ФГБ ПОУ «КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
МИНЗДРАВА РОССИИ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ

ПМ.01. ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА И ВЫПОЛНЕНИЕ КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА

специальность

34.02.02 МЕДИЦИНСКИЙ МАССАЖ

(для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)

Квалификация - медицинская сестра по массажу /

медицинский брат по массажу

2023

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Кисловодский медицинский колледж» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Разработчик: Павлухина Наталья Петровна, Куликов Александр Васильевич преподаватели ФГБ ПОУ «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России

1. Массаж в системе лечебных и профилактических мероприятий

Теоретическое занятие

Массаж является эффективным лечебным и реабилитационным методом, применяемым в целях нормализации функций организма при различных заболеваниях и повреждениях. Популярность лечебного массажа постоянно растет, он стал объектом пристального внимания и научного изучения.

Его используют в хирургии, травматологии, терапии, гинекологии, невропатологии, кардиологии, эндокринологии, спортивной медицине и реабилитации. Он помогает восстановлению нормальной деятельности всего организма, входит в комплекс лечебных мероприятий, проводимых в больницах, санаториях, поликлиниках, лечебно-профилактических учреждениях.

Массаж (от фр. masser — растирать) — совокупность приёмов механического и рефлекторного воздействия на ткани и органы в виде трения, давления, вибрации, проводимых непосредственно на поверхности тела человека, как руками, так и специальными аппаратами через воздушную, водную или иную среду (гель, крем, масло и т.д.) с целью достижения лечебного или иного эффекта.

Лечебный массаж имеет свою классификацию, в основе которой лежит характер заболевания. Так, выделяют массаж при заболеваниях центральной и периферической нервной системы, при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата, массаж при заболеваниях органов дыхания, массаж при заболеваниях органов, участвующих в пищеварении и т. д. Метод выполнения массажа может меняться в зависимости от характера того или иного заболевания. При травмах или заболеваниях опорно-двигательного аппарата методика выполнения массажа подразделяется на методику массажа при заболеваниях позвоночника и методику массажа при заболеваниях суставов. При заболеваниях органов пищеварительного тракта — методика массажа кишечника, желудка и двенадцатиперстной кишки. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы — методика массажа при гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и т. д.

Лечебный массаж можно классифицировать по тем нозологическим единицам, при которых он применяется: массаж при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата, массаж при заболеваниях и травмах нервной системы, массаж при заболеваниях внутренних органов и т.д.

Для каждой группы заболеваний характерны свои особенности техники и методики сеанса массажа. При каждом заболевании методика массажа зависит: от этиологии, патогенеза, клинической формы, течения и дифференцируется в связи с этими факторами, разрабатывается не только с учетом самого заболевания, но и конкретно для определенного пациента.

Благодаря массажу можно повысить или снизить общую нервную возбудимость массируемого, привести в действие почти утраченные рефлексы, значительно улучшить трофику тканей, деятельность многих внутренних органов. Массаж сопровождается приятным ощущением тепла во

всем теле, улучшением общего самочувствия массируемого, повышением у него жизненного тонуса.

Массаж во многих случаях целесообразно комбинировать с различными физиотерапевтическими процедурами: водными, светолечением, электролечением и т.д. Физические методы лечения подготавливают ткани тела к массажу. Например, целесообразно предварительно согреть конечности, кожная температура которых понижена (парезы, параличи), или уменьшить болезненность, чтобы появилась возможность углубления массажа, и т.д.

Особенно следует подчеркнуть большую эффективность ручного массажа, так как только руками массажист может выявить изменения в тканях массируемой области, выделить необходимые точки и целенаправленно воздействовать на них. Не отрицая положительного влияния аппаратного массажа, в лечебной практике все же предпочтительней применять ручной, так как никакой из аппаратов не может заменить рук массажиста.

2. Смазывающие вещества и присыпки для выполнения массажа

Теоретическое занятие

Для улучшения скольжения массирующей руки применяют различные смазывающие вещества, а также присыпки.

Из смазывающих веществ наиболее пригоден чистый белый вазелин (лучше борный), который не должен быть вязким. Вазелин не следует держать открытым, а также долго хранить во избежание его окисления. Такой вазелин вызывает раздражение кожи. Брать вазелин из банки можно только чистым деревянным или стеклянным шпателем.

Растительные масла для смазывания кожи при массаже непригодны ввиду большой вязкости и клейкости, что затрудняет выполнение массажа.

Количество смазывающих веществ не должно быть велико, чтобы не ослабить тонкости осязания массирующей руки. Кроме того, массирующая рука при большом скольжении не в состоянии проникнуть вглубь тканей, вследствие чего ряд массажных приемов, как, например, разминание, непрерывная вибрация и т. п., становятся трудновыполнимыми. По окончании массажа вазелин или другие смазывающие вещества следует стереть сухим полотенцем или ватным тампоном IBO избежание закупорки кожных пор.

Показаниями к применению смазывающих веществ при массаже различных частей тела являются:

1. сухая кожа;
2. повышенная чувствительность (гиперестезия) кожи;
3. неокрепшие рубцы;
4. массирование носовых полостей, предстательной железы и др.;
5. худощавость рук массажиста.

Если кожа эластична, теплая, сухая, то средства скольжения не обязательны при массаже.

Противопоказаниями к применению смазывающих веществ при массаже служат: жирная кожа; повышенная потливость кожи (гипергидроз); наличие дерматита; необходимость вызвать усиленный приток крови к массируемому участку; окрепшие, вросшие рубцы, наличие миогелозов.

В том случае, когда смазывающие вещества противопоказаны, применяются сухие порошкообразные гигроскопические вещества - присыпки, например косметический тальк, хорошо впитывающий выделения кожи (пот, жир); он не раздражает ее и делает кожу гладкой. Следует употреблять незначительное количество талька, чтобы не засорять кожные поры. По окончании массажа тальк легко удаляют сухим полотенцем.

Большим недостатком талька является его свойство сильно высушивать кожу.

В практике рефлекторно-сегментарного массажа смазывающие вещества, а также присыпки не применяются.

По статистике 90% массажистов в своей работе в качестве смазывающих материалов используют массажные масла. Изначально следует разделить их на две категории, это: минеральные масла и натуральные масла.

Минеральное масло - это продукт нефтепереработки, который зачастую очищают, ароматизируют, и обогащают синтетическими компонентами и производными натуральных веществ. Наиболее известный представитель данной категории, линейка масел «Johnson's Baby». По консистенции оно довольно жидкое и при использовании образует на теле скользкую водоотталкивающую плёнку. При постоянном применении может вызывать сухость кожи. Из преимуществ минеральных масел можно выделить их относительную дешевизну.

Натуральное масло - это продукт биологического происхождения, обладающий рядом достоинств, среди которых можно выделить целебные, очищающие, консервирующие, антисептические свойства. В массаже используют жирные растительные масла (оливковое, миндальное, персиковое, авокадо, масло виноградных косточек, масло ростков пшеницы, и др.) в чистом виде, или же, что более популярно, в сочетании с различными эфирными маслами. В таких смесях, растительное масло играет роль базового, и в соотношении с эфирными маслами, должно существенно преобладать (15-20 капель эфирных масел на 100мл основы). Обычно, среди базовых масел, преимущественно используют те, которые хорошо и быстро поглощаются кожей, и не оставляют на поверхности жирной пленки. Ни в коем случае нельзя эфирные масла использовать, а точнее, наносить на тело массируемого в неразбавленном виде, это чревато последствиями и может привести к ожогу кожи.

Тальк, присыпки, рисовая пудра

На втором месте по популярности среди смазывающих средств у массажистов находятся порошковые средства, а именно: тальк, детские присыпки, рисовая пудра. Чаще всего используют тальк.

Порошковые средства для массажа способны абсорбировать (поглощать) выделяемый кожный жир, скрабировать верхний слой кожи, увеличивая её гладкость. Они являются превосходными осушителями и существенно уменьшают потоотделение (особенно ценное свойство при массаже в тёплое время года), что также облегчает скольжение рук массажиста по телу, очищают поры, обладают гипоаллергенными свойствами не вызывая раздражений и аллергических реакций, подходят для любого типа кожи. Так же их преимущество в том, что после массажа они легко удаляются сухим полотенцем, салфеткой или смываются водой.

Если нет необходимости в этих веществах, выполняют «сухой массаж».

Такой массаж применяют, чтобы быстро получить тепловой эффект и вызвать резкий прилив крови к массируемым тканям. Однако энергичный «сухой массаж» сильно раздражает кожу, поэтому он должен быть непродолжительным. Как правило, без дополнительных средств для скольжения рук, т.е. «на сухую», выполняется классический массаж

3. Обследование пациента

Теоретическое занятие

Обследование больного — важный этап лечебно-диагностического процесса, так как на основании данных обследования устанавливается диагноз и назначается лечение.Обследование складывается из субъективных и объективных данных.

Субъективное обследование - это расспрос, который включает разделы:

- *Паспортные данные* (ФИО, возраст, пол, семейное положение, профессия, должность, место работы, место жительства
- *Жалобы больного* на момент обследования. Сначала расспрашивают о главных жалобах, послуживших поводом обращения за медицинской помощью, а затем о второстепенных.
- *История настоящего заболевания*. Пациента расспрашивают о времени начала заболевания и его первых признаках, выясняют возможные причины развития заболевания. Отдельно расспрашивают о времени, причинах и проявлениях последнего ухудшения.
- *История жизни больного*. Расспрашивают о росте и развитии в детском возрасте, жилищно-бытовых и материальных условиях, характере питания, занятии физкультурой и спортом, физической активности. Выясняют условия труда, нет ли профессиональных вредностей. Расспрашивают о перенесённых заболеваниях в хронологической последовательности. Собирают аллергологический анамнез (непереносимость лекарств, пищевых продуктов, сывороток, вакцин). Обязательно выясняют характер наследственности. Особенное внимание обращают на перенесение пациентом или его родственниками сифилиса, туберкулеза, нервно-психических заболеваний, новообразований, атеросклероза, ИБС, болезней обмена веществ, заболеваний системы крови.

Объективное обследование складывается из осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации и проводится, как правило, по системам: настоящее состояние больного, система органов дыхания, сердечнососудистая система, система органов пищеварения, мочеполовая система, нервная и эндокринная системы.

Пальпация. Влажность и эластичность кожи. Потливость общая или местная. Отёки: общие, местные, их распределение. Лимфатические узлы. Мышечная система: степень развития, тонус, болезненность.

Перкуссия.

Ясный лёгочный звук (над здоровыми лёгкими), тимпанический звук (над органами брюшной полости), притупленный звук (при уплотнении лёгочной ткани), тупой звук (при появлении жидкости в плевральной полости), коробочный звук (при повышении воздушности лёгких).

Аускультация.

Проводится с помощью фонендоскопа.

Дополнительные методы исследования.

Их подразделяют на лабораторные и инструментальные.

К лабораторным методам исследования относятся те, при которых исследуется состав или отдельные компоненты жидкостей и сред организма: анализы мочи (общий, по Нечипоренко, по Зимницкому, суточная моча на сахар, бактериологическое исследование мочи, анализ мочи на амилазу); анализы кала (общий, на яйца гельминтов, на скрытую кровь, бактериологическое исследование). Одним из ведущих лабораторных методов исследования является общий анализ крови, который назначается всем больным и отражает патологические процессы, происходящие в организме, кровь для этого берут из пальца. Для биохимического исследования кровь берётся из вены; с помощью биохимических исследований определяют электролиты крови, количество белка и его фракции, коагулограмму, ферменты крови и многие другие показатели. Исследование желудочного сока и желчи также относятся к лабораторным методам исследования. Можно исследовать состав ликвора, плевральной жидкости, асцитической жидкости и многое другое.

Инструментальные методы исследования очень разнообразны, их можно подразделить на группы.

Рентгенологические методы исследования применяются очень широко: флюорография грудной клетки проводится с целью массового профилактического обследования населения для выявления заболеваний лёгких.

С помощью рентгеновских лучей исследуют кости и суставы, желудок, кишечник, желчный пузырь и желчные протоки, почки и мочевыводящие пути. Рентгенологический метод исследования основан на свойстве рентгеновских лучей проникать через мягкие ткани организма и задерживаться плотными. В ряде случаев используют контрастные вещества, которые задерживают рентгеновские лучи и повышают качество

рентгенограмм. Если изображение получают на экране – это рентгеноскопия, а на плёнке – рентгенография.

Эндоскопические методы исследования позволяют осмотреть орган изнутри, поэтому используются для полых органов – бронхов, желудка, кишечника, мочевого пузыря. Кроме того, при эндоскопии можно взять частицу органа для исследования (биопсия) и провести лечебные процедуры.

Ультразвуковой метод исследования (УЗИ) основан на свойстве ультразвука отражаться на границе раздела органов или тканей различной плотности, отражённые сигналы принимаются аппаратом и, претерпев определённые преобразования, формируют на экране прибора изображение.

Радиоизотопные методы исследования используются для получения изображения органа – сканирование или изучения функции. Во втором случае получаем графическое изображение накопления и выведения изотопа.

Электрокардиография – метод исследования работы сердца – графическая запись биопотенциалов сердца. Спирография – это регистрация дыхательных движений при различном режиме дыхания.

4. Оснащение массажного кабинета и требования к массажисту

Теоретическое занятие

К расположению и оснащению *массажного кабинета* предъявляются определенные требования. Предпочтительнее, чтобы массажист работал в отдельном кабинете, изолированном от посторонних шумов и звуков. Если в кабинете работают несколько массажистов, то каждое рабочее место отделяется ширмой из плотного материала.

Когда в кабинете работают несколько массажистов, минимальная площадь одного рабочего места составляет 6 - 8 м²; если же в кабинете проводит процедуры один специалист, то площадь кабинета должна быть 12 м². Предпочтительнее, чтобы высота потолка в кабинете была не ниже трех метров.

В кабинете должны быть хорошие освещение, отопление, вентиляция. Массажист может работать при естественном освещении или если свет исходит от ламп дневного света. Световой коэффициент (отношение световой площади окна к площади пола) должен равняться 1/4 или 1/5. Свет должен падать так, чтобы не раздражать глаза массажиста и пациента, но, в то же время, так, чтобы массажист мог видеть мелкие детали на теле пациента, не напрягая зрение. Как недостаток освещения, так и его избыток, неблагоприятно воздействуют на зрительный аппарат массажиста.

В кабинете должно быть сухо. Относительная влажность воздуха – не выше 60%. Вентиляция должна быть приточно-вытяжная, обеспечивающая четырехкратную смену воздуха в течение часа. Лучшим вариантом является наличие нормального кондиционера. Перед началом рабочего дня, а также между сеансами, массажист должен обязательно проветривать помещение.

Естественно, что в кабинете ежедневно должна проводиться влажная уборка.

Система отопления должна нормально функционировать. Разные авторы дают разные значения температуры в кабинете; температура воздуха считается нормальной, если в кабинете от +20°С до +22°С.

На полу перед массажным столом должен лежать плотный, теплый коврик для пациентов. Окраска стен и покрытие потолка должны соответствовать современным санитарно-гигиеническим требованиям и гармонировать с интерьером.

Обязательно наличие в кабинете умывальника со смесителем для горячей и холодной воды.

Для проведения различных видов массажа должны быть в наличии массажный стол, массажный столик и массажное кресло. Кроме того, требуются и дополнительные технические аксессуары массажной процедуры: валики, подушки, салфетки и т.п.

Кроме массажной мебели, в кабинете должна быть мебель, не использующаяся для массажа, но нужная для удобства пациента и массажиста. В наличии должны быть термометр, часы, зеркало, аптечка. Ключ от аптечки должен находиться у массажиста.

В требованиях, предъявляемых к массажисту, можно выделить два аспекта – психологический и технический.

К психологическому аспекту относится ряд личностных качеств массажиста и некоторые этико - деонтологические принципы: внимательность, терпеливость, тактичность, дружелюбие, спокойствие, уверенность в правильности выполнения плана сеанса массажа.

Отношения между пациентом и массажистом очень важны для эффективности лечения, поэтому массажист должен быть корректен, предупредителен, тактичен и находчив, но не допускать фамильярности в обращении с пациентом, тем более обсуждать с ним качество работы своих коллег или лечащего врача.

Движения массажиста должны быть аккуратны и точны. Неточные жесты могут показаться пациенту двусмысленными.

Недопустимо проявление массажистом раздражения или недовольства пациентом. Пациенты очень чувствительны к равнодушному отношению к своим жалобам, поэтому каждую жалобу пациента следует внимательно выслушать, по возможности извлечь из нее новые данные и использовать их для более эффективного применения массажа.

Массажист обязан разбираться в особенностях клинического проявления различных заболеваний и в соответствии с этим умело подбирать необходимую методику или разновидность лечебного массажа, следить за реакцией больного во время массажа и правильно оценивать результаты своего труда, при этом он должен поддерживать тесную связь с лечащим врачом. Необходимо знание клинических и специальных дисциплин (сестринского дела в терапии, хирургии, педиатрии, нервных болезней и других).

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

К техническому аспекту относят само выполнение массажных приемов, умение выполнять любой вид массажа, выбирать наиболее эффективные приемы, соблюдать рациональную последовательность основных и вспомогательных приемов массажа, учитывать адекватность ответной реакции пациента на проведенный сеанс или курс массажа.

Знание топографической анатомии особенно важно в связи с введением в лечебную практику сегментарного и точечного массажа. Только при строгом выполнении этого требования массажист сможет стать квалифицированным специалистом.

Массажист обязан безукоризненно владеть пальпаторным методом исследования. Важна осмысленная чувствительность пальцев, поэтому необходима ежедневная тренировка и специальные упражнения для пальцев.

Массажисту должны быть хорошо знакомы ощущения, возникающие при пальпации человеческого тела. Он должен научиться распознавать пальпаторно отдельные мышцы, мышечные группы, связки, сухожилия, места прикрепления сухожилий к костям. Определять пастозность (потеря эластичности) и отечность тканей, отличать повышенный или пониженный мышечный тонус от нормального тонуса, знать расположение основных сосудисто-нервных пучков. Хорошо развитая чувствительность позволяет определить состояние массируемых тканей и понять, когда необходимо закончить массаж на данном участке и перейти на другой участок. Чтобы сохранить высокую чувствительность пальцев, необходимо оберегать кожу рук от ранений, нагноения, высушивания, ожогов.

Массажист должен одинаково владеть обеими руками для сохранения и качества массажа, и работоспособности.

Массажист обязан отлично владеть техникой, знать методику массажа и умело использовать знания при лечении различных заболеваний. Чтобы применять массаж направленно, он должен отчетливо представлять физиологическое действие каждого массажного приема и знать его показания и противопоказания. Поскольку классический лечебный массаж является основой почти всех разновидностей массажа, массажист должен глубоко освоить его приемы, а в дальнейшем постоянно совершенствовать технику выполнения массажных приемов и не допускать их искажений. Нарушение правил выполнения приемов классического массажа приводит к снижению эффективности лечения и даже ухудшению состояния больного.

Эти важные профессиональные качества начинающие массажисты должны воспитывать в себе с первых занятий, с первого знакомства друг с другом и с профессией. Все это в дальнейшем поможет им легко и естественно наладить доверительные отношения с пациентами и добиться уважения среди врачей и коллег.

5. Сочетание лекарственных средств с процедурой массажа

Теоретическое занятие

Проведение массажа для борьбы с кашлем

Кашель – естественная защитная реакция, свойственная каждому человеку. Когда в дыхательные пути попадает инородное вещество, или предмет, с помощью резкого выдоха организм стремится избавиться от него.

Применение массажа при кашле способствует скорейшему освобождению от мокроты.

Массаж улучшает функцию внешнего дыхания, увеличивает насыщение артериальной крови кислородом. Под влиянием массажа увеличивается газообмен: выделение углекислоты и потребление кислорода за счет увеличения глубины дыхания и некоторого его урежения стимулируется более экономичная гипервентиляция. Последействие массажа проявляется в нормализации кислотно-основного состояния, в увеличении эластичности легочной ткани, проходимости бронхов и резервов дыхания.

Массаж при кашле:

- улучшает кровообращение в грудной клетке;
- стимулирует сокращение стенок бронхов;
- нормализует циркуляцию крови в эпителиальных тканях.

Массаж проводят при заболеваниях дыхательной системы, начиная с рождения. Техника массажа может быть разной, но всегда эффективной. Лечение массажем следует продолжать до полного исчезновения симптомов. Одной процедуры будет мало для достижения заметного результата.

Кашель бывает влажным или продуктивным и сухим.

При сухом кашле мокрота плотно прилегает к стенкам бронхов, и справиться с ней только лишь лечением массажем невозможно. Она отличается вязкостью и тягучестью. Чтобы такая терапия оказалась эффективной, вначале показано применение медикаментозных препаратов для разжижения мокроты. По механизму действия различают две группы отхаркивающих средств:

1. стимулирующие отхаркивание (секретомоторные средства);

2. разжижающие мокроту (секретолитические, или муколитические средства).

При затрудненном откашливании они уменьшат вязкость мокроты и ускорят ее выведение.

