразное разминание.
5. Щипцеобразное поглаживание.
6. Механическая вибрация полушаровидным эбонитовыми или шаровидным резиновым вибратором.
7. Общее, обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Массаж головы и воротниковой зоны продолжается 15-20 минут ежедневно, массаж руки — 10-15 минут. Курс массажа состоит из 15-20 процедур и регулярно повторяется через 1-1,5 месяца.

Самостоятельная работа обучающихся(2 часа)

Работа с основной и дополнительной литературой.

Интернет-ресурсы: www.massage.ru www.medmassage.ru

Выполнение процедуры классического массажа больному с
остеохондрозом позвоночника
учебная практика(2 часа)

При шейном остеохондрозе

Исходные положения: пациента — сидя на стуле; массажиста — стоя или сидя позади пациента.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

1. Задняя поверхность туловища.
2. Шея и надплечье, включая область лопаток, особенно на стороне поражения.
3. Подготовительный массаж переднебоковой поверхности шеи.
4. Массаж области лба
5. Массаж волосистой части головы.

Процедура массажа головы и воротниковой зоны заканчивается длинным передним и длинным задним поглаживанием.

При наличии болей, парестезии, мышечной слабости в руке применяют избирательный массаж на верхней конечности, предварительно определив пораженные мышцы.

6. Массаж руки на стороне поражения, если имеются расстройства на верхней конечности.
 1. Общий подготовительный массаж руки
 2. Избирательный массаж ослабленных мышц

Для пациентов с поясничным остеохондрозом

План массажа

1. Массаж паравертебральных болевых точек.
2. Массаж мышц пояснично-крестцовой области.
3. Массаж ягодичной области.
4. Массаж нижних конечностей.

Массаж проводится ежедневно, одна процедура занимает до 20 минут. На один курс лечения назначают 10-15 процедур. Курсы массажа регулярно повторяют через 1-1,5 месяца до получения стойкого лечебного эффекта.

01.1.2.7.2. Классический массаж при болезни Бехтерева теоретическое занятие (2ч)

Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Штрюмпеля-Бехтерева-Мари) или болезнь Бехтерева — хроническое системное заболевание суставов с преимущественной локализацией процесса в крестцово-подвздошных сочленениях, суставах позвоночника и паравертебральных мягких тканях.

Поражение осевого скелета при болезни Бехтерева преобладает над поражением периферических суставов, при этом поражаются преимущественно суставы «хрящевого» типа — крестцово-подвздошные сочленения, мелкие межпозвонковые суставы, грудино-ключичные и реберно-грудинные сочленения. Грубых деструктивных изменений в суставах не наблюдается.

В начальном периоде заболевания проявления обусловлены поражением связочного аппарата позвоночника. Характерны жалобы на боли в области крестца и поясницы, которые усиливаются после движений. Объективно выявляется болезненность и напряжение мышц спины, уменьшение объема движений в позвоночнике. По мере прогрессирования заболевания происходит усиление болевого синдрома, и расширение границ болевого синдрома на весь позвоночник. Боли и снижение подвижности появляются в тазобедренных суставах.

Объективно в этот период уже можно видеть один из характерных симптомов — дугообразное искривление позвоночника и сутулость.

В дальнейшем происходит анкилозирование межпозвонковых суставов.

При периферической форме заболевания оно может проявляться с поражения крупных суставов — локтевых, коленных, голеностопных. Наблюдаются и внесуставные проявления болезни Бехтерева. Характерно развитие иритов и иридоциклитов.



Со стороны сердечнососудистой системы отмечаются аортит, недостаточность аортальных клапанов, перикардит и различные нарушения ритма. Может развиваться амилоидоз почек.

Не всегда болезнь начинается с позвоночника, она может начаться и с суставов рук и ног (напоминая ревматоидный артрит), с воспалительного заболевания глаз, с поражения аорты или сердца. Иногда встречается

медленное прогрессирование, когда болезненность практически не выражена, болезнь выявляется случайно при рентгенологическом обследовании.

Со временем ограничение подвижности позвоночника нарастает, затруднены и болезненны наклоны в сторону, вперёд, назад, отмечается укорочение позвоночника. Глубокое дыхание, кашель, чихание также могут вызывать боли. Покой и неподвижность увеличивают боли и скованность, а движение и умеренная физическая активность – уменьшают.

При отсутствии лечения может наступить полная обездвиженность позвоночника, больной приобретает позу "просителя" – руки согнуты в локтях, спина сутулая, голова наклонена, ноги немного согнуты в коленях.



Отмечено сужение суставных щелей крестцово-подвздошного сустава, обызвествление надостистых связок позвоночника без уплощения межпозвонковых дисков (по данным рентгенологических исследований). Позвоночник напоминает бамбуковую палку.

Появляется неподвижность позвоночника и радикулярная боль.

Болевые симптомы преобладают в первом периоде, во втором — анкилоз позвоночника.

В далеко зашедших формах диагностика затруднений не вызывает. Но главная проблема людей, страдающих болезнью Бехтерева, это поздно выставленный диагноз. Поэтому основное внимание нужно обратить на ранние симптомы:

- Скованность, боль в крестцово-подвздошной области, которая может отдавать в ягодицы, нижние конечности, усиливаться во второй половине ночи.
- Упорные боли в пяточных костях у молодых людей.
- Боль и скованность в грудном отделе позвоночника.
- Повышенная СОЭ в анализе крови до 30-40 мм в час и выше.