Поскольку отхаркивающие средства устраняют только один симптом заболевания органов дыхания – кашель с затрудненным отделением мокроты, – обычно их применяют в комплексе с другими препаратами (антибактериальными и противовирусными, жаропонижающими, противоотечными, иммуностимуляторами, витаминами и другими).

Если же кашель уже стал влажным, и пациент постепенно начал отхаркивать слизь, проведение массажа – самое лучшее решение. Курс такого лечения ускорит выздоровление и поможет больному скорее восстановить полноценное дыхание.

Техника проведения дренажного массажа

Дренажный массаж применяют для лечения кашля, независимо от возраста пациента. Техника проведения очень проста, но эффективно помогает справиться с мокротой. Начинать курс можно только после того, как из бронхов начинает выделяться слизь.

Выполняя дренажный массаж, важно следить за положением тела пациента. Для успешного отхождения мокроты, под тазобедренный сустав необходимо подложить валик. Получится, что голова будет немного ниже таза. Важно, чтобы процедура включала интенсивные действия: похлопывания, поколачивания, разминания и вибрационные движения. В завершение сеанса от кашля можно выполнить сдавливание в области грудной клетки. Это способствует выходу остаточного воздуха и мокроты из дыхательных путей.

Процедуру не проводят позднее, чем за 2 часа до сна. В противном случае пациент может не успеть откашляться. *Перед началом сеанса лечения можно принять отхаркивающий препарат.* Не стоит выполнять процедуру в течение часа после приема пищи.

Техника выполнения баночного массажа

Баночный массаж от кашля постепенно теряет популярность. И напрасно, ведь его эффективность проверена временем, и использование данного способа дает прекрасные результаты.

Применение баночного массажа от кашля дает такой эффект:

- активизирует ток лимфы;
- улучшает кровообращение;
- снимает отек тканей;

- выводит лишнюю жидкость;
- смягчает кашель;
- способствует выведению мокроты.

Эффект от баночного массажа от кашля обусловлен действием вакуума. Выполняется на спине в проекции легких или на верхней части груди. Чаще исключается проекция сердца.

В процессе выполнения процедуры можно применять пластиковые или стеклянные банки, из-под которых полностью удаляется воздух. Важно постоянно менять их местоположение, чтобы избежать образования кровоподтеков.

Техника выполнения медового массажа

Медовый массаж эффективен при любом типе кашля. Оказывает такое воздействие:

- снимает воспаление;
- укрепляет дыхательную систему и организм в целом;
- прогревает;
- способствует проникновению питательных веществ внутрь.

Проводить сеанс лечения с помощью массажа следует перед сном, чтобы пациент уже не вставал и не охлаждался. Помимо меда, можно применять эфирные масла хвойных сортов. Техника заключается в похлопывающих движениях. Так как из-за меда руки прилипают к коже, а затем резко отрываются, это оказывает стимулирующее воздействие.

При выполнении медового лечения важно учесть, что детям такие процедуры на ночь нежелательны. Во время сна может произойти перегрев. Поэтому малышам сеанс проводят днем, а после него соблюдается получасовой покой.

Техника проведения огненного массажа

Такую процедуру можно нечасто встретить в массажном салоне. На практике провести его не так сложно.

Лечение оказывает такое воздействие:

- укрепляет иммунную систему;
- снимает приступы кашля;
- способствует выведению мокроты;
- оздоровляет дыхательную систему.

Процесс проводится в следующем порядке:

- вначале кожу разогревают с помощью поглаживаний и разминаний;

– на спину выкладывается полотенце с составом из травяного настоя;

– сверху укладывается полотенце, смоченное в теплой воде;

– на верхнее полотенце наливается до 200 мл спирта и поджигается;

– через 10-15 секунд горения огонь гаснет;

– полотенца снимаются и сеанс повторяется.

За один массаж проводится от 5-15 зажиганий. Во время горения питательные вещества из нижнего полотенца активно проходят через кожу и оказывают влияние на бронхи.

Противопоказания к проведению массажа

Перед началом лечения кашля с помощью сеансов массажа важно учесть возможные противопоказания. К примеру, криомассаж проводится только на этапе восстановления. Воздействие холодом в период активного заболевания противопоказано.

Если учесть все показания и противопоказания, лечение принесет много пользы. Перед началом курса желательно проконсультироваться с лечащим врачом для подбора наиболее подходящей техники выполнения процедуры.

6. Принцип действия отхаркивающих средств в сочетании с массажем

Теоретическое занятие

В норме в дыхательных путях образуется около 100 мл секрета в сутки, большая часть которого заглатывается. При заболеваниях органов дыхания снижается активность клеток, выстилающих дыхательные пути – реснитчатого эпителия, а секреция мокроты, напротив, увеличивается, и повышается ее вязкость. Отхаркивать вязкую мокроту становится труднее.

Кроме того, несмотря на самостоятельное защитное действие мокроты, ее избыточное количество или повышенная вязкость затрудняют газообмен, создают условия для размножения болезнетворных микроорганизмов.

Вот почему при воспалении дыхательных путей, даже при продуктивном кашле, а тем более при затрудненном откашливании, необходимо применять вещества, стимулирующие отхаркивание или разжижающие мокроту. Эти препараты восстанавливают и улучшают

продвижение мокроты с помощью реснитчатого эпителия и ускоряют ее выведение.

Принцип действия отхаркивающих средств

Все отхаркивающие препараты можно разделить на три группы по принципу действия:

разжижение мокроты – это способность препарата сделать густую и вязкую мокроту более жидкой, что облегчает ее выведение;

активация работы бронхов – способность препарата увеличивать перистальтику в бронхах и стимулировать двигательную активность эпителия;

расширение бронхов – это устранение спазмов, которые сужают просвет бронхов, сильно затрудняют отделение мокроты и провоцируют нарушения дыхания.

Спазм бронхов – это достаточно распространенный симптом при заболеваниях дыхательных путей, ему свойственно свистящее затрудненное дыхание.

По виду воздействия отхаркивающие средства делятся на препараты центрального и периферического действия.

Периферического действия те, которые стимулируют рецепторы дыхательных путей при приеме лекарства внутрь и запускают, таким образом, механизм продукции бронхиальной мокроты. При этом консистенция мокроты становится более жидкой и ее выведение при кашле значительно облегчается. Кроме того такие препараты как Доктор Мом®, которые содержат в составе натуральные растительные ингредиенты, имеют минимальное количество противопоказаний по сравнению с синтетическими лекарственными средствами.

Препараты мать-и-мачехи, фиалки, солодки, душицы, девясила, термопсиса, алтея и других лекарственных растений, терпингидрат, ликорин, эфирные масла оказывают слабое раздражающее влияние на клетки слизистой оболочки желудка, что рефлекторно (через рвотный центр продолговатого мозга) увеличивает активность бронхиальных желез и усиливает сокращения мышц бронхов. Мокрота становится обильной, жидкой и легче откашливается.

При сухом кашле мокрота плотно прилегает к стенкам бронхов, и справиться с ней только лишь лечением массажем невозможно. Она отличается вязкостью и тягучестью. Чтобы такая терапия оказалась эффективной, вначале показано применение медикаментозных препаратов для разжижения мокроты.

Если же кашель уже стал влажным, и пациент постепенно начал отхаркивать слизь, проведение массажа – самое лучшее решение. Курс такого лечения ускорит выздоровление и поможет больному скорее восстановить полноценное дыхание.

Массаж помогает восстановить дыхательную систему после того, как курильщик покончил с вредной привычкой. Для таких людей данная процедура крайне необходима, так как выздоровление наступит в разы быстрее.

Дренажный массаж применяют для лечения кашля, независимо от возраста пациента. Техника проведения очень проста, но эффективно помогает справиться с мокротой. Начинать курс можно только после того, как из бронхов начинает выделяться слизь.

Выполняя дренажный массаж, важно следить за положением тела пациента. Для успешного отхождения мокроты, под тазобедренный сустав необходимо подложить валик. Получится, что голова будет немного ниже таза.

Важно, чтобы процедура включала интенсивные действия: похлопывания, поколачивания, разминания и вибрационные движения. В завершение сеанса от кашля можно выполнить сдавливание в области грудной клетки. Это способствует выходу остаточного воздуха и мокроты из дыхательных путей.

Процедуру не проводят позднее, чем за 2 часа до сна. В противном случае пациент может не успеть откашляться. Перед началом сеанса лечения можно принять отхаркивающий препарат. Не стоит выполнять процедуру в течение часа после приема пищи.

7. Обследование пациентов с заболеваниями органов дыхания

Теоретическое занятие

Обследование пациентов с заболеваниями органов дыхания проводят по определенному плану.

1. Основные жалобы и симптомы заболеваний органов дыхания.
2. Осмотр больных с заболеваниями органов дыхания.
3. Пальпация грудной клетки.
4. Перкуссия легких сравнительная и топографическая.
5. Аускультация легких в норме и при патологии.

Основными жалобами больных с патологией органов дыхания являются: кашель, отделение мокроты, кровохарканье, боль в грудной клетке, одышка, удушье.

При осмотре грудной клетки оценивают:

- Форму грудной клетки;
- Равномерность участия грудной клетки в акте дыхания;
- Участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры;
- Наличие одышки и патологических типов дыхания;
- Сглаженность и выпячивание межреберных промежутков;
- Форму ногтей и пальцев рук.

Пальпация грудной клетки.

Голосовое дрожание – сила проведения голоса на поверхность грудной клетки.

Перкуссия легких

- Топографическая
- Подвижность нижнего края легких (определение границ легких)
- Сравнительная (сравниваем звуки на симметричными участками)

Аускультация легких.

При аускультации анализируют основные дыхательные шумы - везикулярное и бронхиальное дыхание: обращают внимание на характер их звучания, громкость, продолжительность в процессе вдоха и выдоха и сравнивают по этим характеристикам дыхание в правом и левом легком.

Лабораторные и инструментальные исследования

Рентгеноскопия, рентгенография (флюорография), томография, бронхография, бронхоскопия, спирометрия, спирография.

Лабораторные: общий анализ крови, общий анализ мокроты, биохимическое исследование крови, бактериологический анализ мокроты, исследование мокроты на чувствительность к антибиотикам, цитологическое исследование мокроты, экссудата.

8. Дозировка массажа при заболеваниях органов дыхания Сочетание массажа и ЛФК

Теоретическое занятие

В патогенезе *дыхательной недостаточности* большое значение имеет дискоординация в работе различных групп дыхательных мышц (например, верхнегрудных и нижнегрудных).

Известно, что перед мышечной работой и в самом начале ее дыхание усиливается по механизму условного рефлекса. Включение в восстановительное лечение процедур *массажа и упражнений*, связанных с движением верхних и нижних конечностей и совпадающих с фазами дыхания, становятся условно-рефлекторным раздражителем для деятельности дыхательного аппарата, и способствует формированию у больных условного проприоцептивного дыхательного рефлекса

В конечном итоге применение перечисленных средств восстановительного лечения приводит к более слаженной работе реберно-диафрагмального механизма дыхания с большим вентиляционным эффектом и с меньшей затратой энергии на работу дыхания.

Улучшение во время проведения процедур массажа и физических упражнений кровотока в работающих мышцах вызывает уменьшение сопротивления кровотоку на периферии, что в свою очередь облегчает работу левой половины сердца. Последнее чрезвычайно важно у пациентов старших возрастных групп при сопутствующих поражениях сердечнососудистой системы (гипертензия, миокардиодистрофия и др.). Одновременно облегчается венозный приток крови к правой половине сердца, и отток от работающих мышц. Кроме того, расширение периферического сосудистого русла сопровождается увеличением поверхности соприкосновения крови с клетками тканей, что в сочетании с более равномерной вентиляцией альвеол приводит к повышению утилизации кислорода.

Основные задачи: общее оздоровление организма, укрепление дыхательной мускулатуры, увеличение легочной вентиляции и газообмена, улучшение подвижности грудной клетки.

План массажа: воздействие на паравертебральные и рефлексогенные зоны грудной клетки, косвенный массаж диафрагмы, легких и области сердца, дыхательные упражнения.

Положение пациента — сидя и лежа.

Массаж назначают после стихания острых явлений в период обратного развития заболевания при удовлетворительном общем состоянии и нормализации температуры. Наличие слабости и болей в боку не является противопоказанием к применению массажа.

В начале курса лечения на первых процедурах массажу подвергают переднюю и боковые поверхности грудной клетки.

Продолжительность процедуры массажа не должна превышать 7–10 мин.

Постепенно, от процедуры к процедуре, продолжительность массажа увеличивают до 15–20 мин и массажу подвергают грудную клетку со всех сторон.

На межреберных мышцах используют граблеобразное поглаживание и растирание в направлении: спереди назад вдоль межреберий.

При выполнении спиралевидного растирания четырьмя пальцами особое внимание уделяют растиранию мягких тканей в области позвоночника, межлопаточной области, под нижними углами лопаток и вдоль их внутреннего края.

На задней поверхности грудной клетки следует добавить в предложенную схему приемы поперечного непрерывистого разминания и накатывания.

На передней поверхности грудной клетки используют те же массажные приемы, но с большей силой воздействия.

Продолжительность массажа грудной клетки со всех сторон постепенно доходит до 15-20 минут. Курс 12-15 процедур ежедневно. Через месяц желательно проведение повторного курса массажа.

Физические упражнения и массаж улучшают выделение мокроты, формируют оптимальный стереотип полного дыхания с удлиненным выдохом.

Дренажная гимнастика направлена, в основном, на то, чтобы улучшить выведение мокроты. Для этого выполняют упражнения для различных групп мышц, используют частую смену исходных положений.

Большинство упражнений выполняют из исходного положения лежа на спине или на животе на кушетке без подголовника. Дренажу нижних долей легких лучше всего способствуют физические упражнения, связанные с напряжением мышц брюшного пресса: сгибание ног в коленях и тазобедренных суставах при одновременном надавливании на живот; «ножницы» (разведение и скрестное сведение выпрямленных приподнятых ног в положении лежа на спине); движения обеими ногами, как при плавании кролем; «велосипед». После каждого упражнения надо откашлять мокроту.

Лечебное действие физических упражнений при заболевании дыхательного аппарата основано на возможности произвольно регулировать глубину и частоту дыхания, длительность фаз дыхания, дыхательных пауз, уменьшать или увеличивать вентиляцию в разных отделах легких, восстанавливать наиболее физиологичный смешанный тип дыхания в покое и при мышечной деятельности. Специальные упражнения позволяют укрепить дыхательную мускулатуру, увеличить экскурсию грудной клетки и диафрагмы, способствует растяжению спаек.

9. ***Классический массаж в комплексном лечении пневмонии***
Теоретическое занятие

Различные виды массажа грудной клетки улучшают дыхательную функцию и снимают утомление дыхательной мускулатуры.

Массаж улучшает функцию внешнего дыхания, увеличивает насыщение артериальной крови кислородом, нормализует кортико-висцеральные взаимоотношения, кожно-мышечные и нервно-сосудистые реакции.

В лёгочной системе - восстанавливает и улучшает периферическое и легочное кровообращение, сокращает сроки лечения, стимулирует эвакуаторно-дренажную функцию в бронхах, укрепляет дыхательную мускулатуру, улучшает подвижность грудной клетки, способствует закаливанию, укреплению всего организма.

Под влиянием массажа увеличивается газообмен. Последействие массажа проявляется в нормализации кислотно-основного состояния, в

увеличении эластичности легочной ткани, проходимости бронхов и резервов дыхания.

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

Массаж пациентам с бронхолегочной патологией рационально назначать в соответствии с двигательными режимами, так как массажную процедуру для больного можно расценивать как пассивную физическую нагрузку.

Массаж и двигательные режимы для больных с заболеваниями органов дыхания.

В условиях стационара в зависимости от тяжести состояния больного и задач лечения больному лечащим врачом рекомендуется и назначается один из перечисленных двигательных режимов:

I-А - строгий постельный,

I-Б- облегченный постельный,

II- полупостельный или палатный,

III-А - свободный или общий переходный,

III-Б – общий режим.

Назначение двигательного режима зависит от тяжести болезни, ее течения и других факторов.

При улучшении состояния больной последовательно переводится на следующий двигательный режим.

Противопоказания к массажу при заболеваниях органов дыхания:

острое воспаление органов дыхания и тяжелое общее состояние пациента, активный туберкулез легких, злокачественные и доброкачественные опухоли, кровохарканье.

Техника ***классического массажа при пневмонии***

Острая пневмония – это воспаление легочной ткани, преимущественно бактериальной природы. В ряде случаев заболевание начинается внезапно, на фоне полного здоровья, с повышения температуры тела до 39—40°, озноба, болей в грудной клетке, кашля, первоначально сухого, затем с мокротой, иногда с кровохарканьем. Это крупозная пневмония.

Клиника очаговой пневмонии: повышение температуры, озноб, кашель. Но начинается она не столь внезапно, как крупозная пневмония. Обычно за несколько дней до этого появляются признаки ОРВИ или гриппа: насморк, кашель, недомогание, ломота во всем теле, небольшая температура. Для второй волны заболевания свойственны повышенная температура, усиление кашля, появление слабости, потливости. В некоторых случаях для воспаления легких характерна несколько стертая картина протекания болезни. Под маской ОРВИ может скрываться пневмония. Ее признаки: невысокая температура, слабость, недомогание, умеренный кашель.

Во всех случаях следует обратиться к врачу, так как только после прослушивания больного, рентгенологического обследования и анализа крови можно диагностировать острую пневмонию и подобрать средство для лечения.

При всех видах острой пневмонии необходимо использовать антибиотики, которые лучше вводить путем инъекций. Кроме этого, используют отхаркивающие средства, бронхорасширяющие препараты, способствующие отделению мокроты, а также физиотерапевтические методы.

Массаж начинают после стихания острых явлений в период обратного развития заболевания при удовлетворительном общем состоянии, нормальной температуре. Наличие слабости и болей в боку не являются противопоказаниями к назначению массажа и лечебной гимнастики.

На этапе облегченного постельного режима массаж проводят в ИПП лежа. Массируют переднебоковую поверхность грудной клетки и нижние конечности для рефлекторного воздействия на периферическое кровообращение. Применяют поверхностное плоскостное поглаживание, попеременное растирание, глубокое плоскостное поглаживание, пиление, обхватывающее поглаживание в два тура. Продолжительность процедуры массажа составляет 5-10 минут. При массаже конечностей используют приемы обхватывающего поглаживания и легкого или средней интенсивности растирания.

При переходе от постельного режима к палатному режиму массаж начинают с задней поверхности грудной клетки в ИПП лежа или сидя, далее массируют переднебоковую поверхность грудной клетки.

В период палатного режима массируют грудную клетку со всех сторон. При массаже спины особое внимание уделяют растиранию мягких тканей возле позвоночника, межлопаточной области, области лопаток, зоне под нижними углами лопаток и вдоль их внутреннего края.

На переднебоковой поверхности грудной клетки применяют приемы

поглаживания и энергичное граблеобразное растирание межреберных мышц.

В свободном двигательном режиме показан общий массаж, но чаще применяют массаж грудной клетки со всех сторон. При массаже спины к прежним приемам добавляют приемы поперечного непрерывистого разминания, полукружного разминания, накатывания. Акцентируют внимание на массаже межлопаточной области, области лопаток, под нижними углами лопаток и вдоль их внутреннего края.

На переднебоковой поверхности грудной клетки используют те же приемы, что и в предыдущем режиме, но с несколько большей силой и интенсивностью.

Продолжительность массажа грудной клетки со всех сторон постепенно увеличивается до 15-20 минут. Курс 12-15 процедур ежедневно. Через месяц желательно проведение повторного курса массажа.

10. Классический массаж в лечении плеврита

Теоретическое занятие

Плеврит-воспаление плевры. В большинстве случаев не является самостоятельным заболеванием и представляет собой патологический процесс, осложняющий течение заболеваний легких, реже грудной стенки, средостения, диафрагмы, органов поддиафрагмального пространства. Несмотря на вторичный характер реакций плевры, именно они определяют особенности и тяжесть течения основного заболевания и требуют целенаправленного лечения.

По этиологии различают плеврит инфекционный (стафилококковый, пневмококковый, туберкулезный, анаэробный и т. д.) и неинфекционный (асептический), который зависит от характера основного заболевания (ревматический, карциноматозный, травматический и др.). Характер тканевых изменений позволяет различить плеврит выпотной (экссудативный) и сухой (фибринозный) плеврит. Следует отметить, что воспалительная экссудация характерна для любого плеврита, в том числе фибринозного. В зависимости от того, есть или нет отграничение выпота от непораженной плевральной полости, различают диффузный (тотальный) и отграниченный (осумкованный) плеврит.

По клиническому течению плеврит бывает острым, подострым, хроническим.

Экссудативный плеврит начинается обычно незаметно: сначала температура может быть невысокой, но постепенно нарастает слабость, появляются одышка, тяжесть и боли в груди. Реже наблюдается острый плеврит с высокой температурой и резкими колющими болями в боку, усиливающимися при глубоком вдохе и кашле. В течение нескольких дней боли стихают, усиливается слабость, появляется одышка. При наличии большого количества жидкости в плевральной полости состояние пациента ухудшается, одышка усиливается, появляется цианоз (синюха). Пациент принимает вынужденное положение лежа на больном боку. Пораженная половина грудной клетки расширена, кожа над ней блестящая, межреберные промежутки расширены, экскурсия пораженной половины грудной клетки резко ограничена. При рассасывании экссудата (выпота) могут образовываться плевральные спайки и западения больной половины грудной клетки.

Сухой плеврит является реакцией плевры на пневмонию, грипп, туберкулез, при этом воспаление плевры сопровождается образованием на ней фибринозного налета и небольшого выпота в плевральной полости. Заболевание начинается с внезапного появления в боку острой колющей боли, которая усиливается при глубоком вдохе и кашле. Температура может быть нормальной или незначительно повышенной. Пораженная половина грудной клетки отстает при дыхании. Боли в боку держатся несколько дней.

Лечение плеврита – комплексное, включающее специфические, симптоматические, физиотерапевтические методы, массаж, ЛФК с целью

ликвидации воспалительных изменений в плевральной полости, ускорения всасывания выпота, предупреждения образования плевральных спаек, восстановления дыхания и подготовки сердечнососудистой системы к возрастающим физическим нагрузкам.

Массаж назначают при стихании воспалительных явлений в плевре, при уменьшении или исчезновении экссудата, при нормальной температуре и нормализации картины крови.

Примерная схема курса массажа при плеврите.

Первую процедуру можно начать на 3-4 день нормализации температуры при уменьшении болей и кашля. Массажные процедуры продолжаются не более 5— 10 минут ежедневно. Начинают со здоровой стороны.

При облегченном постельном двигательном режиме (I-Б) назначают массаж переднебоковой поверхности грудной клетки: поверхностное плоскостное поглаживание, попеременное растирание, пиление, поглаживание в 2 тура. Приемы выполнять легко, в относительно замедленном темпе. Благодаря массажу снимается спазм дыхательной мускулатуры, уменьшаются боли, увеличивается подвижность грудной клетки, экскурсия легких и диафрагмы. Продолжительность массажа 5-7 минут.

Во время палатного двигательного режима при заметном улучшении состояния пациента проводят массаж всей грудной клетки (со всех сторон), подключая активно пиление, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, линейное растирание межреберий и легкое похлопывание.

При переходном общем или свободном режиме в массаж всей грудной клетки включают похлопывание, рубление и разминание больших грудных мышц, а на спине – полукружное разминание, поперечное непрерывистое разминание, накатывание, рубление. Разминание и прерывистая ручная вибрация (низкой и средней частоты) усиливают и углубляют дыхание. Массаж начинают с задней поверхности грудной клетки.

На свободном режиме перед выпиской пациентов из стационара в конце курса применяют глубокий, энергичный массаж всей грудной клетки с использованием всех массажных приемов по общей схеме.

При плевральных спайках, ателектазах (спадение участка легкого) и после перенесенной пневмонии процедуру массажа полезно заканчивать "растяжением" грудной клетки. Этот прием выполняют в тех же исходных положениях, как и “сдавливание” (массаж при бронхиальной астме). Такой прием повторяют 3—4 раза в конце каждой процедуры.

Растяжение грудной клетки противопоказано при бронхиальной астме и эмфиземе легких во избежание разрыва истонченных альвеолярных стенок.

Продолжительность процедуры массажа всей грудной клетки при плеврите 15—20 минут. Массаж применяют ежедневно в течение всего стационарного лечения, после выписки — повторяют через 1 месяц. Курс массажа состоит из 15—20 процедур.

11. Методики классического массажа в комплексном лечении бронхиальной астмы и эмфиземы легких

Теоретическое занятие

Бронхиальная астма — хроническое заболевание инфекционно-аллергической природы, для которого характерно появление приступов удушья. Приступы обусловлены спазмом бронхиолярной мускулатуры, который возникает под влиянием различных веществ растительного или лекарственного происхождения. Заболевание появляется в результате особого предрасположения организма, в котором существенную роль играет понижение порога возбудимости вегетативной нервной системы.

Приступы часто протекают остро, нередко ночью, когда преобладает тонус парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Во время приступа резко затрудняется выдох, воздух полностью не выходит из альвеол, что приводит к резкому растяжению альвеол и развитию эмфиземы. Продолжительность приступа различна. Грудная клетка во время приступа сильно расширяется, дыхание свистящее, лицо синеет, появляется мучительный кашель. Приступ заканчивается отделением небольшого количества вязкой, стекловидной мокроты. Межприступные периоды также различной продолжительности.

Бронхиальная астма, протекающая с частыми обострениями, приводит к развитию эмфиземы легких и легочно-сердечной недостаточности.

Лечение астмы должно быть комплексным. Одним из важных составных элементов комплексной терапии является массаж, который применяется в межприступном периоде.

Цель массажа: укрепление дыхательной мускулатуры и нервной системы, повышение работоспособности, усиление тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, ликвидация спазма бронхиолярной мускулатуры.

Массажу подвергают всю грудную клетку, мышцы шеи и надплечья. Чаще массаж выполняют в положении пациента сидя, так как большинство больных плохо переносят положение лежа.

Примерная схема массажной процедуры при бронхиальной астме

Массаж задней поверхности грудной клетки.

Массаж мягких тканей вдоль позвоночника по паравертебральным линиям.

Массаж переднебоковой поверхности грудной клетки.

При массаже грудной клетки уделять особое внимание VI— IX межреберным промежуткам, где часто наблюдается повышенный тонус межреберных мышц. В этих промежутках выполняют поглаживание и спиралевидное растирание подушечками пальцев.

Процедуру массажа можно завершать *сдавливанием грудной клетки* в момент выдоха, на первых двух-трех процедурах повторяют 2—3 раза, постепенно увеличивая число сдавливаний. К концу курса его можно довести до 10—12, в зависимости от переносимости пациентом.

Во время массажной процедуры внимательно наблюдать за состоянием пациента. При выполнении приема сдавливания недопустимо появление головокружения — это говорит о передозировке и служит сигналом к прекращению воздействия. После массажа пациент должен отдохнуть сидя в течение 20—30 минут.

Продолжительность процедуры массажа грудной клетки — до 20 минут. Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит из 15—20 процедур и повторяется регулярно через 1 — 1,5 месяца.

Классический массаж при эмфиземе легких

Эмфизема легких — хроническое заболевание, при котором происходит расширение альвеол, сопровождающееся атрофией и разрывом межальвеолярных перегородок, понижением эластичности легочной ткани, уменьшением дыхательной поверхности, снижением жизненной емкости легких и развитием дыхательной недостаточности.

При заболевании грудная клетка как бы застывает в фазе вдоха и постепенно приобретает бочкообразную форму. Экскурсия грудной клетки и диафрагмы уменьшается, межреберные промежутки расширяются. У пациента наблюдаются одышка, кашель, цианоз губ, щек, кистей рук, выдох настолько ослаблен, что ему не удается задуть пламя свечи или спички. Эмфизема легких часто является следствием хронического бронхита, пневмосклероза, бронхиальной астмы и в холодное время года обостряется.

Профилактика заключается в своевременном и целенаправленном лечении заболеваний, ведущих к эмфиземе легких. Пациенту назначают медикаментозное лечение (при этом противопоказано курение).

В комплексном лечении эмфиземы легких применяют массаж, который наиболее эффективен в начальных стадиях заболевания.

В начале заболевания можно применять общий массаж легкой или средней интенсивности, обращая главное внимание на массаж грудной клетки и мышц брюшного пресса. Применяются все массажные приемы с небольшой силой давления рук массажиста.

Цель массажа: борьба с остаточными явлениями бронхита, пневмонии, укрепление организма и дыхательной мускулатуры.

Продолжительность процедуры при общем массаже 30—40 минут.

При выраженной эмфиземе и легочной недостаточности применяют легкий массаж грудной клетки со всех сторон.

Примерная схема массажной процедуры при эмфиземе легких

Массаж задней поверхности грудной клетки

Массаж переднелатеральной поверхности грудной клетки

Массаж межреберных мышц с обеих сторон грудной клетки

При поглаживании в два тура переднебоковой поверхности грудной клетки в исходном положении пациента лежа на спине, когда руки массажиста движутся в обратном направлении, массажист обеими руками сдавливает грудную клетку в момент выдоха. Когда руки массажиста движутся снизу вверх, пациент делает вдох. Скорость движения рук должна

при этом соответствовать скорости дыхания пациента. Этот прием невозможен в положении пациента сидя, поэтому его заменяют приемом сдавливания грудной клетки.

Продолжительность процедуры массажа грудной клетки — 15—20 минут. Массаж применяют ежедневно.

При эмфиземе легких с явлениями сердечно-легочной недостаточности массируют в основном верхние и нижние конечности. На них применяют обхватывающее непрерывистое поглаживание, попеременное растирание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, валяние, полукружное разминание, продольное непрерывистое разминание.

Цель массажа: борьба с явлениями сердечно-легочной недостаточности и застойными явлениями, улучшение периферического и легочного кровообращения, разгрузка малого круга кровообращения.

Продолжительность процедуры массажа 15—20 минут. Массаж выполняют ежедневно.

Курс массажа состоит в среднем из 15—20 процедур и повторяется регулярно через 1 — 1,5 месяца.

12. Классический массаж в комплексном лечении хронических неспецифических заболеваний легких */ХНЗЛ /*

Теоретическое занятие

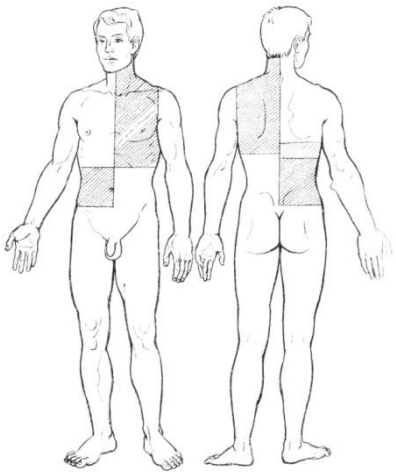
Интенсивный массаж асимметричных зон грудной клетки у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких /ХНЗЛ / (по методике О.Ф.Кузнецова)

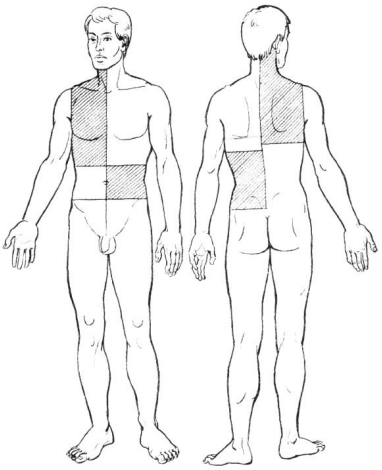
Нетуберкулезные, неопухолевые патологические процессы в органах дыхания называют неспецифическими или хроническими неспецифическими заболеваниями легких - ХНЗЛ. К ним относят хронический бронхит, хроническую пневмонию, бронхоэктатическую болезнь, эмфизему легких, абсцесс легкого, бронхиальную астму.

Наблюдения за больными ХНЗЛ выявили, что у таких пациентов имеется фрагментарная деформация грудной клетки в виде участков (зон) кожно-мышечной умеренной гипертрофии с незначительным объемным увеличением грудной клетки. Эти зоны гипертрофии асимметричны и расположены диагонально по отношению друг к другу. В зонах гипертрофии при исследовании выявили более высокую температуру кожи и более высокий мышечный тонус. Рентгенологически, бронхографически и бронхоскопически было показано, что зоны гипертрофии соответствуют долям легкого, в сегментах которых есть воспалительно-структурные изменения. Следовательно, воздействуя на зоны кожно-мышечной гипертрофии, можно рефлекторным путем целенаправленно влиять на течение хронического бронхолегочного воспаления.

Различают 2 варианта зон гипертрофии, подлежащих интенсивному массажу.

1 вариант **2 вариант**





I вариант: зоны кожно-мышечной гипертрофии соответствуют области проекции верхней доли левого легкого, средней и нижней доли правого легкого. *II вариант*: зоны кожно-мышечной гипертрофии соответствуют области проекции верхней доли правого легкого, нижней доли и язычкового сегмента левого легкого (см. рис.)

При 1-м варианте кожно-мышечных изменений проводят интенсивный массаж правой половины живота, реберной дуги и левой верхней половины грудной клетки опереди с последующим переходом на правую половину поясничной области и спины до угла правой лопатки и левой лопаточной области; при 2-м варианте массируют противоположные области (см. рисунок). Если процесс ограничен сегментами одной из долей легкого, то изменения кожно-мышечного статуса выявляются рельефно и четко по одному из вариантов. Если процесс распространенный, то указанные признаки имеют менее выраженный или смешанный характер. Методику массажа выбирают в соответствии с диагнозом и преимущественным поражением легочной ткани.

Следует учесть, что массаж по II варианту способствует уменьшению или купированию бронхоспазма, а массаж по I варианту может провоцировать или усиливать бронхоспазм.

Следовательно, при наличии у больного бронхиальной астмы массируют только по II варианту, т.к. в этом случае уменьшается или купируется бронхоспазм. Если у пациента хронический бронхит с признаками и явлениями бронхоспазма, то массируют также по II варианту. В иных случаях можно использовать методику массажа по I варианту.

Эффективен интенсивный массаж для больных с затяжным вялотекущим процессом, трудно поддающимся лечению, а также для больных с бронхоспазмом, устойчивым к медикаментозной терапии.

Противопоказания к интенсивному массажу: острый бронхолегочный процесс, астматический статус, III стадия заболевания, легочно-сердечная недостаточность II-III, артериальная гипертензия IIБ –III стадии, возраст старше 55 лет у женщин и 60 лет у мужчин, а также общие противопоказания к массажу. Ускоренная СОЭ и наличие прожилок крови в мокроте больных

хронической пневмонией или хроническим бронхитом не является противопоказанием к данной методике массажа.

Особенности интенсивного массажа асимметричных зон грудной клетки.

1. Массажу подлежат четыре зоны: две зоны с вентральной стороны и две зоны со стороны спины. То есть, массируется не вся поверхность грудной клетки, а только две соответствующих зоны спереди и две зоны со стороны спины, диагонально расположенные относительно друг друга.
2. Массаж всегда начинают с вентральной стороны и с нижней зоны в соответствии с избранным вариантом.
3. Исключают приемы поглаживания.
4. Каждый четный прием - это прием прерывистой низкочастотной вибрации.
5. Каждый квадрант (зону) массируют дважды.
6. Каждую зону спереди массируют не более 5-7 минут, а каждую зону со стороны спины – не более 8-10 минут. Приемы вибрации занимают 7-10 секунд, а приемы растирания или разминания – 40 - 60 секунд.
7. Время массажной процедуры 30-40 минут, а при наличии навыков и опыта у массажиста – массаж длится 25-30 минут. Процедура интенсивного массажа оценивается в 4-6 массажных единиц.
8. Курс массажа состоит из 2-6 процедур, каждая из которых выполняется один раз в 3-5-7 дней. Повторный курс возможен через 3-4 недели.
9. Интенсивный массаж асимметричных зон (ИМАЗ) грудной клетки можно сочетать с классическим массажем следующим образом: 1) после курса классического массажа в случае его низкой эффективности в количестве 2-3 процедур; 2) включать ИМАЗ во второй половине курса классического массажа вместо его 6-9-12 процедур.
10. Каждая процедура проводится интенсивно, в том числе и первая, но с меньшим усилием у женщин и тучных людей и с большим - у мужчин и астеников.
11. ИМАЗ грудной клетки не сочетается с аппаратной физиотерапией *(на грудной клетке, в месте проведения массажа), так как* может наступить ухудшение общего состояния пациента и повыситься температура тела.
12. В некоторых случаях больным с ХНЗЛ *процедуру массажа завершают надавливанием на грудную клетку в сочетании с глубоким выдохом.* Это воздействие вызывает кашель и улучшает отхождение мокроты. Этот прием противопоказан больным с бронхиальной астмой, т.к. может вызвать бронхоспазм.
13. При наличии астматического статуса ИМАЗ назначают только после выведения больного из этого состояния.

14. После процедуры интенсивного массажа больному рекомендуется отдых длительностью 1,5-2 часа, а в течение дня следует избегать охлаждений.

15. Общий курс ИМАЗ состоит из 4-х процедур. Первые две процедуры проводят согласно варианту, который был определен перед началом массажа, третья процедура проводится по противоположному варианту*, так как после 2-х процедур массируемые ткани нуждаются в «отдыхе», а ткани зон противоположного варианта* рефлекторно становятся «готовы» к интенсивному массажу. Четвертая процедура проводится вновь по изначальному варианту.

16. Массажисту рекомендуется использовать марлевую повязку для защиты от мокроты и эпителия кожи больного.

Для массажа вентральной поверхности исходное положение пациента (ИПП) лежа на спине, руки - под ягодицами, ноги укрыты одеялом (независимо от температуры окружающей среды).

Массаж дорзальной поверхности проводят в ИПП лежа на животе, согнутые руки служат опорой для головы, т.к. это положение тонизирует мышцы пояса верхних конечностей и спины, что обеспечивает большую эффективность интенсивного массажа.

Примерная схема ИМАЗ массажной процедуры

Массаж зон вентральной поверхности

I. Массаж нижней зоны - торакоабдоминальной (области косой мышцы живота, подреберья, реберной дуги и нижних 4-5 ребер).

Переход к массажу верхней зоны. Для нижней зоны - пауза и отдых.

*II. Массаж верхней зоны грудной клетки спереди (верхняя половина грудной клетки до восьмого ребра)***.**

Переход к повторному массажу нижней зоны. Для верхней зоны - пауза.

III. Повторный массаж нижней зоны (торакоабдоминальной).

Переход к повторному массажу верхней зоны, для нижней зоны – отдых.

IV. Повторный массаж верхней зоны грудной клетки спереди.

Смена исходного положения пациента.

Массаж зон дорзальной поверхности.

V. Массаж нижней зоны -тораколюмбальной(от гребня подвздошной кости до уровня нижнего угла лопатки)

Переход к массажу верхней зоны. Для нижней зоны - пауза.

VI. Массаж верхней зоны со стороны спины (от уровня VII-VIIIмежреберий до надплечья, включая заднюю поверхность шеи соответствующей стороны)

Переход к повторному массажу нижней зоны. Для верхней зоны - пауза.

VII. Повторный массаж нижней (тораколюмбальной) зоны.

Переход к повторному массажу верхней зоны, для нижней зоны – отдых.

VIII. Повторный массаж верхней зоны со стороны спины.

Процедура интенсивного массажа заканчивается легким растиранием шеи от затылка до плеча и похлопыванием всей спины.

13. Цели и задачи массажа при заболеваниях сердечнососудистой системы

Теоретическое занятие

Показания к назначению массажа при заболеваниях сердечнососудистой системы достаточно широки.

Массаж применяется при врождённых пороках сердца, миокардиодистрофии, хронической сердечно-сосудистой недостаточности, стенокардии, после перенесённого инфаркта миокарда, при гипертонической болезни, гипотонических кризах, неврозах с нарушением функций сердечно-сосудистой системы.

При остановке сердца применяют закрытый массаж сердца.

Показан массаж при сосудистых заболеваниях: – при облитерирующем эндартериите и атеросклерозе, при ангиопатиях, варикозном расширении вен, посттромбофлебитическом синдроме.

Противопоказания общие, как при любом массаже, так и частные – это частые приступы стенокардии, тяжёлые формы ангиосклеротических изменений, аневризмы крупных сосудов.

Задачи массажа при заболеваниях сердца*:*

- улучшить кровообращение в сердечной мышце;
- усилить приток крови к сердцу;
- повысить тонус сердечной мышцы и стимулировать её сократительную функцию;
- устранить застойные явления в малом и большом кругах кровообращения;
- стабилизировать артериальное давление и кровообращение в целом;
- улучшить состояние сократительных элементов кровеносных сосудов;
- способствовать развитию коллатерального кровообращения;
  - рефлекторно расширить коронарные сосуды;
  - оказать регулирующее влияние на вазомоторные центры;
  - общеукрепляющее воздействие на сердечнососудистую систему;
  - уравновешивание основных корковых процессов.

Под влиянием массажа у больных при болезнях органов кровообращения меняются показатели осциллографической кривой, характеризующей состояние тонуса сосудов и величину артериального давления. Изменения гемодинамики носят благоприятный характер при адекватных воздействиях в соответствии с патогенетическими и клиническими особенностями заболевания [Белая Н. А., 1974].

Массаж и ЛФК оказывают общее тонизирующее воздействие, предупреждают застойные явления, улучшают коронарное и периферическое кровообращение, поднимают настроение пациента, обеспечивают постепенный переход от режима максимального покоя к нормальной двигательной активности и труду.

14. Оценка общего состояния пациента. Дозировка массажа при патологии сердечнососудистой системы. Сочетание массажа и ЛФК.