В случае сохранения таких симптомов дольше трёх месяцев нужна немедленная консультация ревматолога!

Лечение должно быть комплексным, продолжительным, этапным (стационар - санаторий - поликлиника).

Используются нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикоиды, при тяжёлом течении иммунодепрессанты.

Широко применяются физиотерапия, мануальная терапия, лечебная гимнастика.

Лечебная гимнастика должна проводиться дважды в день по 30 минут, упражнения подбирает врач индивидуально.

Помимо этого нужно научиться мышечному расслаблению. Для того чтобы затормозить развитие неподвижности грудной клетки, рекомендуется глубокое дыхание.

В начальной стадии важно не допустить развитие порочных поз позвоночника (поза гордеца, поза просителя). Показаны ходьба на лыжах и плавание, укрепляющие мышцы спины и ягодиц. Постель должна быть жёсткой, подушку следует убрать.

Заболевание это прогрессирующее, но при грамотной терапии противостоять ему можно.

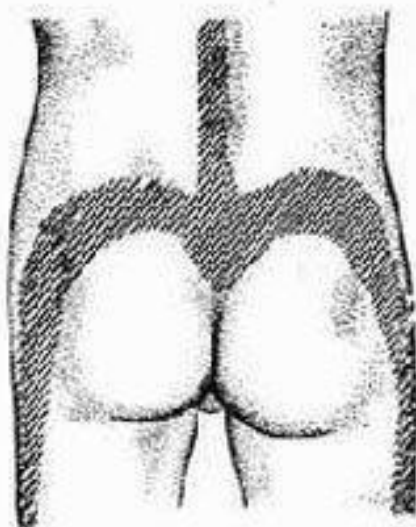
Цель массажа: улучшить крово - и лимфообращение, уменьшить (ликвидировать) боль, профилактика прогрессирования болезни, атрофии мышц.

Примерная схема массажной процедуры

Показан общий массаж, тщательно массируют мышцы спины, надплечья, ягодичные мышцы, нижние конечности, мышцы живота, верхние конечности, дыхательную мускулатуру.

Исключают жесткие приемы: рубление, поколачивание, выжимание, а также элементы мануальной терапии.

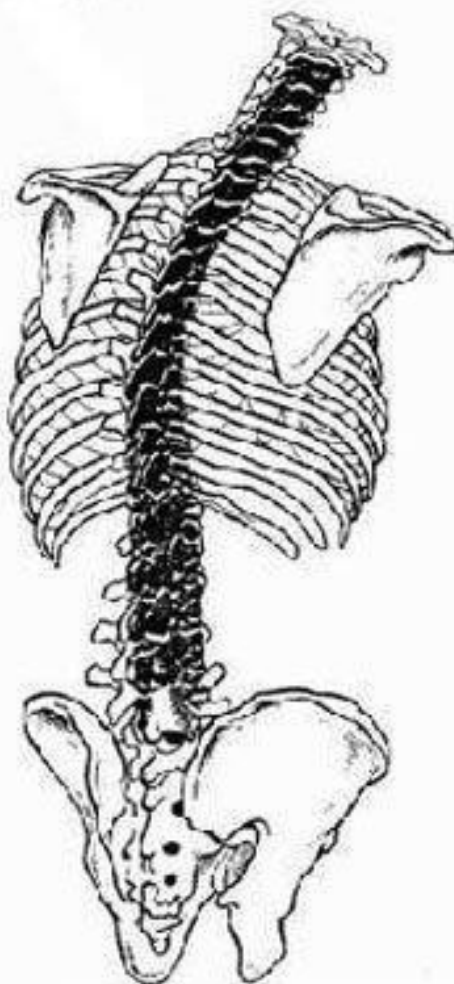
Продолжительность массажа 15-30 мин. На курс 15-20 процедур, в году 3-4 курса.



Характерное распро-
странение болей при болезни
Бехтерева.



Возможное распро-
странение болей и изменение
формы позвоночника при
болезни Бехтерева.



Характерные изменения
позвоночника при болезни

Техника классического массажа при анкилозирующем спондилоартрите. Техника классического массажа при остеохондрозе позвоночника

практические занятия(2часа)

При анкилозирующем спондилоартрите (болезни Бехтерева) показан общий массаж.

Тщательно массируют мышцы спины, надплечья, ягодичные мышцы, нижние конечности, мышцы живота, верхние конечности, дыхательную мускулатуру.

Исключают жесткие приемы: рубление, поколачивание, выжимание, а также элементы мануальной терапии.

Продолжительность массажа 15-30 мин. На курс 15-20 процедур, в году 3-4 курса.

План массажа

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

Для пациентов с поясничным остеохондрозом, как правило, курс лечения состоит из нескольких периодов

Вначале его задачей является устранение боли и релаксация мышц, затем устранение последствий поражения корешков, восстановление подвижности пораженных двигательных сегментов позвоночника, создание так называемого мышечного корсета и формирование физиологических изгибов позвоночника.

Цели массажа: уменьшение и ликвидация боли, улучшение питания мягких тканей, окружающих позвоночник, межпозвонковых дисков, уменьшение гипертонуса мышц, предупреждение и ликвидация мышечной гипотрофии и гипотонии, рефлекторного болевого сколиоза, предупреждение развития дегенеративных процессов и костных деформаций, уменьшение и ликвидация мышечной слабости в ноге, приспособление организма к различным физическим нагрузкам, общее укрепление организма.

Вид массажа

Курс дифференцированного классического массажа в сочетании с линейным массажем, ПИР (само ПИР), физическими упражнениями для выработки правильной осанки.

Плановое противорецидивное лечение, включающее массаж, ЛФК, физио- бальнеопроцедуры, санаторно- курортное лечение.

План массажа

1. Массаж паравертебральных болевых точек.
2. Массаж мышц пояснично-крестцовой области.
3. Массаж ягодичной области.
4. Массаж нижних конечностей.
5. Линейный массаж.

Массаж проводится ежедневно, одна процедура занимает до 20 минут. На один курс лечения назначают 10-15 процедур. Курсы массажа регулярно повторяют через 1-1,5 месяца до получения стойкого лечебного эффекта.

Техника массажа

Массаж паравертебральных болевых точек.

1. Отглаживание двумя большими пальцами вдоль пара вертебральных линий снизу вверх.
2. Штрихование в поперечном направлении.
3. Отглаживание двумя большими пальцами.
4. Сдвигание в продольном и поперечном направлении.
5. Отглаживание двумя большими пальцами.
6. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами.
7. Отглаживание двумя большими пальцами.
8. Перемежающееся надавливание двумя большими пальцами.
9. Отглаживание двумя большими пальцами.
10. Механическая вибрация полусферовидным вибратором. В местах с наибольшей болезненностью необходимо применять стабильную вибрацию для снятия болей. При отсутствии электровибратора вибрацию выполняют в форме пунктирования одним или несколькими пальцами обеих рук.
11. Отглаживание двумя большими пальцами.

Массаж мышц пояснично-крестцовой области.

1. Плоскостное поверхностное продольное или спиралевидное поглаживание.
2. Попеременное растирание, при этом желательно, чтобы руки массажиста шли в косом направлении.
3. Легкое плоскостное поглаживание.
4. Пиление "елочкой".
5. Глажение (2 вариант).
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами, особенно вдоль крестцово-остистых мышц и в углу между гребнем подвздошной кости и позвоночником.
7. Раздельно-последовательное поглаживание.

- 8.Полукружное разминание.
- 9.Раздельно-последовательное поглаживание.
- 10.Поперечное непрерывистое разминание.
- 11.Глажение (2 вариант).
- 12.Похлопывание или рубление.
- 13.Плоскостное поверхностное поглаживание.

Мягкие ткани в углу между гребнем подвздошной кости и позвоночником лучше массировать подушечкой большого пальца. Здесь производят глубокое и медленное отглаживание большим пальцем снизу вверх и кнаружи и спиралевидное растирание большим пальцем по той же линии и в том же направлении. Кроме того, массируют болевые точки, которые часто располагаются в области гребня подвздошной кости, в центре ягодичы и в середине подъягодичной складки. В указанных точках применяют круговое стабильное поглаживание, круговое стабильное растирание и стабильную механическую вибрацию.

Массаж в области ягодичных мышц.

- 1.Круговое плоскостное поглаживание.
 - 2.Попеременное растирание.
 - 3.Глубокое плоскостное поглаживание.
 - 4.Пиление.
 - 5.Раздельно-последовательное поглаживание.
 - 6.Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
 - 7.Гребнеобразное поглаживание (при значительном уменьшении боли).
 - 8.Накатывание.
 - 9.Гребнеобразное поглаживание.
 - 10.Полукружное разминание.
 - 11.Плоскостное поглаживание с отягощением.
 - 12.Поперечное разминание.
 - 13.Раздельно-последовательное поглаживание.
 - 14.Поколачивание.
- В случае болезненности заменяют механической вибрацией.
- 15.Круговое плоскостное поглаживание.

Оценка эффективности лечения.

Проводится по уменьшению объективных и субъективных признаков заболевания, уменьшению и ликвидации рефлекторных изменений.

Самостоятельная работа обучающихся(2часа)

Работа с основной и дополнительной литературой.

Подготовить рекомендации пациентам по профилактике заболеваний позвоночника в разные возрастные периоды.

Составить индивидуальный план массажа для лечения пациента с болезнью Бехтерева. Определить сочетание массажа с программами лечебной гимнастики.

Рекомендации пациентам по профилактике заболеваний позвоночника в разные возрастные периоды.

1. Правильно сидеть, стоять и ходить.
2. Правильно лежать и вставать.
3. Правильно поднимать и перемещать тяжести.
4. Заниматься физкультурой.



Составить индивидуальный план массажа для лечения пациента с болезнью Бехтерева.

Лечебная физкультура начинает активно проводиться в подостром периоде. Индивидуально подобранный курс физических упражнений делается больным ежедневно и постоянно.

В период ремиссии рекомендуется дважды в год проводить курсы

массажа и физиотерапии. Обязательно продолжать занятия лечебной физкультурой.

Выполнение процедуры классического массажа больному с анкилозирующим спондилоартритом по индивидуальному плану
учебная практика(2 часа)

Массаж при болезни Бехтерева, обычно делается в отсутствие обострений и боли, для большей эффективности процедуры и чтобы больному было комфортно.

Массаж должен быть щадящим, не включать приемы похлопывания, вибрации, надавливания и так далее. Основные приемы - это растирание и поглаживание.

Если у больного центральная форма болезни Бехтерева, то проводится массаж вдоль всего отдела позвоночника. А также массаж грудной клетки и мест сочленения ребер и позвоночника, и область живота.

Если имеется периферическая форма болезни Бехтерева, массаж суставов может делать не только специалист, но и сам больной, после прохождения непродолжительного обучения под руководством специалиста.