Теоретическое занятие

Общее состояние пациента зависит от наличия и степени выраженности декомпенсации жизненно важных функций организма. Это определяет объем диагностических и лечебных мероприятий, показания к госпитализации, транспортабельность и вероятный прогноз заболевания.

В клинической практике выделяют состояния:

- удовлетворительное
- средней тяжести
- тяжелое
- крайне тяжелое (предагональное)
- терминальное (атональное)
- состояние клинической смерти.

Общее состояние больного *удовлетворительное,* если функции жизненно важных органов относительно компенсированы. Субъективные и объективные проявления заболевания выражены не резко, сознание ясное, положение активное, питание не нарушено, температура тела нормальная или субфебрильная.

В состоянии *средней тяжести* заболевание приводит к декомпенсации функций жизненно важных органов, однако не представляет непосредственной опасности для жизни больного. Сознание обычно ясное, однако иногда бывает оглушенным. Двигательная активность ограничена, высокая лихорадка с ознобом, распространенные отеки подкожной клетчатки, выраженная бледность, яркая желтуха, умеренный цианоз, аритмия, повышение артериального давления.

Тяжелое общее состояние наблюдается при осложненном течении болезни с ярко выраженными и быстро прогрессирующими ее клиническими проявлениями. Больные жалуются на нестерпимые упорные боли в сердце или в животе, выраженную одышку в покое, продолжительную анурию, возможны бред, выраженные менингиальные симптомы. Положение больного пассивное или вынужденное, он, как правило, не может себя обслуживать, нуждается в постоянном уходе. Могут наблюдаться значительное психомоторное возбуждение или общие судороги.

Все больные, общее состояние которых характеризуется как тяжелое, нуждаются в срочной госпитализации. Лечение проводят, как правило, в условиях палаты интенсивной терапии.

Крайне тяжелое (предагональное) общее состояние характеризуется столь резким нарушением основных жизненно важных функций организма, что без срочных и интенсивных лечебных мероприятий больной может погибнуть в течение ближайших часов или даже минут. Сознание резко угнетено, вплоть до комы, хотя в ряде случаев остается ясным.

У больных, находящихся в *астматическом статусе*, дыхательные шумы над легкими не выслушиваются. Могут выявляться нарушения дыхания в виде "большого дыхания" Куссмауля либо периодического дыхания типа Чейна-Стокса или Грокко. Лечение больных, находящихся в крайне тяжелом общем состоянии, проводят в условиях реанимационного отделения.

При терминальном (агональном) общем состоянии наблюдается полное угасание сознания, мышцы расслаблены, рефлексы, в том числе мигательный, исчезают. Роговица становится мутной, нижняя челюсть отвисает. Пульс не прощупывается даже на сонных артериях, артериальное давление не определяется, тоны сердца не выслушиваются, однако на электрокардиограмме еще регистрируется электрическая активность миокарда. Отмечаются редкие периодические дыхательные движения.

Агония может длиться несколько минут или часов. Появление на электрокардиограмме изоэлектрической линии или волн фибрилляции и прекращение дыхания свидетельствуют о наступлении клинической смерти. Продолжительность состояния клинической смерти составляет всего несколько минут, тем не менее, своевременно начатые реанимационные мероприятия могут вернуть человека к жизни.

Профилактика и лечение сердечнососудистых заболеваний с их распространенностью и тяжелыми последствиями, к которым они приводят, продолжает оставаться одной из проблем, требующих своего разрешения в здравоохранении.

Применение массажа при заболеваниях сердечнососудистой системы в комплексном лечении больных способствует повышению эффективности лечения.

Лечебная физкультура (ЛФК) и массаж - это необходимая составляющая профилактики и лечения заболеваний. ЛФК и массаж поддерживают нормальную жизнедеятельность, и улучшают общее состояние организма. При регулярном проведении укрепляется иммунитет и человек заболевает реже.

Все нагрузки должны соответствовать степени недостаточности.

*Классификация функциональных возможностей при сердечной недостаточности (*Функциональные классы ХСН)

I ФК. Ограничения физической активности отсутствуют, привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиения. Повышенную нагрузку больной переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением сил.

II ФК. Незначительное ограничение физической активности, в покое симптомы ХСН отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.

III ФК. Заметное ограничение физической активности, в покое симптомы ХСН отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов ХСН.

IV ФК. Любая физическая активность вызывает чувство дискомфорта, Симптомы ХСН наблюдаются в покое и усиливаются при минимальной физической активности

При постановке диагноза ХСН указываются стадия и функциональный класс. Стадии ХСН могут только прогрессировать, несмотря на лечение, функциональные классы на фоне лечения могут меняться как в одну, так и в другую сторону.

Дозировка массажа

Длительность одного массажного сеанса имеет значительный диапазон - от 3-х до 60-и минут.

Делается массаж ежедневно или через день в зависимости от возраста, состояния, индивидуальной переносимости, массируемой области.

Лечебный курс массажа индивидуален: от 5 до 25 процедур (в санаториях 10 процедур). Перерывы между курсами лечения от 10 дней до 2--3 месяцев. Число процедур после перерыва может быть уменьшено или увеличено.

Общий массаж, как правило, каждый день не делается, а при кардиосклерозе, сердечнососудистой недостаточности, в пожилом возрасте в первые дни массаж можно делать не чаще 2-х раз в неделю, а потом (при хорошей переносимости) - через день.

При астении, гипотонии, умственном и физическом переутомлении сначала массируют через день, а потом (при хорошей переносимости) - ежедневно.

Весь курс лечебного массажа условно можно разделить на 3 периода.

I – первые 2-3 процедуры нужны для уточнения ответной реакции организма (уменьшение или усиление болей, изменение артериального давления, появление сонливости или бодрости, легкости и свободы движений, облегчение дыхания). В этом периоде уточняется переносимость конкретных массажных приемов, воздействие на организм в целом.

II – в последующие с 3 по 23 процедуры массажные приемы строго дифференцируются с учетом жалоб, клинических симптомов, особенностей сопутствующей патологии. С каждым сеансом по показаниям увеличивается интенсивность воздействия.

III – заключительные две процедуры. Массируемого в это время можно обучить самомассажу, показать последовательность приемов на конкретных анатомических зонах, обучить обращению с механическими массажерами.

Лечебная физкультура и массаж широко используются в программе реабилитаций после сердечнососудистых заболеваний, процедуры проходят по назначенной врачом схеме и под его контролем.

15. Классический массаж при ишемической болезни сердца, стенокардии, инфаркте миокарда (с учетом *двигательных режимов)*

Теоретическое занятие

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – органическое и функциональное поражение миокарда, вызванное недостатком или прекращением кровоснабжения сердечной мышцы (ишемией). ИБС может проявляться острыми (инфаркт миокарда, остановка сердца) и хроническими (стенокардия, постинфарктный кардиосклероз, сердечная недостаточность) состояниями. Клинические признаки ИБС определяются конкретной формой заболевания. ИБС является самой распространенной в мире причиной внезапной смерти, в том числе лиц трудоспособного возраста.

Стенокардия (stenokardia; греч. stenos узкий, тесный + kardia сердце: синоним: болезнь Гебердена, грудная жаба, anginapectoris)— заболевание, основным проявлением которого является приступ болевых ощущений, главным образом за грудиной, реже в области сердца. Клиническая картина стенокардии была впервые описана В.Геберденом. Им были отмечены основные особенности болевых ощущений при стенокардии: боль возникает внезапно, длится от нескольких минут до получаса, имеет различную интенсивность, может отдавать в левую руку, плечо, шею или нижнюю челюсть, реже — вправо, назад, в обе руки и др. Часто приступ сопровождается чувством страха.

По зарубежным данным, стенокардия у мужчин наблюдается в 3-4 раза чаще, чем у женщин. Причиной приступа стенокардии служит недостаточность кровоснабжения сердечной мышцы, обусловленная коронарной недостаточностью из-за сужения просвета венечной (коронарной) артерии сердца при атеросклерозе, сосудистом спазме или сочетании этих факторов. Результатом острой коронарной недостаточности является ишемия миокарда, вызывающая нарушение окислительных процессов в миокарде и избыточного накопления в нем недоокисленных продуктов обмена (молочной, пировиноградной, угольной и фосфорной кислот) и других метаболитов. Значительно реже стенокардия возникает при инфекционных и инфекционно-аллергических поражениях. Провоцируют приступы стенокардии эмоциональное и физическое напряжение.

Обычно при стенокардии человек чувствует тяжесть, давление или боль в груди, особенно за грудиной. Часто боль передается в шею, челюсть, руки, спину или даже зубы. Также могут наблюдаться диспепсические расстройства (изжога, тошнота), слабость, повышенная потливость, колики или одышка.

Приступы стенокардии обычно возникают при перенапряжении, сильном эмоциональном возбуждении или после плотного обеда. В эти моменты сердечной мышце требуется больше кислорода, чем она может получить через суженные коронарные артерии. Приступ стенокардии обычно продолжается от 1 до 15 минут, его можно ослабить, если успокоиться, посидеть или полежать, положить под язык таблетку нитроглицерина. Нитроглицерин расширяет кровеносные сосуды и понижает артериальное давление. И то, и другое снижает потребность сердечной мышцы в кислороде и снимает приступ стенокардии.

Различают стенокардию напряжения и покоя. Сначала недостаточность кровоснабжения имеет относительный характер и выявляется только при значительной физической нагрузке, когда потребность мышцы сердца в питательных веществах и кислороде резко возрастает. В таких случаях говорят о *стенокардии напряжения*, приступы которой нередко возникают при быстрой ходьбе, подъеме в гору и прекращаются после того, как больной останавливается. При возобновлении ходьбы боль может появиться снова, и больной бывает вынужден останавливаться через каждые 100—200 шагов. Реже приступы стенокардии напряжения возникают в связи с волнением, при котором повышаются частота сердечных сокращений и артериальное давление, создавая нагрузку на сердце.

Они могут быть вызваны также курением, употреблением алкоголя, обильной едой, питьем холодной воды, гипервентиляцией (стенокардия Принцметала).

Прогрессирование болезни ведет к появлению болевых приступов и в покое, нередко ночью, т. е. возникает так называемая *стенокардия покоя*. В происхождении ночных приступов стенокардии покоя предполагают также роль усиления вагусных влияний в ночное время.

Патогенез болевого приступа, т.е. собственно стенокардии связывают с раздражением окончаний чувствительных волокон симпатических нервов сердца веществами, высвобождающимися при ишемии из клеток миокарда. Импульсы направляются к ганглиям шейно-грудного отдела, проникают и спинной мозг, распространяясь на зоны соматической иннервации, достигают подкорковых структур и коры головного мозга, формируя ощущение боли с локализацией в зонах иннервации от верхнегрудных сегментов. Отмечаемое иногда исчезновение стенокардии после инфаркта миокарда объясняют деструкцией нервных окончаний в зоне некроза.

Отличительный признак приступа стенокардии — быстрый, через 1—2 *мин*, эффект от применения нитроглицерина. В тех случаях, когда тяжелый приступ стенокардии длится более получаса и не снимается этим препаратом, реальна угроза развития инфаркта миокарда.

Следует подчеркнуть, что далеко не все болевые ощущения в груди, особенно в левой половине грудной клетки, свидетельствуют о стенокардии. Различные по характеру, локализации и продолжительности болевые ощущения в области сердца наблюдаются при неврозах, пороках сердца, заболеваниях шейно-грудного отдела позвоночника (например,

остеохондрозе) и т.д. Поэтому диагноз заболевания, сопровождающегося болями в груди, может быть установлен только при специальном обследовании.

При стенокардии напряжения иногда достаточно прекратить нагрузку, например, остановиться, отдых является первым лечебным мероприятием. Прекращает приступ стенокардии прием нитроглицерина. Отсутствие эффекта в течение 2—3 *мин* требует повторного приема препарата. Принимать нитроглицерин можно и нужно при каждом приступе в самом начале его, не дожидаясь, пока боль станет нестерпимой. Больной всегда должен иметь при себе нитроглицерин. Если повторный прием нитроглицерина не устранил боль, необходимо вызвать скорую медицинскую помощь.

Для предупреждения приступов стенокардии больной должен избегать тех физических и нервных нагрузок, которые вызывают боль (например, быстрая ходьба, подъем тяжестей). Вместе с тем не следует стремиться к полному покою, допустимы небольшие физические нагрузки, в т. ч. длительные, если они не вызывают боль. Рациональные комплексы лечебной физкультуры и массажа под врачебным контролем способствуют улучшению состояния.

Массаж назначают в межприступном периоде.

Цель массажа: рефлекторное расширения коронарных сосудов, улучшение питания миокарда, регулирующее влияние на вазомоторные центры, общеукрепляющее воздействие на сердечнососудистую систему, уравновешивание основных корковых процессов.

При легких приступах массаж можно начинать на следующий день после приступа, при стенокардии покоя - на 4-5 день после приступа.

Массаж должен быть легким, приемы должны выполняться строго ритмично и плавно. При применении массажа соблюдать четкую последовательность в увеличении дозировки, которая зависит от формы и тяжести заболевания. Полезно применять массаж воротниковой зоны.

Примерная схема массажа при стенокардии

Массаж области сердца.

Одновременно массажу подвергаются зоны кожной гипералгезии в области грудины и под левой ключицей.

Массаж задней поверхности воротниковой зоны.

Массаж внутренней поверхности левой руки.

Продолжительность процедуры массажа: 5-7 минут на первых процедурах и постепенно увеличивается до15 минут. Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит в среднем из 15 процедур и повторяется регулярно через 1-1,5 месяца.

Инфаркт миокарда — вариант острой формы ишемической болезни сердца, протекающий с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения, *развивающегося в результате коронаротромбоза. Условием для возникновения такой патологии является атеросклероз коронарных сосудов. Реже*

возникновение инфаркта миокарда обусловливается длительным коронароспазмом.

Основной клинический признак — интенсивная боль за грудиной (statusanginosus), реже в других областях грудной клетки или в эпигастрии. Боль может иррадиировать в руку, плечо, надплечье, ключицу (особенно в левые), в шею и нижнюю челюсть, в спину (чаще в межлопаточное пространство). Боль имеет сжимающий, давящий, распирающий или жгучий характер; многие больные не могут точно описать свои болевые ощущения. Боль продолжается от 20 – 30 минут до нескольких часов. В отдельных случаях боль отсутствует или настолько незначительна, что больной не обращает на нее внимание. Боль сопровождается резкой общей слабостью, нередко тошнотой, рвотой, страхом смерти, чувством нехватки воздуха, потливостью. В первые минуты или часы заболевания у многих больных повышается АД; в дальнейшем развивается артериальная гипотензия.

Заболевание возникает, как правило, в возрасте 40-60 лет. Помимо спазма и атеросклероза способствует развитию инфаркта миокарда склонность к тромбообразованию, функциональное перенапряжение миокарда и нервно-психической сферы.

Однако болевые ощущения могут носить вариабельный характер. Пациент может жаловаться на чувство дискомфорта в груди, боли в животе, горле, руке, лопатке и т. п. Нередко заболевание имеет безболевой характер, что характерно для больных сахарным диабетом.

В 20-30 % случаев при крупноочаговых поражениях развиваются признаки сердечной недостаточности. Пациенты отмечают одышку, непродуктивный кашель. Нередко встречаются аритмии. Как правило, это различные формы экстрасистолии или фибрилляция предсердий. Нередко единственным симптомом инфаркта миокарда является внезапная остановка сердца. Предрасполагающим фактором является физическая нагрузка, психоэмоциональное напряжение, состояние утомления, гипертонический криз.

Лечение пациентов в остром периоде требует срочных мероприятий по ликвидации болевого синдрома и явлений коллапса, создание полного физического и психического покоя.

Массаж и лечебную физкультуру считают обязательными составляющими элементами современного комплексного лечения пациентов с инфарктом миокарда. Массаж и ЛФК оказывают общее тонизирующее воздействие, предупреждают застойные явления, улучшают коронарное и периферическое кровообращение, поднимают настроение пациента, обеспечивают постепенный переход от режима максимального покоя к нормальной двигательной активности и труду. Если ЛФК назначают через 2-3 недели от начала острого периода заболевания, то массаж можно начинать гораздо раньше, на 2-3 день нормальной температуры, потому что ЛФК требует интенсивного волевого напряжения со стороны пациента, а массаж этого не требует. В то же время массаж является своеобразной пассивной гимнастикой для мышц и сосудов, и кроме того он оказывает выраженное рефлекторное

сосудорасширяющее влияние на коронарные сосуды через периферическую капиллярную сеть, которая является обширной рефлексогенной зоной в сосудистой сети. Благодаря снятию спазма коронарных сосудов под влиянием классического, РСМ, точечного массажей уменьшаются и ликвидируются боли, улучшается питание миокарда, обмен и регенерация.

Цель массажа:

1. *Уменьшение и ликвидация болей.*
2. *Расширение коронарных сосудов.*
3. *Предупреждение и ликвидация застойных явлений.*
4. *Облегчение работы сердца.*
5. *Улучшение периферического кровообращения.*
6. *Подготовка сердечнососудистой системы к физическим нагрузкам.*

Показаниями к началу применения ЛФК являются:

1. *Удовлетворительное общее состояние.*
2. *Отсутствие одышки в покое.*
3. *Резкое уменьшение болевых ощущений.*
4. *Нормальная температура, отсутствие лейкоцитоза и нормализующаяся СОЭ.*
5. *Нарастание пульсового давления, отсутствие выраженной тахикардии.*
6. *Улучшение динамики ЭКГ.*

ЛФК проводится в форме лечебной гимнастики, каждое упражнение нужно чередовать с дыхательным упражнением.

В стационаре для плавного перевода пациента от состояния покоя к активному состоянию предусмотрены двигательные режимы - адекватная состоянию физическая активность больных инфарктом миокарда, которая определяется индивидуально для каждого больного.

Двигательный режим очень важен для эффективности комплексного лечения больных. В настоящее время установлено, что длительная иммобилизация больных отрицательно сказывается на их лечении в связи с гиподинамией и гипокинезией. В клинической практике твердо наметилась тенденция к ранней активизации больных и сокращению сроков госпитального режима. Но чем продолжительнее и резче ограничивались движения больного, тем медленнее должно осуществляться расширение двигательного режима.

Массаж и ЛФК проводят в соответствии с особенностями состояния пациента в этих двигательных режимах.

Примерная схема курса массажа при остром инфаркте миокарда

Строгий постельный режим

Массаж и ЛФК не проводят пока состояние пациента тяжелое. Допускаются медленные осторожные движения конечностей. Под влиянием лекарственной терапии состояние пациента постепенно улучшается, снижается температура, нормализуется СОЭ. В таком случае ему разрешается поворачиваться с посторонней помощью на бок, а также выполнять активные движения в мелких суставах кистей и стоп, пассивные движения с небольшой амплитудой в крупных суставах, и начинают массаж ног. На каждой

конечности делают по 10 обхватывающих непрерывистых поглаживаний с небольшой силой давления. Движения рук массажиста должны быть медленными, плавными и ритмичными. По возможности массаж конечностей повторяют 2 раза в день.

Постельный режим. Боли в сердце исчезли или легко снимаются лекарствами, в покое нет одышки и тахикардии. Разрешают движения конечностей с большей амплитудой, самостоятельные повороты на правый бок, постепенный переход в положение сидя (подъем на подголовник, полулежа, дозированное пребывание в положении сидя на кровати).

Для проведения массажа удобно различать начало, середину и конец этого режима. В начале режима *к поглаживанию нижних конечностей добавляют попеременное растирание.* В середине режима *применяют легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной рукой на верхних конечностях, а на нижних конечностях – двумя руками.* В конце этого режима *начинают применять легкий массаж в области спины в положении пациента на правом боку.* Этот массаж состоит из плоскостного поверхностного поглаживания и попеременного растирания.

При склонности к запорам – массаж живота по схеме массажа брюшного пресса. Длительность такого массажа должна быть не более 3-5 минут.

Полупостельный или палатный режим. В этом режиме больному разрешается сидеть (до 50% дневного времени), вставать, осторожно ходить в пределах палаты. Рекомендуются упражнения без отягощения на крупные мышечные группы, дыхательные упражнения, ходьба, движения головой для развития координации.

Массаж конечностей становится глубоким и энергичным, добавляют валяние, полукружное разминание и сотрясение.

Еще в конце предыдущего режима *начинают применять легкий массаж в области сердца (на передней поверхности грудной клетки слева)* - круговое плоскостное поверхностное поглаживание по часовой стрелке вокруг соска и попеременное растирание одной рукой в положении лежа на спине, постепенно увеличивая дозировку. Длительность массажа области сердца доводят до пяти минут, начинают массировать область левой лопатки и зону между ее внутренним краем и позвоночником.

Свободный или общий переходный режим. Состояние пациента заметно улучшилось, он самостоятельно ходит, сидит. Разрешается ходьба по отделению без ограничений, спуск по лестнице, прогулки на воздухе под контролем медперсонала.

В исходном положении пациента сидя на стуле, массируют верхнюю часть спины до линии, соединяющей нижние углы лопаток, и захватывают область надплечий и переднюю поверхность воротниковой зоны.