01.1.2.7.4. Классический массаж при диабетической артропатии **теоретический материал (2 часа)**

Сахарный диабет - наиболее распространенная эндокринная патология. *Сахарный диабет — группа эндокринных заболеваний, развивающихся вследствие относительного или абсолютного недостатка гормона инсулина или нарушения его взаимодействия с клетками организма, в результате чего развивается гипергликемия — стойкое увеличение содержания глюкозы в крови.*

Заболевание характеризуется хроническим течением и нарушением всех видов обмена веществ: углеводного, жирового, белкового, минерального и водно-солевого обмена с образованием целого спектра свободных радикалов.

При недостатке инсулина нарушается состав кости и хряща.

Гипергликемия является причиной развития диабетической нейропатии.

При сахарном диабете поражение костно-суставного аппарата проявляется в виде артралгии, остеопороза, диабетической артропатии.

Клиническая картина складывается из болевого синдрома в области пораженных суставов, деформации их, иногда с отеком.

Часто болевой синдром выражен слабо или отсутствует, несмотря на значительные рентгенологические изменения. Это связано с сопутствующей нейропатией и расстройствами чувствительности.

Клиника осложнений костно-суставной системы при сахарном диабете разнообразна и напоминает ревматические поражения.

Синдром диабетической стопы возникает на фоне поражения периферических нервов, сосудов, кожи и мягких тканей, костей и суставов и создает условия для формирования острых и хронических язв, костно-суставных поражений и гнойно-некротических процессов.

Нейропатическая остеоартропатия является результатом значительных дистрофических изменений в костно-суставном аппарате стопы (остеопороз, остеолиз, гиперостоз).

Остеопороз при сахарном диабете — явление довольно частое. В результате остеопороза могут наблюдаться патологические переломы, заживление которых происходит крайне неблагоприятно.

Следует учитывать, что инсулин принимает непосредственное участие в процессах костеобразования, влияет на продукцию инсулиноподобного фактора роста, который также участвует в образовании костной ткани.

Ускоренному развитию остеопороза способствует диабетическое поражение мелких кровеносных сосудов — микроангиопатия, ухудшающая кровоснабжение костей.

Повышенное выделение кальция с мочой — фактор риска развития остеопороза. Это явление отмечается при неправильном лечении диабета.

Возможно, этот фактор является одним из основных в учащении случаев остеопороза при сахарном диабете.

Особо следует выделить возникновение остеопороза у части больных диабетической нефропатией, при которой нарушается образование в почках *активных форм витамина D*. Они регулируют обмен кальция, способствуя его всасыванию из кишечника и отложению в костях. Следовательно, при диабетической нефропатии может снижаться минеральная плотность костей и масса костной ткани, что характерно для остеопороза.

Диабетическая артропатия часто встречается у женщин в возрасте 30 лет, болеющих диабетом не менее шести лет, при недостаточном лечении. При этом в области пораженного сустава выявляются резко выраженные деструктивно-дегенеративные изменения, остеопороз и остеосклероз. Отмечаются значительная деформация трубчатых костей, уплощение суставных поверхностей, краевые остеофиты, внутрисуставные переломы, суставные "мышцы".

Часто наблюдается одностороннее поражение нижних конечностей и, прежде всего суставов первого пальца стопы, реже в процесс вовлекаются коленный и голеностопный суставы, поражаются верхняя конечность и поясничный отдел позвоночника. При осмотре обнаруживаются болезненность и ограничение подвижности суставов.

К довольно распространенным *осложнениям* сахарного диабета относится плечелопаточный периаартрит. В литературе встречается термин «болезненное плечо диабетика», под которым понимают сочетание плечелопаточного периаартрита, синдрома ограниченной подвижности суставов и иногда сопутствующего им теноосиновита (воспаление сухожилия и его влагалища) ладоней.

Синдром ограниченной подвижности суставов - уменьшение возможности движений в малых и, реже, в больших суставах. Особенности метаболических изменений при сахарном диабете способствуют частому развитию у больных остеоартроза дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кисти. Эффективная терапия основного заболевания (инсулин и другие препараты) **в сочетании с массажем** оказывает благоприятное влияние на диабетические костно-суставные поражения, приводя иногда к их частичному обратному развитию.

Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, улучшение регенерации мягких тканей и костей в области пораженного сустава, улучшение проводимости периферических нервов, предупреждение остеопороза и костно-хрящевых изменений в суставах.

Методические указания:

Ввиду того, что сахарный диабет является общим заболеванием, связанным с нарушением углеводного обмена, лечение должно быть направлено на улучшение общего обмена веществ. Диабетическая артропатия — одно из проявлений этого общего заболевания.

Поэтому в комплексной терапии пациентов, страдающих сахарным диабетом, используют *общий массаж*, обращая особое внимание на пораженные суставы, предварительно обработав соответствующие сегментарные зоны.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

В том случае, когда поражены нижние конечности, на фоне общего массажа проводят массаж *поясничной области*, где применяют:

1. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами по паравертебральным линиям, чередуя его со следующими приемами:
2. Спиралевидное растирание двумя большими пальцами.
3. Сдвигание.
4. Перемежающееся надавливание двумя большими пальцами.
5. Механическая вибрация по паравертебральным линиям.

Эту область достаточно массировать в течение 5 минут и затем можно переходить к массажу нижней конечности в исходном положении пациента лежа на спине. Валик подкладывают под область подколенной ямки.

На нижней конечности применяют:

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Попеременное растирание ноги со всех сторон.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеими руками.

Следует больше внимания уделить области пораженного сустава и мышцам, имеющим к нему непосредственное отношение.

5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Валяние.
7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
8. Полукружное разминание.
9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
10. Продольное непрерывистое разминание.
11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
12. Сотрясение.
13. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

После этого приступают к массажу пораженных нервных стволов и пораженного сустава.

Техника массажа зависит от анатомо-топографических особенностей массируемого участка. Продолжительность массажной процедуры в начале курса лечения 20 – 30 минут, постепенно может быть увеличена до 40 минут и не зависит от количества подвергающихся массажу суставов.

Курс массажа состоит из 25 – 30 процедур ежедневно или через день. Повторяется регулярно через 1,5 – 2 месяца.

**Техника классического массажа при диабетическом поражении
костно-суставного аппарата**
практические занятия (2 часа)

В комплексной терапии пациентов используют общий массаж,
≡ **обращая особое внимание на пораженные суставы,**
≡ **предварительно обработав соответствующие сегментарные
зоны.**

Примерная схема и содержание массажной процедуры

**В том случае, когда поражены нижние конечности, на фоне
общего массажа проводят массаж поясничной области, где
применяют:**

- 1. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами по
паравертебральным линиям, чередуя его со следующими
приемами:**
- 2. Спиралевидное растирание двумя большими пальцами.**
- 3. Сдвигание.**
- 4. Перемежающееся надавливание двумя большими пальцами.**
- 5. Механическая вибрация по паравертебральным линиям.**

**Эту область достаточно массировать в течение 5 минут и затем
можно переходить к массажу нижней конечности в исходном
положении пациента лежа на спине. Валик подкладывают под
область подколенной ямки.**

На нижней конечности применяют:

- 1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.**
- 2. Попеременное растирание ноги со всех сторон.**
- 3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.**
- 4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной
или обеими руками.**
- 5. Следует больше внимания уделить области пораженного
сустава и мышцам, имеющим к нему непосредственное
отношение.**
- 6. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.**
- 7. Валяние.**
- 8. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.**
- 9. Полукружное разминание.**
- 10. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.**
- 11. Продольное непрерывистое разминание.**
- 12. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.**
- 13. Сотрясение.**

14. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

После этого приступают к массажу пораженных нервных стволов и пораженного сустава.

Техника массажа зависит от анатомо-топографических особенностей массируемого участка. Продолжительность массажной процедуры в начале курса лечения 20 – 30 минут, постепенно может быть увеличена до 40 минут и не зависит от количества подвергающихся массажу суставов.

Курс массажа состоит из 25 – 30 процедур ежедневно или через день. Повторяется регулярно через 1,5 – 2 месяца.

Самостоятельная работа обучающихся (2 часа)

*Составить индивидуальный план массажа
для лечения диабетической артропатии*

*Работа с основной и дополнительной литературой. Составление
индивидуального плана массажа для лечения диабетической артропатии.*

1. В.А. Епифанов Лечебная физическая культура и массаж, Москва, 2008, «ГЭОТАР-Медиа»
2. В.А. Епифанов. Атлас профессионального массажа. М., "Эксмо", 2009
3. И.Н. Макарова. Массаж и лечебная физкультура. Новейший медицинский справочник. Рекомендовано ведущими российскими специалистами. М., "Эксмо", 2009
4. М.А.Ерёмушкин. Основы реабилитации. Учебное пособие для ссузов, М., «Академия», 2011.

Дополнительные источники:

1. Ян Сайгер, Донна Кайл-Браун. Массаж. Фундаментальное пособие. М., "АСТ", 2010
2. Массаж и эстетика тела. Научно-практический и методический журнал. Гл. редактор: проф. Еремушкин М.А.
3. ЛФК, спортивная медицина. Научно-практический журнал. Москва. Гл. редактор: проф. Юнусов Ф.А.
4. Вопросы курортологии, физиотерапии лечебной физической культуры. Москва. Медицина.

Интернет-ресурсы:

www.message.ru

www.medmassage.ru

**Выполнение процедуры классического массажа больным с
диабетической артропатией**
учебная практика (2 часа)

Примерная схема и содержание массажной процедуры

При поражении нижних конечностей:

- ≡ **Массаж поясничной области на фоне общего массажа.**
- ≡ **Массаж области пораженного сустава и мышц, имеющих к нему непосредственное отношение.**
- ≡ **Массаж пораженных нервных стволов и пораженного сустава.**

Техника массажа зависит от анатомо-топографических особенностей массируемого участка.

01.1.2.7.5. Классический массаж при бруцеллезном полиартрите **теоретический материал (2 часа)**

Бруцеллез – инфекционная болезнь людей и животных, вызываемая бактериями типа *Brucella*. Для этого заболевания характерно волнообразное течение, обострения при действии неблагоприятных факторов, склонность к хроническому течению.

Сообщения о бруцеллезе встречаются еще у Гиппократов, однако систематическое изучение его началось на острове Мальта во второй половине 19 века. Отсюда и популярное в прошлом название – мальтийская лихорадка. В начале 20 века была установлена возможность заражения людей через молоко коз, овец. Бруцеллез распространен во всем мире. В странах Средиземноморья Греция, Испания, Италия – самое большее число заболеваний. В Бельгии, Болгарии, Польше, Швейцарии – гораздо меньше. А в Скандинавских странах с 50-х годов 20 века прекратились заболевания людей.