При иррадиации болей в верхнюю конечность можно массировать левую руку, (легкое поглаживание и легкое растирание) уделяя внимание внутренней поверхности.

Продолжительность массажа 15 минут ежедневно.

Общий режим. Режим назначается при показаниях к тренирующему воздействию физических нагрузок. *Б*ольному разрешается дозированная ходьба (обычная и с ускорением), подъемы по лестнице от 1-го до 3-го этажа, прогулки на воздухе, малоподвижные игры и т. д.

Интенсивность массажа грудной клетки постепенно возрастает. Особое внимание обращают на её переднюю поверхность.

Массаж задней поверхности грудной клетки

Массаж передней поверхности грудной клетки

Эффективно применить массаж диафрагмы, что способствует углублению активного дыхания.

Массаж области сердца

Массаж внутренней поверхности левой руки

Продолжительность процедуры массажа 15 минут. Массаж применяют ежедневно.

Курс состоит в среднем из 15 процедур и повторяется регулярно через 1 -1,5 месяца.

Постинфарктный кардиосклероз - это прямое следствие перенесённого инфаркта миокарда, его логичное завершение, так как омертвевшие участки сердечной мышцы не восстанавливаются, а замещаются грубой рубцовой тканью. Поэтому постинфарктный кардиосклероз - это поражение сердечной мышцы, а часто и клапанов сердца, вследствие развития в них рубцовой ткани в виде участков различной величины и распространенности, замещающих миокард. Кардиосклероз впрочем, может быть следствием и других заболеваний сердца, однако клиническое значение кардиосклероза другого происхождения (атеросклеротический кардиосклероз, существование которого оспаривается некоторыми клиницистами, кардиосклероз как исход дистрофии и гипертрофии миокарда, травмы сердца, других его болезней) невелико. Прямыми следствиями кардиосклероза любого происхождения могут быть сердечная недостаточность, или недостаточность кровообращения и нарушения ритма сердца или аритмии. Указание на постинфарктный кардиосклероз как осложнение ИБС вносят в диагноз не ранее чем через 2 месяца со дня возникновения инфаркта миокарда.

Цель массажа: общее укрепление организма, стимуляция центральной нервной системы, обмена веществ, тренировка сердечнососудистой системы, улучшение функции вспомогательных экстракардиальных факторов кровообращения, ликвидация застойных явлений и отеков в тканях, улучшение крово - и лимфообращения в мышцах, активизация окислительно-восстановительных процессов.

Противопоказания к массажу: острые нарушения мозгового кровообращения, групповая политопная экстрасистолия, неблагоприятная динамика ЭКГ во время лечения, аневризма сердца, острый инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз IV функционального класса.

Рекомендуется выполнять общий массаж для ликвидации всех имеющихся нарушений в состоянии организма.

16. Классический массаж при хронической сердечнососудистой недостаточности

Теоретическое занятие

Сердечнососудистой недостаточностью называется возникающее вследствие различных причин состояние, при котором ослабляется сократительная способность сердечной мышцы (миокарда), сердце и сосуды утрачивают способность обеспечивать организм необходимым количеством крови.

Синдром сердечнососудистой недостаточности осложняет многие заболевания сердечнососудистой системы, особенно же часто сердечная недостаточность развивается у людей, страдающих ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. Сердечная недостаточность во многих случаях снижает качество жизни или может стать причиной смерти человека.

Возникает сердечнососудистая недостаточность при перегрузке и переутомлении сердца (вследствие артериальной гипертонии, пороков сердца и др.), нарушении его кровоснабжения (инфаркт миокарда), миокардитах, токсических влияниях (например, при базедовой болезни) и т.д. А это приводит к застою крови, поскольку ослабленная сердечная мышца не обеспечивает кровообращения. Преимущественная недостаточность левого желудочка сердца протекает с застоем крови в лёгких (что сопровождается одышкой, цианозом, кровохарканьем и т. д.), а правого желудочка — с венозным застоем в большом круге кровообращения (отёки, увеличенная печень и др.). В результате возникают гипоксия органов и тканей, ацидоз и другие нарушения метаболизма.

При хронической сердечнососудистой недостаточности выделяют три стадии заболевания.

Первая (латентная) стадия: одышка и сердцебиение при обычной нагрузке, понижение работоспособности к концу дня.

Вторая стадия делится на фазы- А и Б. Фаза А: одышка и сердцебиение при незначительной физической нагрузке, повышение общей утомляемости, отекание ног к концу дня (к утру отеки исчезают), печень несколько увеличена и болезненна при пальпации. Первая стадия и вторая стадия в фазе А полностью обратимы при условии своевременно начатого и целенаправленного лечения, когда массаж дает наилучший лечебный эффект.

При второй стадии в фазе Б и третьей стадии массаж противопоказан.

Цель массажа: общее укрепление организма, стимуляция центральной нервной системы, обмена веществ, тренировка сердечнососудистой системы, улучшение функции вспомогательных экстракардиальных факторов кровообращения, ликвидация застойных явлений и отеков в тканях, улучшение крово - и лимфообращения в мышцах, активизация окислительно-восстановительных процессов.

Пациентам с I стадией назначают общий массаж, при котором используют все, без исключения, массажные приемы средней интенсивности.

Массаж начинают с области спины, затем выполняют массаж конечностей и заканчивают массажем живота.

Массаж спины обеспечивает приток крови на периферию, что в значительной степени облегчает работу сердца. В конце массажа можно выполнить легкое поколачивание или рубление в области остистого отростка седьмого шейного позвонка и в межлопаточной области. Энергичный массаж противопоказан, так как может вызвать коллаптоидное состояние, особенно после прерывистой ручной вибрации.

Массаж живота выполняют по методике массажа брюшного пресса. Очень сильное разминание мышц брюшного пресса может вызвать головокружение из-за резкого падения артериального давления.

Продолжительность процедуры массажа 40-45 минут, при улучшении общего состояния пациента постепенно увеличивают до 60-ти минут. Массаж применяют ежедневно или через день. Курс массажа состоит из 10-ти – 12-ти процедур и повторяется регулярно через 1-1,5 месяца.

Пациентам со второй стадией (фаза А) назначают массаж конечностей для предотвращения тканевых отеков, облегчения работы сердца, улучшения периферического кровообращения, функции вспомогательных экстракардиальных факторов кровообращения и общего тонуса организма. Все массажные приемы, особенно поглаживание, производят строго ритмично и в относительно замедленном темпе, приемы разминания выполняют только от периферии к центру. Во время массажа следить за состоянием, пульсом и дыханием пациента.

Продолжительность процедуры массажа верхних конечностей по5-6минут, для нижних конечностей–по 7-8 минут на каждую конечность.

Курс массажа состоит в среднем из 10-ти процедур и повторяется регулярно через 3-4 недели.

17. Классический массаж при артериальной гипертензии и при гипотонии

Теоретическое занятие

Артериальная гипертензия — синдром повышения артериального давления. Чаще это первичная или эссенциальная артериальная гипертензия (90—95 %). В остальных случаях диагностируют вторичные, симптоматические артериальные гипертензии: почечные (нефрогенные), эндокринные, гемодинамические, неврологические, стрессовые, обусловленные приёмом некоторых веществ.

В клинической практике принята классификация артериальной гипертензии, основанная на наличии поражений органов-мишеней. Выделяют три стадии заболевания артериальной гипертензии.

I стадия: «мягкая», признаки изменений сердечнососудистой системы, вызванные гипертензией, еще отсутствуют. АД в пределах 140–159 /90 - 104мм рт. ст. Давление лабильно.

II стадия: «умеренная», сопровождается значительным увеличением числа жалоб кардиального и нейрогенного характера. АД 180/105 - 110 мм

рт.ст. Ультразвуковые или ангиографические признаки атеросклеротического поражения аорты, коронарных, сонных, подвздошных или бедренных артерий.

III стадия: «тяжелая». Выраженные органические поражения различных органов и систем, сопровождающиеся различными нарушениями (стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, инсульт и др.).

Артериальная гипертензия может протекать с гипертоническими кризами (ГК), т. е. с внезапным подъемом АД от нормальных или повышенных его уровней. Гипертонический криз может быть как у больного гипертонической болезнью, так и при симптоматических гипертензиях. Различают два типа гипертонических кризов: кризы I типа протекают преимущественно как симпатико-адреналовые с вегетативно-сосудистой симптоматикой; кризы II типа – с нарушением состояния мозга, сердца, почек.

Лечение гипертонии кроме применения по показаниям медикаментозных средств включает и немедикаментозные методы лечения

Минимизация последствий симпатической активации рассматривается как важная задача при лечении артериальной гипертензии.

С этих же позиций подбирается и дозировка массажа с учётом индивидуальных особенностей пациента.

Массаж входит в программу комплексного лечения пациентов с артериальной гипертензией. Пациенты обычно очень хорошо переносят массаж. Его необходимо выполнять в отдельном кабинете при полной тишине.

Основной целью его применения является снижение и стабилизация артериального давления, уменьшение периферического сосудистого сопротивления. Сочетание массажа с физическими упражнениями создает условия для уменьшения доз лекарственных препаратов, необходимых для лечения данных пациентов, и ускорения стабилизации АД на более низких цифрах.

Основной и наиболее частой областью воздействия при первичной артериальной гипертензии является шейно-воротниковая зона. В методике отдают предпочтение глубоким приёмам. Массаж шейно-воротниковой области назначается при артериальной гипертензииI и II стадии. Его можно делать при гипертоническом кризе I типа в течение 5–7 минут в положении пациента сидя.

Кроме воротниковой зоны, полезным оказывается неинтенсивный массаж ног с целью расслабления мышц и активизации кровотока в них, снижения общего периферического сосудистого сопротивления. Массаж проводится в положении пациента лежа на спине с высоким изголовьем. Основные приемы: поглаживание и растирание, т. е. воздействие на кожу и подкожную соединительную ткань в течение 7–12-ти минут. Курс массажа – 10–12 процедур, ежедневно или через день. После массажа пациенту необходимо отдохнуть 20–30 минут.

По В. Н. Мошкову, при гипертонической болезни рекомендуется

применять массаж головы, шеи, области надплечий, межлопаточной области и области живота. Если у пациентов, страдающих гипертонической болезнью, наблюдается пояснично-крестцовый радикулит, то в таких случаях сначала проводят массаж пояснично-крестцовой области, затем — воротниковой зоны и головы.

Цель массажа: понижение артериального давления, нормализация основных корковых процессов, внутрибрюшного давления и функции кишечника, улучшение периферического и мозгового кровообращения, а также в сердечной мышце, ликвидация отеков и застойных явлений.

Примерная схема массажа и содержание массажной процедуры

1. Массаж межлопаточной области
2. Массаж шеи и надплечий
3. Массаж головы
4. Массаж живота

Исходные положения: пациента — сидя на стуле (при массаже головы, шеи, надплечий или межлопаточной области), лежа на спине (при массаже живота).

Массаж выполняют энергично, но не грубо. Приемы должны быть глубокими, но в то же время мягкими, эластичными, ритмичными и безболезненными. Массаж применяют ежедневно в течение 10—15 минут. Курс массажа состоит из 15 процедур и повторяется регулярно через 1,5—2 месяца.

Классический массаж при артериальной гипотензии

Артериальная гипотензия или гипотония – это продолжительное состояние понижения кровяного давления, при котором систолическое не превышает 100 мм рт. ст., а диастолическое - 60 мм рт. ст. Развивается она в результате понижения тонуса средних и мелких артерий из-за нарушений адаптационной способности аппарата кровообращения.

Артериальная гипотония может быть первичной и вторичной. Первичная или эссенциальная гипотония может проявляться либо как наследственная предрасположенность к пониженному давлению, не выходящему за пределы нормы, либо как хроническое заболевание. В первом случае говорят о **физиологической гипотонии**,а во втором – о **нейроциркуляторной астении.**

Различают два варианта течения болезни в зависимости от преобладания в коре головного мозга процессов торможения (чаще) или возбуждения. При этом клинически при одной форме отмечается астенический синдром с заторможенностью, вялостью, подавленностью, сонливостью, стойким снижением АД. При осмотре окулист выявляет на глазном дне атонию сосудов глазного дна.

При другой форме превалирует повышенная раздражительность, поверхностный беспокойный сон, головные боли в затылочно-теменной области, выраженная тенденция к нарастанию АД к вечеру; наклонность к учащению пульса в покое, осмотр окулиста выявляет спазм сосудов глазного дна. Вторичная артериальная гипотония, как и **вторичная гипертония**, возникает как следствие ряда заболеваний (например, при **язвенной болезни**, **анемии**,

гепатите, **циррозе печени**), как побочное действие некоторых лекарственных препаратов и т.д. В этом случае артериальная гипотония однозначно рассматривается не как болезнь, которая нуждается в лечении, а как симптом заболевания, устранение которого произойдет вследствие лечения его основной причины.

Гипотония может возникнуть и у вполне здоровых людей, например, у спортсменов при постоянной высокой физической нагрузке.

Лечение гипотензивных состояний направлено на устранение причины и основного патогенетического фактора. Назначаются тонизирующие средства, вазопрессорные препараты, рекомендованы массаж, физические упражнения, чай, кофе.

Методика массажа и его дозировка зависят от состояния пациента и клинического проявления болезни. Возможно применение общего массажа с акцентом на пояснично-крестцовую область, нижние конечности и живот. Общий массаж не более 30 минут. Первоначально массаж состоит, главным образом, из приемов поглаживания и растирания, затем включают легкое разминание и прерывистую легкую вибрацию с большой частотой. При общем массаже уделяют внимание крупным мышечным группам.

Можно выполнить массаж только пояснично-крестцовой области для рефлекторного влияния на надпочечники, затем нижних конечностей и живота.

18. Классический массаж при заболеваниях сосудов

Теоретическое занятие

Показания: облитерирующие атеросклероз и эндартериит, варикозный симптомокомплекс, посттромбофлебитический синдром (в зависимости от стадии заболевания), флебит, тромбофлебит без склонности к рецидивам и рожистому воспалению.

Противопоказания: тромбоблитерирующие заболевания периферических артерий в стадии гангрены; выраженные явления атеросклероза мозговых сосудов и склонность к нарушению мозгового кровообращения, флебиты, тромбофлебиты, аневризмы сосудов**, лимфадениты и лимфангоиты.**

Массаж при заболеваниях артериальных сосудов

Облитерирующий эндартериит - это тяжелое нервно-сосудистое системное заболевание, носит хроническое волнообразное течение, наклонность к спазму, к тромбообразованию, завершающемуся сегментарной облитерацией артерий с переходом в гангрену. Спастическое состояние сосудов поддерживается также патологической импульсацией, исходящей из ишемизированных тканей.

Обращает на себя внимание сосудистая арефлексия, которая отмечается уже в ранней стадии заболевания. Пораженные сосуды при облитерирующем эндартериите совершенно не реагируют на местное

применение таких раздражителей, как холод, тепло, но даже и на такой мощный раздражитель, как нитроглицерин, что, по-видимому, объясняется поражением нервно-рецепторного аппарата сосудов, нарушением афферентной части рефлекторной дуги сосудистого рефлекса.

Патологический процесс развивается сравнительно быстро вследствие повышенной способности к спазму сосудов. Усилению, а также учащению спазма способствует нарастание болевого синдрома, который сопровождает это страдание на всем протяжении, начиная с момента первых клинических проявлений

Деформация стенок артериальных сосудов ведет к их сужению, спазмам, и в конечном итоге развиваются облитерирующий атеросклероз и эндартериит – заболевания, представляющие собой непроходимость сосудов и возможную гангрену.

Симптомы облитерирующего эндартериита: быстрая утомляемость при ходьбе, боли в пальцах стоп и икроножных мышцах, похолодание конечностей, перемежающаяся хромота, **отсутствие пульса на тыльной артерии стопы. В дальнейшем в связи с длительным спазмом сосудов и их облитерацией (запустеванием) может развиться гангрена. Различают четыре стадии заболевания в зависимости от состояния кровообращения в пораженных конечностях.**

I степень – функциональная компенсация; II степень – декомпенсация при физической нагрузке; III степень – декомпенсация в покое; IV степень - появление некрозов.

Массаж показан в первой и второй стадиях болезни при отсутствии клинических и лабораторных признаков тромбообразования!

Лучше отдавать предпочтение методикам соединительнотканного и сегментарного массажа.

Классический массаж должен быть достаточно глубоким, но не грубым, чтобы не усилить сосудистый спазм.

Цель массажа: **улучшение сосудистой иннервации, улучшение коллатерального кровообращения, улучшения питания и обменных процессов в тканях пораженной конечности, предупреждение трофических расстройств и гангрены, ликвидация болей и перемежающейся хромоты.**

Примерная схема массажа и содержание массажной процедуры

1. *Массаж пояснично-крестцовой области.*
2. *Массаж нижних конечностей.*

При венозных заболеваниях имеет смысл применять массаж.

Симптомами поражения вен являются ночные судороги, тяжесть в ногах, повышенная утомляемость, ночные отеки лодыжек. Многолетняя отечность бедер чаще наблюдается вследствие тромбоза тазовых вен и вен нижних конечностей. Появляется широкая полоса, проходящая ниже подвздошного гребня и параллельно ему, характерная для данного заболевания и называемая венозно-лимфатической зоной.

Варикозное расширение вен развивается преимущественно на нижних конечностях потому, что вены здесь сильнее всего подвергаются гидростатическому давлению.

Решающая роль в патогенезе этого страдания принадлежит нервно-трофическому фактору, вызывающему нарушение сосудистого и мышечного тонуса венозной стенки.

Способствует развитию этого заболевания наследственные факторы, гормональные сдвиги, физическое перенапряжение (длительное стояние, ношение больших тяжестей), частые беременности, ожирение и др.

Расстройство тонической и, в частности, вазопрессорной функции варикозно расширенной вены и наличие в связи с этим недостаточности мышечно-клапанного аппарата вызывают ретроградный ток венозной крови, создают затруднения для оттока крови. Это ведет к развитию венозного и лимфатического стаза, обусловливающего появление отека нижних конечностей при вертикальном положении тела только в течение дня, который за ночь исчезает.

Несвоевременное и неполноценное лечение, несоблюдение соответствующих профилактических мероприятий приводят к дальнейшему увеличению отека, который постепенно становится стационарным, в результате чего обменные процессы в тканях, а также в стенке варикозно расширенных вен еще более ухудшаются.

Раньше всего начинает страдать кожа, которая теряет свою эластичность, становится сухой, атрофичной, пигментированной (явления гемосидероза), а затем нарушается трофика и других тканей. Возникающий с течением времени варикозный дерматит, дерматосклероз, индуративный целлюлит приводят, в конечном счете, к трудно заживающей трофической язве. Трофические изменения бывают наиболее выражены на медиальной поверхности дистального отдела голени вследствие функциональной недостаточности подкожных и перфорантных вен. Все эти последствия варикозного расширения вен Noble (1918) объединил под одним названием «варикозный симптомокомплекс». Этот термин за последнее время прочно утвердился в специальной литературе.

Методика массажа при варикозном расширении вен зависит от локализации, характера и тяжести поражения. Предпочтительно в лечении применять методики соединительнотканного и сегментарного массажа, как более эффективные и безопасные!

При неосложненном (!) расширении подкожных вен голени (отсутствие недостаточности клапанного аппарата и трофических расстройств) рекомендуется применение массажа с целью разгрузки венозной и лимфатической сети, а также улучшения трофики тканей.

Массаж комбинируют с физическими упражнениями.

При неосложненном варикозном расширении вен рекомендуются при различных исходных положениях следующие физические упражнения: тыльная и подошвенная флексия, а также ротационные движения стоп в

голеностопном суставе, поднимание попеременно нижних конечностей, шаг на месте при высоком поднимании коленей т. д.

При осложненном варикозном расширении вен — движения в голеностопном суставе, «хождение» производится лежа.

Повышению эффективности массажа способствует также его чередование с местной дарсонвализацией, которая может производиться и по ходу варикозно расширенной вены. Благоприятное воздействие оказывает гидромассаж и особенно синкардиальный массаж.

Выбор методики и массажных приемов зависит от состояния пациента и клинических проявлений болезни.

Наилучший лечебный результат от массажа получают в начальных стадиях заболевания.

Цель массажа: рефлекторное воздействие на систему кровообращения в нижних конечностях, брюшной и тазовой областях, которые непосредственно связаны с венозным кровообращением нижних конечностей.

Примерная схема массажа и содержание массажной процедуры

1. *Массаж пояснично-крестцовой области.*
2. *Массаж области бедра и ягодиц.*
3. Массаж области голени и стопы.

Необходимо быть осторожным в местах, где кожа и венозные стенки особенно истончены.

Под влиянием массажа прекращается зуд в результате улучшения питания тканей, отеки, боли и судороги в икроножных мышцах, повышается работоспособность и уменьшается утомляемость мышц.

19. Цели и задачи массажа при лечении больных с патологией органов пищеварения

Теоретическое занятие

При заболеваниях органов пищеварения больные предъявляют разнообразные жалобы. Наиболее часто наблюдаются такие симптомы, как боли в области живота, тошнота, рвота, отрыжка, изжога, расстройства аппетита, запор, диарея, метеоризм и др.

В российской системе здравоохранения и восстановительной терапии значительную роль играет лечебный массаж. Кроме классического массажа в лечении патологии органов пищеварения можно применять сегментарный массаж, соединительнотканный, точечный.

Классический массаж в комплексе с другими физическими средствами является неотъемлемым компонентом лечебно-восстановительного процесса во всех медицинских, санаторно-курортных, оздоровительных учреждениях. Он способствует более быстрому восстановлению нарушенных функций и физической работоспособности после заболеваний, предохраняет от возникновения ряда патологических процессов, которые могут развиваться при недостаточной физической активности человека.

Заболевания желудочно-кишечного тракта делятся на острые, подострые и хронические, они могут проявиться в любом возрасте, но хронические формы чаше встречаются у людей среднего и пожилого возраста.

Классический массаж повышает тонус кожи и мышц, что имеет значение при дряблости передней брюшной стенки. Ее ослабление приводит к изменению внутрибрюшного давления и провисанию или опущению органов брюшной полости. Это негативно отражается на работе нервной, сосудистой и симпатико-адреналовой систем, особенно ухудшается функциональное состояние полых органов (желудка, кишечника). Укрепление мышц живота с помощью лечебной физкультуры и массажа помогает нормализовать положение внутренних органов и их функцию.

Массаж в лечении хронических заболеваний пищеварительного тракта назначают с целью нормализации нейрорегуляторного аппарата и секреторной функции органов брюшной полости, для улучшения работы гладкой мускулатуры кишечника и желудка. Массаж устраняет застойные явления и улучшает кровообращение в малом и большом круге, активизирует обмен веществ и трофические процессы в тканях.

При заболеваниях органов пищеварения проводится массаж живота, как важной зоны подготовительного и лечебного воздействия.

Массаж живота выполняют при исходных положениях: *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.

Противопоказания к массажу живота. Массаж живота не рекомендуют выполнять людям с непонятным диагнозом (при не установленных причинах боли, тошноты или других симптомов), во время беременности, после родов и операций на органах малого таза, в период менструального кровотечения, при наличии грыж передней брюшной стенки, мочекаменной болезни. Массаж противопоказан при всех заболеваниях желудочно-кишечного тракта в острой стадии и в период обострения.

При заболеваниях органов пищеварения хороший результат дает массаж в сочетании с лечебной физической культурой, с дыхательными упражнениями.

Задачи массажа и ЛФК: нормализовать функцию пищеварительного тракта; укрепить мышцы живота; содействовать уменьшению боли; способствовать улучшению функционального состояния нервной системы.

Все физические методы лечения проводятся при обязательном соблюдении лечебной диеты и режима питания.

20. Обследование больных с патологией пищеварительной системы

Теоретическое занятие

21. Классический массаж при хронических гастритах и гастроптозе

Теоретическое занятие

Классический массаж при гастритах

Гастрит - воспалительные или воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки желудка. Поражение слизистой может быть первичным (самостоятельное заболевание), и вторичным, обусловленным другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями или интоксикацией.

В зависимости от интенсивности и длительности действия поражающих факторов, патологический процесс может быть острым, протекающим с воспалительными изменениями, или хроническим — сопровождающимся структурной перестройкой и прогрессирующей атрофией слизистой оболочки. Соответственно выделяют две основные формы: острый и хронический гастрит.

Хронический гастрит - заболевание желудка с хроническим рецидивирующим и прогрессирующим течением, с воспалительными, дистрофическими изменениями в слизистой оболочке желудка и постепенным развитием атрофии желудочных желез, проявляющейся нарушением секреторной и эвакуаторно-моторной функции желудка.

Классический массаж при хроническом гастрите с пониженной секрецией (тип А)

Аутоиммунный гастрит (тип А) развивается из-за того, что иммунная система дает сбой и начинает вырабатывать антитела, повреждающие клетки слизистой оболочки желудка, вырабатывающие соляную кислоту. В результате этого кислотность желудка резко падает, что отражается на переваривающей способности желудка.

Типичными симптомами заболевания являются плохой аппетит, потребность в острой, кислой пище, неприятный вкус во рту, усиленное слюноотделение, особенно ночью, отрыжка воздухом, пищей, «тухлым яйцом», тошнота и чувство давления в подложечной области. Живот при пальпации мягкий, болезненный в подложечной области, вздутие по ходу толстого кишечника.

Заболевание протекает с периодами обострения и затишья. Обострение гастрита возникает в результате погрешности в диете, а также после физического или психического перенапряжения. В период обострения назначают постельный режим, лечебное питание и медикаментозное лечение. После окончания острого периода назначают массаж.

Цель массажа: ликвидация болей, улучшение лимфотока и кровообращения в желудке, ликвидация метеоризма, стимуляция моторной и секреторной функций желудка.

Классический массаж при хроническом гастрите с повышенной секрецией (тип В)

Хронический гастрит, ассоциированный с Helycobacter pylori (гастрит типа В), развивается из-за поражения слизистой оболочки желудка бактерией Helycobacter pylori. В этой ситуации секреторная и эвакуаторная функции желудка довольно долго остаются нормальными.

Хронический гастрит с повышенной секрецией выражается в повышении кислотности желудочного сока и увеличении его количества. Больные жалуются, в основном, на изжогу. На развитие повышенной кислотности оказывает рефлекторное влияние нервно-психический фактор и расстройство функции вегетативной нервной системы.

Массаж применяется также после окончания острого периода заболевания.

Цель массажа: оказание успокаивающего влияния на центральную нервную систему, повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, оказание тормозящего влияния на функцию секреторного аппарата слизистой оболочки желудка.

Гастрит типа С (реактивный, химический гастрит, рефлюкс-гастрит).

Кроме того, существуют также смешанные — *АВ, АС* и дополнительные (*лекарственный, алкогольный*, и др.) типы хронического гастрита.

Классический массаж при гастроптозах

Гастроптоз — это опущение желудка. Как правило, он является одним из проявлений общего висцероптоза (опущения внутренностей).

Пациенты жалуются на тяжесть и распирание в подложечной области в ближайшее после еды время. Эти жалобы связаны со снижением моторной функции желудка и с задержкой эвакуации пищевых масс из желудка в двенадцатиперстную кишку. Нарушение моторной функции желудка распространяется и на кишечник. В результате появляются запоры, усугубляющие висцероптоз. Пациенты жалуются на головные боли, головокружение, быструю утомляемость, раздражительность.

Весьма эффективным лечебным средством при гастроптозах является массаж.

Цель массажа: укрепление мышц брюшного пресса, повышение внутрибрюшного давления, стимуляция моторной и секреторной функций желудка и кишечника, ликвидация запоров и застойных явлений, повышение тонуса всего организма.

Противопоказания к массажу при заболеваниях желудочно-кишечного тракта:

заболевания желудка и кишечника с наклонностью к кровотечениям, острые воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта. Туберкулез брюшины и кишечника, злокачественные и доброкачественные опухоли. Заболевания органов брюшной, грудной и тазовой полостей, требующие немедленного хирургического вмешательства. Желчнокаменная болезнь в стадии обострения, хронический часто обостряющийся аппендицит, беременность, подозрение на внематочную беременность, грыжа белой линии живота, пупочная грыжа и паховая грыжа.

22. Классический массаж при хронических колитах; при рубцах на брюшной стенке и спайках в брюшной полости

Теоретическое занятие

Классический массаж при колитах

Колит – это заболевание, при котором происходит воспалительно-дистрофическое поражение стенки толстой кишки, нередко возникающее при хронических воспалительных заболеваниях кишечника, а также инфекциях, вызываемых бактериями, вирусами или простейшими. Иногда колит провоцируется неправильным питанием, употреблением ряда лекарственных препаратов, в частности - некоторых антибиотиков. Некоторые формы связаны с более сложными причинами.

Классический массаж при спастических колитах

Спастические колиты характеризуются повышенным тонусом гладкой мускулатуры толстой кишки, что препятствует продвижению каловых масс по кишечнику. Задержка каловых масс в кишечнике способствует развитию застойных явлений и расширению вен прямой кишки. При спастических колитах часто наблюдается напряжение локальных участков мышц брюшного пресса. При спастическом колите каловые массы имеют вид небольших плотных комочков ("овечий кал"). Живот больного колитом несколько вздут, при ощупывании – болезненность по ходу толстой кишки, спастические перетяжки. Диагноз колита подтверждается рентгенологически, ректороманоскопией и лабораторным исследованием каловых масс. При пальпации определяется напряжение мышц брюшного пресса. Толстая кишка ощущается под пальцами как толстый вал с поперечными бороздами. Поперечные борозды соответствуют участкам напряжения круговой мускулатуры толстой кишки. Живот при пальпации может быть болезненным, особенно в левой подвздошной области.

Для уменьшения напряжения мышц брюшного пресса массаж необходимо выполнять только теплыми руками. Прикосновение к животу холодных рук вызывает усиление мышечного напряжения.

Цель массажа: уменьшение и ликвидация напряжения мышц брюшного пресса, уменьшение и ликвидация напряжения мышц толстого

кишечника, ликвидация застойных явлений в брюшной полости, нормализация функции кишечника.

Методические указания

Все массажные приемы при спастическом колите выполняют с небольшой силой давления. Движения рук массажиста при этом должны быть медленными, плавными. Во время массажа живота при спастическом колите необходимо избегать раздражения края реберной дуги и гребней подвздошных костей, так как это вызывает усиление тонуса мускулатуры кишечника и может ухудшить состояние пациента. Не рекомендуется при спастических колитах применять разминание и вибрацию, потому что они способствуют повышению мышечного тонуса.

Продолжительность процедуры массажа 15 минут. Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит из 10-15 процедур.

Классический массаж при атонических колитах

Атонические колиты, в отличие от спастических колитов, характеризуются ослаблением тонуса мускулатуры толстой кишки. Наряду с этим часто наблюдается слабость, вялость и дряблость мышц брюшного пресса. При пальпации рука массажиста ощущает вялый, мягкий живот, через переднюю стенку которого довольно хорошо можно ощутить пальцами переполненный каловыми массами кишечник, напоминающий по консистенции мягкую глину.

Цель массажа: укрепление мышц брюшного пресса, нормализация внутрибрюшного давления, повышение тонуса мускулатуры толстого кишечника, улучшение перистальтики, ликвидация застойных явлений.

При атонических колитах необходимо применять глубокий, энергичный массаж живота с включением всех массажных приемов, особенно разминания и вибрации.

Из приемов вибрации хорошее стимулирующее действие на перистальтику кишечника оказывают приемы встряхивания и раскачивания живота. Существенно возбуждает перистальтику кишечника и ускоряет отхождение газов механическая вибрация в области крестца плоским резиновым или шаровидным вибратодом в течение 3-6 минут. Механическую вибрацию также применяют и в области остистых отростков первых трех поясничных позвонков. В области крестца, при отсутствии вибратода, с успехом применяют рубление.

Во время массажа живота полезно применять растирание и механическую вибрацию шаровидным вибратодом вдоль реберной дуги и по гребню подвздошной кости.

Продолжительность процедуры массажа 15-20 минут. Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит из 15 процедур и повторяется, при необходимости, через 1-1,5 месяца.

При атонических запорах, которые возникают у пациентов, находящихся длительное время на строгом постельном режиме с наличием переломов позвоночника, костей таза, бедренной кости, массаж живота необходимо выполнять по упрощенной схеме без применения таких приемов,

как подталкивание, пунктирование, сотрясение, тем более, встряхивание и раскачивание живота. Указанные приемы могут нарушить иммобилизацию, и даже не исключена возможность нарушения сопоставления костных отломков. Поэтому лучше заменить ручную вибрацию механической.

При колитах и энтероколитах неинфекционной природы, сопровождающихся жидким стулом, рекомендуется легкий массаж живота, состоящий из легкого кругового плоскостного поглаживания всего живота, попеременного растирания и поглаживания; а так же поглаживания по ходу толстой кишки. При выполнении приемов поглаживания и растирания скорость движения рук массажиста должна быть небольшой, а сила давления — незначительной.

Продолжительность процедуры массажа 15 минут. Массаж применяют ежедневно. *Курс* массажа состоит из 10 процедур.

Примерная схема массажной процедуры при спастическом колите

Массаж живота

Примерная схема массажной процедуры при атонических колитах

Предварительно применяют массаж брюшного пресса, а затем массаж толстой кишки.

При колитах и энтероколитах неинфекционной природы, сопровождающихся жидким стулом, рекомендуется легкий массаж живота, а так же поглаживания по ходу толстой кишки.

Классический массаж при рубцах на брюшной стенке и спайках в брюшной полости

Сначала применяют массаж вокруг рубца на здоровых тканях, а затем переходят к массажу самого рубца.

Классический массаж при спаечном процессе в брюшной полости

Спайки в брюшной полости требуют достаточно глубокого, энергичного, но осторожного массажа. Предварительно массируют брюшной пресс с использованием всех массажных приемов (см. массаж при атонических колитах).

23. Процедура колон – массажа. Общие правила и техника

Теоретическое занятие

Колон массаж – это воздействие на организм человека массажем через определенные участки толстой кишки в точках проекции их на переднюю брюшную стенку живота.

Физиологическое действие колон массажа. При колон массаже происходит механическое раздражение рецепторного аппарата слизистой оболочки толстой кишки руками массажиста и содержимым кишечника, которое приходит в тесное соприкосновение со слизистой. Благодаря этому

рефлекторным путем улучшается тонус гладкой мускулатуры и перистальтика толстой кишки. Под влиянием колон массажа улучшается кровообращение и лимфоток во внутренних органах, нормализуется брюшное дыхание; через вегетативную нервную систему колон-массаж оказывает успокаивающее влияние на центральную нервную систему. Успокаивающее действие колон массажа можно наблюдать во время процедуры, когда у пациента наступает выраженное дремотное состояние, некоторые даже засыпают (будить не стоит, а нужно продолжать массаж). Это происходит потому, что колон массаж производится медленно, плавно, ритмично в соответствии с дыханием пациента.

Колон массаж вызывает у пациента приятные ощущения, помогает избежать излишнего раздражения солнечного сплетения, что трудно сделать при классическом массаже. Во время колон массажа нормализуются висцеро-висцеральные взаимоотношения между желудком и сердцем, кишечником и сердцем, кишечником и легкими, поэтому колон массаж дает положительный результат при гастрокардиальном синдроме, сопровождающемся аритмией и стенокардией; гастро - и энтеропульмональном синдроме, сопровождающимися нарушением вентиляции в области корня легкого. В связи с успокаивающим влиянием на центральную нервную систему колон массаж с успехом применяется при гипертонической болезни, неврастении, мигрени.

Показания к колон массажу. Хронические атонические или спастические колиты, запоры, метеоризм, хронические гастриты с повышенной или пониженной секреторной функцией, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки вне стадии обострения, гастрокардиальный, энтерокардиальный синдромы, мигрень, гипертоническая болезнь I, II А стадии, неврастения.

Противопоказания к колон-массажу. Острые заболевания грудной, брюшной, тазовой областей, заболевания, требующие немедленного хирургического лечения, язвенный и инфекционный колит, злокачественные и доброкачественные опухоли, активный туберкулез, независимо от локализации, месячные, беременность.

Методические указания к колон массажу

1. *Исходное положение пациента* лежа на низкой кушетке, на спине, голова и плечевой пояс на подушке; руки лежат вдоль туловища, слегка согнуты в локтях, ладонями вниз; ноги расположены на валике в подколенной ямке, бедра разведены. В таком положении достигается максимум расслабления мышц брюшного пресса.

2. Если в массажном кабинете прохладно, то ноги и грудную клетку пациента необходимо укрыть.

3. Перед колон массажем пациент должен опорожнить кишечник и мочевой пузырь.

4. Колон массаж проводится спустя 1 час после приема пищи.

5. Во время колон массажа пациент не должен разговаривать, так как это нарушает ритм дыхания и мешает правильному выполнению массажа.

6. *Исходное положение массажиста* справа от пациента, *сидя* на винтовом стуле, при этом сидение стула должно быть на уровне поверхности кушетки, на которой выполняется массаж. Если сиденье стула выше, то массажист будет оказывать слишком сильное давление на массируемые участки; если сиденье стула ниже поверхности массажного стола, то руки массажиста будут навесу, что быстро приводит к их утомлению.

7. Если *исходное положение массажиста стоя справа* от пациента, лежащего *на массажном столе*, то ступни его ног должны быть на ширине плеч. В исходном положении стоя работать значительно труднее.

8. Массажист работает выпрямленной рукой, перенося на нее вес своего тела. Когда массажист делает массаж, то корпус его слегка раскачивается вперед и назад в такт движения массирующей руки.

9. Во время массажа массажист обязан внимательно следить за дыханием пациента и координировать движения массирующей руки с его ритмом. Если пациент дышит слишком слабо или очень часто, массажист обязан подавать ему команду: вдох, выдох. Постепенно у пациента вырабатывается дыхательный рефлекс и в дальнейшем он дышит правильно без команды.

10. При ограниченных воспалительных процессах органов брюшной полости колон массаж можно применять, но при этом не подвергаются массажу точки расположенные близко к очагу воспаления.

Так, при воспалении слепой кишки и при правостороннем воспалении придатков матки не массируют первую точку; при левостороннем воспалении придатков матки не массируют четвертую и пятую точки. При двустороннем воспалении придатков матки не массируют первую, четвертую и пятую точки. При хроническом холецистите и хроническом гепатите не массируют вторую точку; при хроническом панкреатите не массируют третью точку.

11. При спастическом состоянии толстой кишки в области селезеночной кривизны массаж начинают в области четвертой и третьей точек, что дает быстрый положительный лечебный эффект.

12. В процессе лечения необходимо вносить изменения в методику применения массажа в связи с новыми изменениями состояния тонуса кишечника.

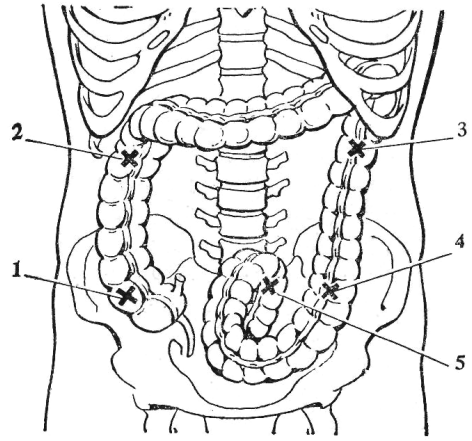
Техника колон массажа

Массажистом перед массажем выполняется **пальпации живота** и органов брюшной полости для выявления изменений массируемой области. Техника пальпации осуществляется по методу Образцова-Стражеско.

Перед началом массажа производят предварительный массаж передней брюшной стенки приемами поглаживания и легкого растирания, как в классическом массаже.

Массажу подвергают только участки восходящей и нисходящей ободочной кишки, потому что эти отделы имеют короткую брыжейку и определенную устойчивую локализацию. Поперечно-ободочную кишку не

массируют, так как она имеет длинную брыжейку и много вариантов своего расположения. Все массажные движения производятся по направлению перистальтики толстой кишки.



Массажу подвергают пять точек (участков) толстой кишки.

Каждую точку массируют от двух до пяти минут.

Первая точка – место перехода тонкой кишки в толстую кишку. Точка воздействия располагается справа на два поперечных пальца внутрь и на два поперечных пальца кверху от передней верхней ости подвздошной кости.

Вторая точка – место проекции печеночной кривизны, где восходящая ободочная кишка переходит в поперечную ободочную кишку. Место воздействия находится справа, на середине линии, соединяющей переднюю верхнюю ость подвздошной кости с концом восьмого ребра. возвращается без нажима в первоначальное исходное положение.

Третья точка – место перехода поперечной ободочной кишки в нисходящую ободочную кишку – область селезеночной кривизны. Место воздействия находиться в левом подреберье.

Четвертая точка – место перехода нисходящей ободочной кишки в сигмовидную кишку. Место воздействия находится слева, симметрично I точке.

Пятая точка – расположена в месте пересечения линии, соединяющей передние верхние ости подвздошных костей с наружным краем левой прямой мышцы живота. Это место перехода сигмовидной кишки в прямую кишку.

Продолжительность процедуры колон массажа 15-20 минут. На курс 10 процедур. По окончанию массажа производится вибрация специальными приемами: нежная ручная вибрация применяется при спастическом состоянии, а интенсивная вибрация при атоническом состоянии кишечника.

24. Классический массаж, принципы лечения и обследования больных с патологией обмена веществ

Теоретическое занятие

Обмен веществ – это ряд химических реакций в организме человека, в результате которого происходит превращение и расщепление элементов, необходимых для нормальной жизнедеятельности организма.

Именно благодаря метаболизму в нашем организме поддерживается жизнь, он развивается, размножается, реагирует на внешние воздействия и вызовы, сохраняя свои функции.