Бруцеллез – инфекция из группы зоонозов крупного и мелкого рогатого скота, свиней. Заболевания людей носят выраженный профессиональный характер. Больные животные опасны для человека до тех пор, пока выделяют возбудителя: с околоплодной жидкостью, с молоком, мочой, калом и др. Шерсть родившегося козленка или ягненка, загрязненная при родах выделениями больного животного, содержит большое количество возбудителей бруцеллеза. Пищевые продукты: молоко, сыр, масло, мясо и т.д. также могут быть источником заражения. Заразиться можно и при уходе за больными животными при несоблюдении санитарно-гигиенических требований.

Входными воротами инфекции может быть кожа при наличии на ней ссадин, ранок; пищеварительный тракт и дыхательные пути. Т.е. *инфекция передается* алиментарным, контактным и аэрогенным путями. Контактный путь заражения связан с производственными процессами по обслуживанию животных и обработке сырья от них. Подъем заболеваемости наблюдается в зимне-весенний период, что связано с периодом окота и отела. Поражает лиц всех возрастов, но особенно часто мужчин 20-50 лет, что связано с их профессиональной деятельностью.

Бруцеллы проникают в организм через кожу и слизистую оболочки и распространяются по лимфатическим путям, вызывают диффузные изменения сосудов и паренхиматозных органов, лимфатических узлов, селезенки, костного мозга, где длительно сохраняются, располагаясь внутриклеточно. При обострении процесса бруцеллы вновь усиленно размножаются, попадают в кровотоки, вызывая повторные волны генерализации. Инкубационный период от 1-3 недель до нескольких месяцев.

Клиника весьма разнообразна.

Начало может быть острым с высокой температурой, длительной лихорадкой (до трёх месяцев и более) с волнообразным типом кривой. Может быть постепенное начало, с явлениями общей слабости, потливости, субфебрилитетом 1-2 недели.

Инкубационный период составляет 1-2 недели. Заболевание не имеет специфических черт. Больные обычно предъявляют четыре основные жалобы - перемежающаяся боль в суставах, преимущественно в нижних конечностях, иногда весьма сильная и мучительная;

- повышение температуры тела в виде длительного субфебрилитета (до 38°C) или волнообразного типа с резкими подъёмами и падениями;
- усиленная потливость, испарина, иногда ночная потливость;
- резкая слабость и упадок сил.

Типично увеличение печени без особенного нарушения функции, селезенки. Поражается костно-суставная система, нервная система: радикулиты, невриты слухового и зрительного нервов, тяжелые менингоэнцефалиты. Характерны явления неврастения – слабость, утомляемость, раздражительность, бессонница. Течение болезни может быть хроническим и рецидивирующим с периодами благополучия и обострения.

Очень часты *поражения опорно-двигательного аппарата*. Чаще это артралгии без видимых анатомических изменений и нарушений функции. Реже органические поражения суставов, позвоночника.

Для бруцеллезного полиартрита особенно характерны сакроилеиты - поражение крестцово-подвздошного сочленения и спондилиты.

Острый бруцеллезный полиартрит характеризуется резкими болями, ограничением движений в суставах, припухлостью периартикулярных тканей, местным повышением температуры кожи над больным суставом, иногда покраснением кожи и отеком.

Артриты клинически сходны с ревматическими поражениями суставов с летучестью, значительными объективными изменениями, быстрым восстановлением функции. Заметно участились случаи системно прогрессирующих поражений суставов типа ревматоидного артрита.

Длительность хронического артрита не превышает трех лет. Наблюдаются стойкие остаточные явления со стороны опорно-двигательного аппарата – контрактуры, анкилозы, артрозы, спондилезы.

Бруцеллезный спондилез чаще локализуется в поясничном и реже в грудном или шейном отделе позвоночника. При этом появляются сильные самопроизвольные боли или боль, возникающая при надавливании на остистые отростки позвонков, может быть и ограничение движений в позвоночнике.

Поражения крестцово-подвздошных сочленений наблюдаются часто, у взрослых может быть единственным проявлением бруцеллеза. Может быть одностороннее или двустороннее поражение. Сочетание двустороннего сакроилеита с лигаментитом в поясничном отделе позвоночника напоминает болезнь Бехтерева. Анамнез, эпидемиологические и лабораторные данные помогут поставить диагноз.



У большинства больных быстро наступает стойкое клиническое излечение, что не гарантирует отсутствия в организме возбудителя.

Для предупреждения рецидивов рекомендуется работа не связанная с охлаждением, физическим и умственным переутомлением в течение 1-2 лет после заболевания. Стойкие остаточные явления после бруцеллеза могут приводить к инвалидности.

Массаж назначают после острого периода заболевания.

Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, улучшение крово- и лимфообращения в зоне поражения, ускорение процессов рассасывания экссудата, устранение отека в периартикулярных тканях, восстановление функции суставов.

При бруцеллезном спондилите назначают массаж области спины и поясницы на уровне поражения позвоночника.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

При массаже спины и поясницы применяют

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Спиралевидное поглаживание.
4. Пиление.

5. Раздельно-последовательное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Обхватывающее поглаживание в два тура.
8. Строгание.
9. Поглаживание в три тура.
10. Полукружное разминание.
11. Глажение (I вариант).
12. Поперечное непрерывистое разминание.
13. Глажение (II вариант).

После этого обрабатывают мягкие ткани вдоль позвоночника по паравerteбральным линиям. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами чередуют с приемами:

1. Спиралевидное растирание двумя большими пальцами.
2. Сдвигание (продольное).

Перемежающееся надавливание и пунктирование при выраженных болях не применяют, их лучше заменить механической вибрацией

Только после значительного уменьшения боли начинают применять легкое надавливание (перемежающееся), постепенно увеличивая силу давления от процедуры к процедуре.

Продолжительность массажа спины и поясницы 15 минут ежедневно.

При бруцеллезном сакроилеите массируют пояснично-крестцовую область и область крестцово-подвздошного сочленения.

1. Общее плоскостное поглаживание снизу вверх и в стороны к паховым лимфатическим узлам.
2. Попеременное растирание.
3. Глубокое плоскостное поглаживание по тем же линиям.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Раздельно-последовательное поглаживание.

В области крестца можно применять пиление, штрихование, сдвигание.

В области крестцово-подвздошного сочленения обычно применяют спиралевидное растирание одним или двумя пальцами, штрихование, сдвигание. Можно использовать механическую вибрацию.

Продолжительность массажа пояснично-крестцовой области 15 минут ежедневно. Массаж лучше проводить сразу после тепловой процедуры.

Курс массажа продолжительный и зависит от результата, желательно проводить 3-4 курса в год.

Методические указания при проведении массажа

Массаж должен способствовать уменьшению болевых ощущений, скованности.

С этой целью необходимо максимальное расслабление мышц, приемы поверхностного поглаживания, растирания,

специальное воздействие на суставы применяют со 2-4-й процедуры. На каждой процедуре следует начинать массаж с менее пораженных суставов.

Применяют медленное растирание в виде штрихования, послойно воздействуя на кожу, подкожную соединительную ткань, фасцию.

При последовательном массаже каждого из этих слоев не захватывают другой слой.

Массаж мышц должен дифференцироваться в зависимости от состояния их тонуса.

В случае повышенного мышечного тонуса при заболеваниях суставов применяют поглаживание, легкое растирание, нежную механическую вибрацию.

Для мышц-антагонистов - поглаживание, растирание, разминание, вибрацию. В связи с тем, что контрактуры не паретического генеза, в целом воздействие на мышцы-антагонисты должно быть энергичным, допустимы похлопывание и поколачивание.

Сочетание с другими видами лечения.

Для большинства подострых и хронических бруцеллезных артритов необходима комплексная терапия (вакциноterapia, местная тепловая терапия, физические процедуры общего воздействия — простые водяные, сероводородные, радоновые ванны, лечебная гимнастика) в индивидуально различных сочетаниях.

В острой стадии местно на суставы сухое тепло в виде ватно-марлевых повязок, осторожное прогревание лампой соллюкс; при стихании воспалительных явлений — соллюкс 2 раза в день по 15—20 минут.

Ряд наблюдений свидетельствует о целесообразности рентгенотерапии.

В подострой упорной и хронической стадии — диатермия, парафиновые, озокеритовые аппликации в дозировках, обычных для подострых и хронических инфекционных артритов.

При стихании острых явлений — лечебная гимнастика.

Для хронических форм бруцеллезных артритов рекомендуется лечение на бальнеологических курортах (Саки, Евпатория, Одесса, Пятигорск, Карачи, озеро Горькое, Мацеста, Сергиевские минеральные воды, Белокуриха) в зависимости от формы и течения артрита и сочетания с поражениями других органов. Водные процедуры (ванны), искусственные сероводородные и радоновые ванны могут быть использованы в стационарных и амбулаторных условиях и вне курорта.

Техника классического массажа при бруцеллезном полиартрите

практические занятия (2 часа)

Массаж назначают после острого периода заболевания.

Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, улучшение крово- и лимфообращения в зоне поражения, ускорение процессов рассасывания экссудата, устранение отечности в периартикулярных тканях, восстановление функции суставов.

При бруцеллезном спондилите назначают массаж области спины и поясницы на уровне поражения позвоночника.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

При массаже спины и поясницы применяют

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Спиралевидное поглаживание.
4. Пиление.
5. Раздельно-последовательное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Обхватывающее поглаживание в два тура.
8. Строгание.
9. Поглаживание в три тура.
10. Полукружное разминание.
11. Глажение (I вариант).
12. Поперечное непрерывистое разминание.
13. Глажение (II вариант).

После этого обрабатывают мягкие ткани вдоль позвоночника по паравертебральным линиям. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами чередуют с приемами:

1. Спиралевидное растирание двумя большими пальцами.
2. Сдвигание (продольное).

Переменяющееся надавливание и пунктирование при выраженных болях не применяют, их лучше заменить механической вибрацией

Только после значительного уменьшения боли начинают применять легкое надавливание (переменяющееся), постепенно увеличивая силу давления от процедуры к процедуре.

Продолжительность массажа спины и поясницы 15 минут ежедневно.

При бруцеллезном сакроилеите массируют пояснично-крестцовую область и область крестцово-подвздошного сочленения.

1. Общее плоскостное поглаживание снизу вверх и в стороны к паховым лимфатическим узлам.
2. Попеременное растирание.

3. Глубокое плоскостное поглаживание по тем же линиям.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Раздельно-последовательное поглаживание.

В области крестца можно применять пиление, штрихование, сдвигание.

В области крестцово-подвздошного сочленения обычно применяют спиралевидное растирание одним или двумя пальцами, штрихование, сдвигание. Можно использовать механическую вибрацию.

Продолжительность массажа пояснично-крестцовой области 15 минут ежедневно. Массаж лучше проводить сразу после тепловой процедуры.

Самостоятельная работа студентов(2часа)

Работа с дополнительной литературой.