Нарушение обмена веществ в организме проявляется практически на всех уровнях (молекулярном, клеточном и так далее) и в конечном итоге приводит к нарушению процесса саморегуляции в организме и развитию различных патологий.

Классификация нарушений обмена веществ

Все заболевания, связанные с нарушением обменных процессов в организме, условно делят на четыре группы:

1. Патологии, связанные с нарушением белкового, углеводного и жирового обмена. К ним относят ожирение, миоглобинурию, кетоз, алиментарную дистрофию.

2. Заболевания, причиной которых является нарушение минерального обмена.

3. Патологии, вызванные нехваткой или избытком микроэлементов (кальция, марганца, фтора, кобальта и так далее).

4. Гиповитаминозы.

Причины нарушения обмена веществ

Основными причинами нарушения обменных процессов в организме являются:

- наследственность;
- гиподинамия;
- попадание в организм токсинов (в этом случае решить вопрос и добиться выздоровления пациента можно только после их выведения);
- нервные расстройства;
- стрессы (это одна из основных причин развития болезней обмена веществ);
- неправильное питание, злоупотребление фаст-фудом, переедание;
- постоянное сидение на диетах (организм перестает приспосабливаться к постоянным стрессам и дает сбой);
- регулярный прием некоторых лекарственных средств.

Это далеко не все причины нарушения обмена веществ, но именно они встречаются чаще всего.

Нарушение обмена веществ в организме у мужчин и женщин чаще всего проявляется следующими клиническими признаками:

- ухудшение внешнего вида;
- нездоровый цвет кожи лица;
- нарушение процессов пищеварения;
- разрушение зубной эмали;
- изменение веса;
- отечность;
- повышенная потливость, одышка;
- нарушение структуры ногтей и волос;
- неправильное питание, длительное голодание.

Не рекомендуется самостоятельно решать вопросы, связанные с такой проблемой, как нарушение обмена веществ. Лечение должно проходить только под контролем врача!

Так как нарушение обмена веществ является причиной многих опасных заболеваний, рекомендуется еще на начальной стадии провести комплекс лечебно-профилактических мероприятий для решения всех проблем. В противном случае возможно развитие целого ряда осложнений.

Нарушение обмена веществ у детей

Детский организм постоянно развивается и растет, поэтому ему необходимо большое количество пластических элементов и энергетических ресурсов, которые он может получить с пищей.

Особенно интенсивно обменные процессы проходят у малышей в возрасте до года, ведь именно в это время происходит формирование основных системных функций. Детям старшего возраста требуются большие энергетические ресурсы для роста и дальнейшего развития.

Поскольку ЦНС, эндокринные органы и нейрогуморальные механизмы в организме ребенка недостаточно стабильны, регуляция обменных процессов в детском организме несовершенна.

Именно поэтому нарушение метаболизма у детей встречается довольно часто, особенно в последние десятилетия, когда многие злоупотребляют вредной пищей и мало двигаются, предпочитая занятиям спортом игры на планшете и чипсы с газировкой.

Это крайне опасная тенденция, ведь нарушение обмена веществ у детей может вызвать развитие таких опасных заболеваний, как:

- анемия;
- рахит;
- гипогликемия (пониженный сахар в крови);
- амилоидоз;
- тетания (развивается на фоне рахита, проявляется спазмами и судорогами);
- гипергликемия (повышение уровня глюкозы в крови, может привести к развитию диабета).

Нарушения метаболизма при отсутствии своевременного лечения могут привести к развитию еще целого ряда серьезных заболеваний.

Диагностика нарушений обмена веществ

Для того чтобы поставить правильный диагноз и назначить адекватное лечение проводится комплексное обследование пациента, которое может включать в себя следующие этапы:

- опрос и осмотр пациента (выяснение истории болезни, измерение роста, взвешивание, полное физическое обследование, измерение давления и так далее);
- ЭКГ;
- УЗИ;
- КТ;
- лабораторные методы исследования (анализы крови, мочи).

Нарушение обмена веществ: лечение

Любую терапию начинают с устранения причин, вызвавших развитие заболевания. Поэтому при нарушениях метаболизма пациенту необходимо, прежде всего, скорректировать свой режим питания.

В зависимости от диагноза врач может назначить ту или иную лечебную диету. Принимать пищу необходимо часто, но маленькими порциями (так называемое дробное питание). Следует отказаться от жареной, жирной, маринованной и острой пищи.

Помимо питания необходимо изменить образ жизни. Нужно избегать стрессов, вовремя ложиться спать, заняться спортом. Это поможет активизировать обменные процессы в организме и придаст бодрость и силу духа.

Вышеприведенных рекомендаций может оказаться достаточно, если нарушение метаболизма незначительное, и вызвано внешними факторами.

Если патологический процесс зашел уже слишком далеко или речь идет о генетических причинах нарушения метаболизма, то здесь не обойтись без помощи врачей.

Человек должен пройти комплексное обследование для установления точных причин обменных нарушений, после чего лечащий врач назначает индивидуальную схему лечения.

Профилактика нарушений обмена веществ

Нарушения обмена веществ, симптомы и способы лечения которых описаны выше, можно предотвратить. Для этого нужно соблюдать следующие правила профилактики:

- правильно и сбалансированно питаться (свести к минимуму употребление сладкой, жирной, крахмалистой, жареной пищи, не голодать и не переедать);
- обеспечивать поступление в организм достаточного количества микроэлементов и витаминов;
- соблюдать режим труда и отдыха;
- отказаться от вредных привычек;
- вести активный образ жизни, заниматься спортом;
- избегать стрессов и неблагоприятных воздействий факторов внешней среды.

Для того чтобы предупредить нарушение обмена веществ в организме важно уделять достаточное внимание состоянию иммунной защиты.

В комплексном лечении нарушения метаболизма - ожирения, сахарного диабета и подагры показано применение общего массажа.

Интенсивность воздействия, выбор массажных приемов и длительность процедуры зависят от исходного состояния пациента, его ответной реакции на массаж и динамики общего самочувствия после массажной процедуры.

Противопоказания: острый приступ подагры, субкомпенсированные и декомпенсированные формы сахарного диабета, злокачественные и доброкачественные опухоли.

25. Классический массаж в комплексном лечении ожирения

Теоретическое занятие

Ожирение – это излишнее, выше физиологической нормы накопление жира в организме, обычно в подкожной клетчатке и внутренних органах. Увеличение жировой клетчатки вызывает увеличение капиллярной сети питающих ее сосудов и, следовательно, нагрузки на сердце. Различают две основные формы ожирения — экзогенную и эндогенную, а также выделяют легкую, среднюю и тяжелую степени ожирения.

Экзогенное ожирение вызывается перееданием, сидячим образом жизни, недостаточностью физической нагрузки, злоупотреблением алкоголя и т. п., эндогенное – нарушением функции желез внутренней секреции.

Пациенты жалуются на быструю утомляемость, слабость, вялость, головокружение, неприятные ощущения в области сердца, головные боли, потливость, одышку, сердцебиение, сонливость.

Увеличение количества жира в органах сверх нормы и повышение внутрибрюшного давления приводят к высокому стоянию диафрагмы, что затрудняет работу сердца, уменьшает экскурсию диафрагмы и жизненную емкость легких. В результате нарушаются общее кровообращение, легочный и тканевый газообмен и угнетаются окислительные процессы в организме.

Пациентам, страдающим ожирением, назначают общий глубокий энергичный (но не грубый!) массаж с применением всех массажных приемов, главным образом глубокого поглаживания и разминания.

Цель массажа: стимуляция общего тонуса организма, активизация окислительных процессов, улучшение легочного и тканевого газообмена, лимфо- и кровообращения, облегчение работы сердца, ликвидация застойных явлений, нормализация внутрибрюшного давления.

Общий массаж начинают с области спины, затем массируют ягодицы, нижние и верхние конечности, грудь и в последнюю очередь живот. Во время массажа особое внимание обращают на проработку крупных мышечных групп. Массаж живота делать осторожно – глубокий и энергичный массаж может вызвать резкое падение кровяного давления и привести к обмороку.

Пациентам с большим весом после массажа спины, пояснично-крестцовой области и ягодиц остальные массажные зоны массируют в положении пациента лежа на спине.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Исходное положение пациента – лежа на животе.

Массаж области спины

Одновременно с областью спины массируют область поясницы и ягодичную область.

Массаж нижних конечностей

Исходное положение пациента – лежа на спине, в области подколенной ямки – валик для фиксации свободной конечности в среднем физиологическом положении, массируемая нога при массаже задней поверхности согнута во всех суставах и опирается на стопу.

Необходимо охватить массажем все поверхности нижних конечностей.

Массаж верхних конечностей

Массаж передней и боковой поверхностей груди

Массаж области живота

Продолжительность процедуры массажа 60 минут. Массаж применяют ежедневно или через день. Курс массажа состоит из 25-30 процедур. Лечение массажем должно проводиться на фоне диетотерапии, правильного режима питания и двигательной активности.

26. Классический массаж в лечении сахарного диабета

Теоретическое занятие

Сахарный диабет развивается в результате недостаточной функции поджелудочной железы из-за психических и физических травм, перенапряжений, инфекций, склероза сосудов поджелудочной железы, переедания.

Недостаток инсулина в организме ведет к нарушению углеводного обмена – недостаточному использованию углеводов, вводимых в организм с пищей. В результате нарушения усвояемости углеводов мышечными клетками и печенью развиваются гипергликемия (повышенное содержание сахара в крови) и глюкозурия (появление сахара в моче).

Понижение усвояемости сахара мышечными клетками приводит к снижению работоспособности. Все вместе это может стать причиной общего истощения организма.

Сахарным диабетом страдают преимущественно мужчины в возрасте 30-60 лет, особенно ведущие сидячий образ жизни. Болезнь характеризуется усилением жажды и аппетита, увеличением количества выделяемой мочи, нарастанием адинамии и мышечной слабости, кожным зудом.

Вследствие большой потери воды организмом кожа и слизистые оболочки становятся сухими. Снижается сопротивляемость организма инфекциям, часто наблюдается фурункулез. У таких пациентов медленно заживают раны, могут развиваться трофические язвы, наблюдаются диабетический полиневрит, невралгии, радикулиты, артралгии. У детей и подростков запаздывает физическое и половое развитие, задерживается рост.

Пациентам, страдающим сахарным диабетом, назначают общий массаж средней интенсивности с применением всех массажных приемов.

Цель массажа: улучшение общего обмена веществ, стимуляция функции инсулярного аппарата поджелудочной железы, активизация деятельности вводимого в организм инсулина, стимуляция гликогенообразовательной функции печени и усвояемости сахара мышечными клетками, повышение работоспособности.

При проведении общего массажа обращать особое внимание на крупные мышечные группы, но не вызывая утомления пациента.

Необходимо всегда помнить о дозировке – слишком сильный и энергичный массаж таким больным не показан. При проведении общего массажа нагрузка должна нарастать плавно от процедуры к процедуре и равномерно распределяться на крупные мышечные группы.

Продолжительность процедуры массажа в начале курса лечения 20-30 минут, к концу курса может быть увеличена до 40 минут. Если пациент переносит массаж хорошо, его можно применять ежедневно.

Курс массажа состоит из 25-30 процедур и повторяется регулярно через 1,5-2 месяца.

При сахарном диабете массаж можно делать только после предварительного введения инсулина. Если во время массажа у пациента возникает быстро нарастающее утомление, массаж следует прекратить и показать больного врачу.

При сахарном диабете можно пользоваться схемой проведения общего массажа, исключив из нее глубокие массажные приемы. При наличии у пациента полиневрита, невралгии, радикулита или артралгии дополнительно включают в процедуру соответствующую методику массажа, не увеличивая продолжительности всей процедуры.

ЧАСТНЫЕ МЕТОДИКИ КЛАССИЧЕСКОГО ЛЕЧЕБНОГО МАССАЖА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1. Массаж при заболеваниях органов дыхания

1. 1. Влияние массажа на систему органов дыхания.

Различные виды массажа грудной клетки улучшают дыхательную функцию и снимают утомление дыхательной мускулатуры.

Массаж улучшает функцию внешнего дыхания, увеличивает насыщение артериальной крови кислородом, нормализует кортико-висцеральные взаимоотношения, кожно-мышечные и нервно-сосудистые реакции.

В лёгочной системе - восстанавливает и улучшает перефирическое и легочное кровообращение, сокращает сроки лечения, стимулирует эвакуаторно-дренажную функцию в бронхах, укрепляет дыхательную мускулатуру, улучшает подвижность грудной клетки, способствует закаливанию, укреплению всего организма.

Под влиянием массажа увеличивается газообмен. Последействие массажа проявляется в нормализации кислотно-основного состояния, в увеличении эластичности легочной ткани, проходимости бронхов и резервов дыхания.

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

Массаж пациентам с бронхолегочной патологией рационально назначать в соответствии с двигательными режимами, так как массажную процедуру для больного можно расценивать как пассивную физическую нагрузку.

Массаж и двигательные режимы для больных с заболеваниями органов дыхания.

В условиях стационара в зависимости от тяжести состояния больного и задач лечения больному лечащим врачом рекомендуется и назначается один из перечисленных двигательных режимов:

- *I-А* – строгий постельный,
- *I-Б* – облегченный постельный,
- *II* – полупостельный или палатный,
- *III-А* – свободный или общий переходный,
- *III-Б* – общий режим.

Назначение двигательного режима зависит от тяжести болезни, ее течения и других факторов.

При улучшении состояния больной последовательно переводится на следующий двигательный режим.

Строгий постельный (I-А) режим. Соответствует острому периоду заболевания. Общее состояние пациента тяжелое. В клинике: высокая температура, резко повышенная СОЭ и высокий лейкоцитоз.

Больному запрещаются самостоятельные движения, в том числе и смена положения, с целью создания наибольшего покоя.
В этом двигательном режиме массаж и лечебная гимнастика противопоказаны.
Облегченный постельный (I-Б) режим. Назначается при улучшении общего состояния пациента, снижении температуры, замедлении СОЭ и тенденции к нормализации анализов крови и других лабораторных показателей. Больному разрешается самостоятельно или с помощью медицинского персонала выполнять ряд активных движений конечностями, принимать пищу, переворачиваться в постели, выполнять туалет, переходить в положение сидя.
В этом периоде на фоне продолжающейся лекарственной терапии назначают массаж конечностей и переднебоковой поверхности грудной клетки, и лечебную гимнастику.
Задачи массажа: повысить общий тонус организма, нормализовать функцию органов дыхания и сердечнососудистой системы, стимулировать процессы рассасывания имеющихся очагов воспаления.
Для улучшения периферического кровообращения и облегчения работы сердца, а также для стимуляции легочного кровообращения назначают массаж конечностей. Конечности массируют по схеме общего массажа с применением на этих областях всех соответствующих приемов средней интенсивности. На каждую конечность затрачивают от 5 до 7 минут.
При дальнейшей стабилизации общего состояния пациента в процедуру массажа включают массаж переднебоковой поверхности грудной клетки в исходном положении пациента лежа на спине. Применяют легкое и непродолжительное поглаживание и растирание, обращая внимание на массаж грудины и парастернальной области, т. к. при этом рефлекторно расширяются бронхиолы и межреберья, улучшается функция дыхания. Продолжительность массажа 5-10 минут.
Полупостельный или палатный(II) режим (при удовлетворительном общем состоянии пациента, нормальной температуре и улучшении лабораторных показателей). Больному разрешается сидеть, вставать, осторожно ходить в пределах палаты для расширения двигательной активности.
З*адачи массажа* и лечебной гимнастики: дальнейшее укрепление организма, стимулирование процессов рассасывания очагов воспаления в легочной ткани, предупреждение осложнений, активизация механизмов неспецифических реакций адаптации организма, способствующих восстановлению и выздоровлению.
Интенсивность и продолжительность массажа постепенно увеличивают, в процедуру массажа добавляют более глубокие приемы. Массируют грудную клетку со всех сторон, включая области надплечий. Массаж можно выполнять в исходном положении пациента (ИПП) - сидя.
Свободный или общий переходный (III-А) режим. Состояние пациента удовлетворительное, разрешается дозированная ходьба, подъемы по лестнице, небольшие прогулки и т. д.

Задачи массажа: дальнейшее восстановление функций сердечнососудистой и дыхательной систем, адаптация организма к физическим нагрузкам.
Массируют грудную клетку со всех сторон. Массаж применяют средней интенсивности, постепенно увеличивая силу и продолжительность, используют все наиболее эффективные и рациональные массажные приемы. Особое внимание обращают на сочленения ребер с грудиной и позвоночником, и на межреберные промежутки.
Свободный (III- Б) режим. Назначают перед выпиской пациентов из стационара. Основные задачи этого периода: адаптация пациента к бытовым нагрузкам, ликвидация обратимых остаточных явлений после перенесенного заболевания, дальнейшая тренировка компенсаторных механизмов.
Применяют массаж грудной клетки со всех сторон или общий массаж с акцентом на грудную клетку. Используют все массажные приемы, которые рациональны для массируемых областей, учитывая индивидуальные особенности каждого пациента. Длительность и интенсивность массажа увеличивают постепенно.

Противопоказания к массажу при заболеваниях органов дыхания:
острое воспаление органов дыхания и тяжелое общее состояние пациента, активный туберкулез легких, злокачественные и доброкачественные опухоли, кровохарканье.

1.2. Методика классического массажа при пневмонии.

Острая пневмония – это воспаление легочной ткани, преимущественно бактериальной природы. В ряде случаев заболевание начинается внезапно, на фоне полного здоровья, с повышения температуры тела до 39—40°, озноба, болей в грудной клетке, кашля, первоначально сухого, затем с мокротой, иногда с кровохарканьем. Это крупозная пневмония.
Клиника очаговой пневмонии: повышение температуры, озноб, кашель. Но начинается она не столь внезапно, как крупозная пневмония. Обычно за несколько дней до этого появляются признаки ОРВИ или гриппа: насморк, кашель, недомогание, ломота во всем теле, небольшая температура. Для второй волны заболевания свойственны повышенная температура, усиление кашля, появление слабости, потливости. В некоторых случаях для воспаления легких характерна несколько стертая картина протекания болезни. Под маской ОРВИ может скрываться пневмония. Ее признаки: невысокая температура, слабость, недомогание, умеренный кашель.
Во всех случаях следует обратиться к врачу, так как только после прослушивания больного, рентгенологического обследования и анализа крови можно диагностировать острую пневмонию и подобрать средство для лечения.
При всех видах острой пневмонии необходимо использовать антибиотики, которые лучше вводить путем инъекций. Кроме этого, используют отхаркивающие средства, бронхорасширяющие препараты, способствующие отделению мокроты, а также физиотерапевтические методы.

Массаж начинают после стихания острых явлений в период обратного развития заболевания при удовлетворительном общем состоянии, нормальной температуре. Наличие слабости и болей в боку не являются противопоказаниями к назначению массажа и лечебной гимнастики.

На этапе облегченного постельного режима массаж проводят в ИПП лежа. Массируют переднебоковую поверхность грудной клетки и нижние конечности для рефлекторного воздействия на периферическое кровообращение. Применяют поверхностное плоскостное поглаживание, попеременное растирание, глубокое плоскостное поглаживание, пиление, обхватывающее поглаживание в два тура. Продолжительность процедуры массажа составляет 5-10 минут. При массаже конечностей используют приемы обхватывающего поглаживания и легкого или средней интенсивности растирания.

При переходе от постельного режима к палатному режиму массаж начинают с задней поверхности грудной клетки в ИПП лежа или сидя:

1. Поверхностное плоскостное поглаживание.
2. Попеременное растирание средней интенсивности.
3. Поверхностное плоскостное спиралевидное поглаживание.
4. Пиление.
5. Глажение (1 вариант).
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами с захватом надплечий.
7. Обхватывающее поглаживание в два тура.
8. Легкое похлопывание или поколачивание.
9. Поверхностное плоскостное поглаживание.

Затем массируют переднебоковую поверхность грудной клетки:

1. Поглаживание в два тура.
2. Попеременное растирание.
3. Глажение (2 вариант).
4. Пиление средней интенсивности.
5. Раздельно-последовательное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами парастернально и по межреберьям.
7. Граблеобразное поглаживание вдоль межреберных промежутков.
8. Линейное растирание вдоль межреберных промежутков.
9. Легкое похлопывание по всей переднебоковой поверхности грудной клетки.
10. Поверхностное плоскостное поглаживание или поглаживание в два тура.

В период палатного режима массируют грудную клетку со всех сторон. При массаже спины особое внимание уделяют растиранию мягких тканей возле позвоночника, межлопаточной области, области лопаток, зоне под нижними углами лопаток и вдоль их внутреннего края:

1. Поверхностное плоскостное поглаживание.
2. Энергичное попеременное растирание с захватом шеи и надплечий.
3. Обхватывающее поглаживание в два тура.

4. Энергичное пиление с захватом шеи и надплечий.
5. Глубокое раздельно-последовательное поглаживание.
6. Глубокое спиралевидное растирание, особенно тщательно вдоль позвоночника.
7. Глажение (2 вариант).
8. Полукружное разминание.
9. Энергичное, но не частое, похлопывание.
10. Поверхностное плоскостное поглаживание.