5. М.А. Ерёмушкин. Медицинский массаж. Теория и практика. Учебное пособие. С-Пб, НиТ, 2009
6. А.В. Кондрашев, С.В. Ходарев, Е.В. Харламов, П.А. Душенков. Медицинский массаж. М, ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава", 2008.
Рекомендовано учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для системы последипломного образования врачей.
7. В.А. Елифанов. Атлас профессионального массажа. М., "Эксмо", 2009
8. М.А.Ерёмушкин. Основы реабилитации. Учебное пособие для ссузов, М., «Академия», 2011.

Дополнительные источники:

5. Ян Сайгер, Донна Кайл-Браун. Массаж. Фундаментальное пособие. М., "АСТ", 2010
6. ЛФК, спортивная медицина. Научно-практический журнал. Москва. Гл.редактор: проф. Юнусов Ф.А.

Интернет-ресурсы:

www.message.ru

www.medmassage.ru

Выполнение процедур классического массажа при
полиартритах различной этиологии по индивидуально
составленному плану
учебная практика (2 часа)

- ≡ Массаж области спины и поясницы на уровне поражения позвоночника.
- ≡ Массаж мягких тканей вдоль позвоночника по паравертебральным линиям
- ≡ Массаж пояснично-крестцовой области и области крестцово-подвздошного сочленения.

Техника классического массажа при болезни Шейерманна-Мау **практические занятия (2 часа)**

В консервативные методы лечения заболевания Шейерманна-Мау входит – лечебная физкультура, массаж, различные виды мануальной терапии.

Массаж направлен на укрепление мышц спины и мышц [брюшного пресса](#). Необходимо делать упражнения для укрепления мышц [брюшного пресса](#), которые являются антагонистами выпрямителей спины.

Массаж области спины

Исходные положения:

пациента — лежа на животе, туловище обнажено до ягодичных складок, под сгиб стопы подложен валик, руки вдоль туловища ладонями вверх или руки согнуты в локтях перед собой, ладонь одной руки положена на тыл кисти другой руки, щека лежит на тыльной поверхности кисти, лицо повернуто в сторону, ноги прикрыты простыней;

массажиста — стоя слева или справа от пациента.

План массажа

- I. Массаж поверхностных тканей.
- II. Массаж поверхностного слоя мышц.
- III. Массаж глубоких мышц спины.
- IV. Массаж мест выхода спинномозговых нервов.

Техника массажа области спины

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание в два тура.
4. Пиление.
5. Глажение.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Раздельно-последовательное поглаживание.
8. Гребнеобразное растирание.
9. Поглаживание – глажение 2 вариант.
10. Накатывание.
11. Раздельно-последовательное глажение 2 вариант.
12. Поперечное непрерывистое разминание.
13. Поглаживание отягощенной кистью.
14. Полукружное разминание.
15. Массаж паравертебральных линий (двумя большими пальцами):
 - поглаживание;
 - спиралевидное растирание;
 - поглаживание;
 - перемежающееся надавливание;
16. Поглаживание в два тура.

Массаж мышц брюшного пресса

Исходные положения:

пациента — лежа на спине, голова и плечевой пояс на подушке, руки, слегка согнутые в локтях, вдоль туловища ладонями вниз, ноги на валике, бедра слегка раздвинуты;

массажиста — стоя со стороны правой руки пациента напротив массируемого участка тела.

Техника массажа

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание ладонями обеих рук.
2. Попеременное растирание
3. Глубокое круговое плоскостное поглаживание
4. Пиление или пиление с перетиранием.
5. Комбинированное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук в том же направлении, что и комбинированное поглаживание.
7. Комбинированное поглаживание.
8. Накатывание.
9. Круговое плоскостное поглаживание.
10. Похлопывание.
11. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

Самостоятельная работа студентов (1час)

Составить индивидуальный план массажа для лечения остеохондропатий:

- ≡ *Шейерманна-Мау*,
- ≡ *Болезни Пертеса*,
- ≡ *болезни Кенига*.

Работа с основной и дополнительной литературой.

9. М.А. Ерёмушкин. Медицинский массаж. Теория и практика. Учебное пособие. С-Пб, НиТ, 2009
10. М.А. Еремушкин Основы реабилитации, 2011, Москва, издательский центр «Академия»
11. В.А. Епифанов Лечебная физическая культура и массаж, Москва, 2008, «ГЭОТАР-Медиа»
12. И.Н. Макарова. Массаж и лечебная физкультура. Новейший медицинский справочник. Рекомендовано ведущими российскими специалистами. М., "Эксмо", 2009

Дополнительные источники:

7. Вопросы курортологии, физиотерапии лечебной физической культуры. Москва. Медицина.

Интернет-ресурсы: www.massage.ru www.medmassage.ru

Выполнение процедуры классического массажа больным с
остеохондропатией Шейерманна-Мау
учебная практика (2 часа)

Выполнение методик лечебного массажа предусматривает самостоятельную работу студентов под контролем преподавателя. Самостоятельная работа и знания студента оцениваются преподавателем по следующим пунктам:

- 1) показания и противопоказания к массажу,
- 2) цели и задачи массажа,
- 3) дозировка массажа (продолжительность процедуры и курса),
- 4) план и техника (указать отличительные особенности) массажа,
- 5) критерии оценки эффективности массажа (критерии указывает студент).

Преподаватель оценивает каждый пункт и выставляет итоговую оценку по данной теме.

≡ *Массаж области спины*

≡ *Массаж мышц брюшного пресса*