На переднебоковой поверхности грудной клетки применяют:

1. Обхватывающее поглаживание в два тура.
2. Попеременное растирание.
3. Глажение (2 вариант).
4. Раздельно - последовательное поглаживание.
5. Спиралевидное растирание.
6. Энергичное граблеобразное растирание межреберных мышц.
7. Граблеобразное поглаживание.
8. Энергичное, но не частое, похлопывание.
9. Обхватывающее поглаживание в два тура.

В свободном двигательном режиме показан общий массаж, но чаще применяют массаж грудной клетки со всех сторон. При массаже спины к прежним приемам добавляют приемы поперечного непрерывистого разминания, полукружного разминания, накатывания. Акцентируют внимание на массаже межлопаточной области, области лопаток, под нижними углами лопаток и вдоль их внутреннего края.

На переднебоковой поверхности грудной клетки используют те же приемы, что и в предыдущем режиме, но с несколько большей силой и интенсивностью.

Продолжительность массажа грудной клетки со всех сторон постепенно увеличивается до 15-20 минут. Курс 12-15 процедур ежедневно. Через месяц желательно проведение повторного курса массажа.

1.3. Классический массаж при плевритах

Плеврит-воспаление плевры. В большинстве случаев не является самостоятельным заболеванием и представляет собой патологический процесс, осложняющий течение заболеваний легких, реже грудной стенки, средостения, диафрагмы, органов поддиафрагмального пространства. Несмотря на вторичный характер реакций плевры, именно они определяют особенности и тяжесть течения основного заболевания и требуют целенаправленного лечения.

По этиологии различают плеврит инфекционный (стафилококковый, пневмококковый, туберкулезный, анаэробный и т. д.) и неинфекционный (асептический), который зависит от характера основного заболевания (ревматический, карциноматозный, травматический и др.). Характер тканевых изменений позволяет различить плеврит выпотной (экссудативный) и сухой (фибринозный) плеврит. Следует отметить, что

воспалительная экссудация характерна для любого плеврита, в том числе фибринозного. В зависимости от того, есть или нет отграничение выпота от непораженной плевральной полости различают диффузный (тотальный) и отграниченный (осумкованный) плеврит.

По клиническому течению плеврит бывает острым, подострым, хроническим.

Экссудативный плеврит начинается обычно незаметно: сначала температура может быть невысокой, но постепенно нарастает слабость, появляются одышка, тяжесть и боли в груди. Реже наблюдается острый плеврит с высокой температурой и резкими колющими болями в боку, усиливающимися при глубоком вдохе и кашле. В течение нескольких дней боли стихают, усиливается слабость, появляется одышка. При наличии большого количества жидкости в плевральной полости состояние пациента ухудшается, одышка усиливается, появляется цианоз (синюха). Пациент принимает вынужденное положение лежа на больном боку. Пораженная половина грудной клетки расширена, кожа над ней блестящая, межреберные промежутки расширены, экскурсия пораженной половины грудной клетки резко ограничена. При рассасывании экссудата (выпота) могут образовываться плевральные спайки и западения больной половины грудной клетки.

Сухой плеврит является реакцией плевры на пневмонию, грипп, туберкулез, при этом воспаление плевры сопровождается образованием на ней фибринозного налета и небольшого выпота в плевральной полости. Заболевание начинается с внезапного появления в боку острой колющей боли, которая усиливается при глубоком вдохе и кашле. Температура может быть нормальной или незначительно повышенной. Пораженная половина грудной клетки отстает при дыхании. Боли в боку держатся несколько дней.

Лечение плеврита – комплексное, включающее специфические, симптоматические, физиотерапевтические методы, массаж, ЛФК с целью ликвидации воспалительных изменений в плевральной полости, ускорения всасывания выпота, предупреждения образования плевральных спаек, восстановления дыхания и подготовки сердечнососудистой системы к возрастающим физическим нагрузкам.

Массаж назначают при стихании воспалительных явлений в плевре, при уменьшении или исчезновении экссудата, при нормальной температуре и нормализации картины крови.

Примерная схема курса массажа при плеврите.

Первую процедуру можно начать на 3-4 день нормализации температуры при уменьшении болей и кашля. Массажные процедуры продолжаются не более 5-10 минут ежедневно. Начинают со здоровой стороны.

При облегченном постельном двигательном режиме (I-Б) назначают массаж переднебоковой поверхности грудной клетки: поверхностное плоскостное поглаживание, попеременное растирание, пиление, поглаживание в 2 тура. Приемы выполнять легко, в относительно замедленном темпе. Благодаря массажу снимается спазм дыхательной мускулатуры, уменьшаются боли,

увеличивается подвижность грудной клетки, экскурсия легких и диафрагмы. Продолжительность массажа 5-7 минут.

Во время палатного двигательного режима при заметном улучшении состояния пациента проводят массаж всей грудной клетки (со всех сторон), подключая активно пиление, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, линейное растирание межреберий и легкое похлопывание.

При переходном общем или свободном режиме в массаж всей грудной клетки включают похлопывание, рубление и разминание больших грудных мышц, а на спине – полукружное разминание, поперечное непрерывистое разминание, накатывание, рубление. Разминание и прерывистая ручная вибрация (низкой и средней частоты) усиливают и углубляют дыхание. Массаж начинают с задней поверхности грудной клетки.

На свободном режиме перед выпиской пациентов из стационара в конце курса применяют глубокий, энергичный массаж всей грудной клетки с использованием всех массажных приемов по общей схеме.

При плевральных спайках, ателектазах (спадение участка легкого) и после перенесенной пневмонии процедуру массажа полезно заканчивать "растяжением" грудной клетки. Этот прием выполняют в тех же исходных положениях, как и “сдавливание” (массаж при бронхиальной астме). Массажист подает команду "Вдох", затем "Выдох" и сразу же руками максимально сдавливает грудную клетку пациента. Не ослабляя сдавливания, подает команду "Вдох" и, когда пациент делает усилие, чтобы полностью вдохнуть, мгновенно расслабляет руки. В этот момент большая масса воздуха быстро заполняет легкие, отчего растягиваются плевральные спайки и расправляются спавшиеся участки легких. Такой прием повторяют 3-4 раза в конце каждой процедуры.

Растяжение грудной клетки противопоказано при бронхиальной астме и эмфиземе легких во избежание разрыва истонченных альвеолярных стенок.

Продолжительность процедуры массажа всей грудной клетки при плеврите 15-20 минут. Массаж применяют ежедневно в течение всего стационарного лечения, после выписки — повторяют через 1 месяц. Курс массажа состоит из 15-20 процедур.

1.4. Классический массаж при остром бронхите в период реконвалесценции.

Бронхит — воспалительное заболевание органов дыхания с поражением слизистой бронхов вирусной или бактериальной природы. Бронхит может развиваться под воздействием определенных химических агентов и физических факторов: пыли, холодного, горячего, сухого воздуха, курения, переохлаждения, хронического нарушения носового дыхания, наличия очагов инфекции, профессиональных вредностей и т.д.

Острый бронхит — это острое воспаление бронхов, начинается с высокой температуры, кашля, озноба, недомогания. Обычно он возникает как осложнение вирусной инфекции.

Массаж начинают после стихания острых явлений, в период реконвалесценции, т. е. при нормализации температуры, относительно удовлетворительном общем состоянии. Однако клинически у больных часто сохраняются долгое время сухой или влажный кашель, общая слабость и повышенная утомляемость.

Цели массажа: уменьшение и ликвидация мышечного гипертонуса грудных и межреберных мышц, увеличение жизненной емкости легких, повышение общего тонуса организма, устранение остаточных симптомов воспаления в бронхах, улучшение дренажной функции бронхов (при наличии влажного кашля), нормализация периферического и легочного кровообращения.

Массируют грудную клетку со всех сторон.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при бронхите.

Исходное положение пациента (ИПП) - лежа на животе или сидя.

На задней поверхности грудной клетки выполняют:

1. Поверхностное плоскостное поглаживание.
2. Попеременное растирание с захватом шеи и надплечий.
3. Обхватывающее поглаживание в два тура.
4. Пиление с захватом шеи и надплечий.
5. Раздельно-последовательное поглаживание.
6. Глубокое спиралевидное растирание двумя руками, особенно тщательно вдоль позвоночника.
7. Глажение (2-ой вариант).
8. Полукружное разминание.
9. Энергичное похлопывание.
10. Поверхностное плоскостное поглаживание.

При массаже спины уделяется внимание межлопаточной области, области лопаток, особенно их внутренним краям и нижним углам, нижнему краю грудной клетки.

На переднебоковой поверхности грудной клетки применяют приемы:

1. Обхватывающее поглаживание в два тура.
2. Попеременное растирание.
3. Глажение (2-ой вариант).
4. Пиление.
5. Раздельно-последовательное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание двумя руками.
7. Энергичное граблеобразное растирание (линейно) межреберных мышц.
8. Граблеобразное поглаживание.
9. Энергичное и редкое похлопывание.
10. Обхватывающее поглаживание в 2 тура.

На каждой процедуре интенсивность массажа постепенно возрастает. На задней поверхности грудной клетки дополнительно включают приемы поперечного непрерывистого разминания, накатывания. На переднебоковой поверхности грудной клетки используют те же массажные приемы, но с большей силой давления. Особое внимание уделяют области грудины, грудино-реберным суставам, зоне ключиц и надплечий.

Массаж применяют ежедневно. Продолжительность всей процедуры массажа 15-20 мин. Курс состоит из 12-15 процедур.

1.5. Классический массаж при бронхиальной астме

Бронхиальная астма — хроническое заболевание инфекционно-аллергической природы, для которого характерно появление приступов удушья. Приступы обусловлены спазмом бронхиолярной мускулатуры, который возникает под влиянием различных веществ растительного или лекарственного происхождения. Заболевание появляется в результате особого предрасположения организма, в котором существенную роль играет понижение порога возбудимости вегетативной нервной системы.

Приступы часто протекают остро, нередко ночью, когда преобладает тонус парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Во время приступа резко затрудняется выдох, воздух полностью не выходит из альвеол, что приводит к резкому растяжению альвеол и развитию эмфиземы. Продолжительность приступа различна. Грудная клетка во время приступа сильно расширяется, дыхание свистящее, лицо синеет, появляется мучительный кашель. Приступ заканчивается отделением небольшого количества вязкой, стекловидной мокроты. Межприступные периоды также различной продолжительности.

Бронхиальная астма, протекающая с частыми обострениями, приводит к развитию эмфиземы легких и легочно-сердечной недостаточности.

Лечение астмы должно быть комплексным. Одним из важных составных элементов комплексной терапии является массаж, который применяется в межприступном периоде.

Цель массажа: укрепление дыхательной мускулатуры и нервной системы, повышение работоспособности, усиление тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, ликвидация спазма бронхиолярной мускулатуры.

Массажу подвергают всю грудную клетку, мышцы шеи и надплечья. Чаще массаж выполняют в положении пациента сидя, так как большинство больных плохо переносят положение лежа.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при бронхиальной астме

Массаж задней поверхности грудной клетки:

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание обеими руками одновременно снизу вверх и в стороны с захватом надплечий. Выполняют на обеих половинах спины и надплечьях.
2. Легкое попеременное растирание ладонями обеих рук.
3. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
4. Легкое пиление.
5. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками снизу вверх и латерально, при этом захватывают надплечья и боковые поверхности грудной клетки и шеи.

7. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
8. "Валик". Выполняют веерообразно снизу вверх и в стороны.
9. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
10. Штрихование четырьмя пальцами в продольном или поперечном направлении.
11. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
12. Легкое и частое похлопывание или рубление.
13. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

Массаж мягких тканей вдоль позвоночника по паравертебральным линиям:

1. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами вдоль позвоночника снизу вверх от уровня XII грудного позвонка до затылочной кости.
2. Спиралевидное растирание двумя большими пальцами по тем же линиям и в том же направлении.
3. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
4. Сдвигание четырьмя пальцами в продольном направлении по крестцово-остистой мышце.
5. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.

Массаж переднебоковой поверхности грудной клетки

Исходное положение массажиста — стоя позади пациента.

1. 1.Круговое плоскостное поверхностное поглаживание одновременно обеими руками: у женщин — от ключиц до уровня молочных желез, у мужчин — от ключиц до нижнего края грудной клетки.
2. Попеременное растирание на той же поверхности.
3. Легкое плоскостное поглаживание снизу вверх к плечевым суставам вдоль волокон больших грудных мышц.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук одновременно в том же направлении и по тем же линиям.
5. Легкое плоскостное поглаживание.
6. Легкое похлопывание.
7. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

При массаже грудной клетки уделять особое внимание VI-IX межреберным промежуткам, где часто наблюдается повышенный тонус межреберных мышц. В этих промежутках выполняют поглаживание и спиралевидное растирание подушечками пальцев. Приемы выполнять мягко, плавно, не применяя большой силы. Массаж начинают от грудины и заканчивают вблизи позвоночника. Удобнее массировать межреберные промежутки не с обеих сторон одновременно, а только с одной стороны, причем с правой стороны массируют правой рукой стоя позади и немного слева от пациента, с левой — наоборот.

Процедуру массажа можно завершать *сдавливанием грудной клетки* в момент выдоха следующим образом. Стоя позади пациента, массажист руками обхватывает его грудную клетку, кистью правой руки захватывает предплечье своей левой руки чуть выше лучезапястного сустава, пальцы левой руки сжимает в кулак и упирается им в эпигастральную область

пациента. Затем подает пациенту команду "Вдох" и дожидается его окончания, после чего следует команда "Выдох", и в это время массажист начинает сжимать одновременно обеими руками грудную клетку пациента. Давление рук медленно увеличивается и становится максимальным в конце выдоха. Кулак левой руки осторожно давит на брюшную стенку, помогая выдоху пациента. Когда выдох закончен, необходимо задержать дыхание на несколько секунд — на первых процедурах достаточно 5-7 секунд. Затем вновь подается команда "Вдох", и массажист постепенно уменьшает силу давления рук.

Сдавливание грудной клетки на первых двух-трех процедурах повторяют 2-3 раза, постепенно увеличивая число сдавливаний. К концу курса его можно довести до 10-12, в зависимости от переносимости пациентом.

Во время массажной процедуры внимательно наблюдать за состоянием пациента. При выполнении приема сдавливания недопустимо появление головокружения — это говорит о передозировке и служит сигналом к прекращению воздействия. После массажа пациент должен отдохнуть сидя в течение 20-30 минут.

Продолжительность процедуры массажа грудной клетки — до 20 минут. Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит из 15-20 процедур и повторяется регулярно через 1-1,5 месяца.

1.6. Классический массаж при эмфиземе легких

Эмфизема легких — хроническое заболевание, при котором происходит расширение альвеол, сопровождающееся атрофией и разрывом межальвеолярных перегородок, понижением эластичности легочной ткани, уменьшением дыхательной поверхности, снижением жизненной емкости легких и развитием дыхательной недостаточности.

При заболевании грудная клетка как бы застывает в фазе вдоха и постепенно приобретает бочкообразную форму. Экскурсия грудной клетки и диафрагмы уменьшается, межреберные промежутки расширяются. У пациента наблюдаются одышка, кашель, цианоз губ, щек, кистей рук, выдох настолько ослаблен, что ему не удается задуть пламя свечи или спички. Эмфизема легких часто является следствием хронического бронхита, пневмосклероза, бронхиальной астмы и в холодное время года обостряется.

Профилактика заключается в своевременном и целенаправленном лечении заболеваний, ведущих к эмфиземе легких. Пациенту назначают медикаментозное лечение (при этом противопоказано курение).

В комплексном лечении эмфиземы легких применяют массаж, который наиболее эффективен в начальных стадиях заболевания.

В начале заболевания можно применять общий массаж легкой или средней интенсивности, обращая главное внимание на массаж грудной клетки и мышц брюшного пресса. Применяются все массажные приемы с небольшой силой давления рук массажиста.

Цель массажа: борьба с остаточными явлениями бронхита, пневмонии, укрепление организма и дыхательной мускулатуры.

Продолжительность процедуры при общем массаже 30-40 минут.

При выраженной эмфиземе и легочной недостаточности применяют легкий массаж грудной клетки со всех сторон.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при эмфиземе легких

Массаж задней поверхности грудной клетки

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание с захватом боковых поверхностей грудной клетки, шеи и надплечий.
3. Глажение (2 вариант) одновременно обеими руками снизу вверх и латерально к подмышечным лимфатическим узлам и плечевым суставам.
4. Пиление на той же поверхности.
5. Поглаживание в два тура.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками снизу вверх и латерально.
7. Глажение (2 вариант).
8. Легкое похлопывание.
9. Плоскостное поверхностное поглаживание.

Массаж переднелатеральной поверхности грудной клетки

1. Поглаживание в два тура.
2. Попеременное растирание.
3. Глажение (2 вариант).
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно двумя руками.
5. Раздельно-последовательное поглаживание.

Массаж межреберных мышц с обеих сторон грудной клетки

1. Граблеобразное поглаживание передним или задним ходом от грудины к позвоночнику.
2. Легкое спиралевидное растирание.
3. Граблеобразное поглаживание.

При поглаживании в два тура переднебоковой поверхности грудной клетки в исходном положении пациента лежа на спине, когда руки массажиста движутся в обратном направлении, массажист обеими руками сдавливает грудную клетку в момент выдоха. Когда руки массажиста движутся снизу вверх, пациент делает вдох. Скорость движения рук должна при этом соответствовать скорости дыхания пациента. Этот прием невозможен в положении пациента сидя, поэтому его заменяют приемом сдавливания грудной клетки (см. выше ***1.5***).

Продолжительность процедуры массажа грудной клетки — 15-20 минут. Массаж применяют ежедневно.

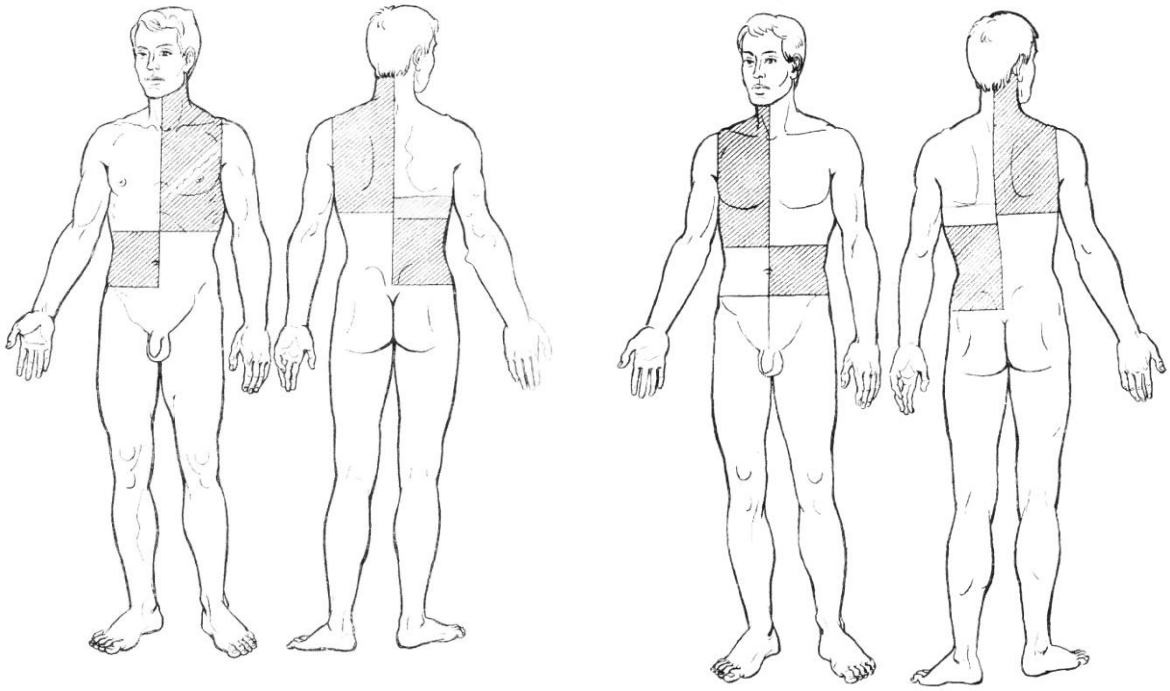
При эмфиземе легких с явлениями сердечно-легочной недостаточности массируют в основном верхние и нижние конечности. На них применяют обхватывающее непрерывистое поглаживание, попеременное растирание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, валяние, полукружное разминание, продольное непрерывистое разминание.

Цель массажа: борьба с явлениями сердечно-легочной недостаточности и застойными явлениями, улучшение периферического и легочного кровообращения, разгрузка малого круга кровообращения.
Продолжительность процедуры массажа 15-20 минут. Массаж выполняют ежедневно.
Курс массажа состоит в среднем из 15-20 процедур и повторяется регулярно через 1-1,5 месяца.

1.7. Интенсивный массаж асимметричных зон грудной клетки у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких /ХНЗЛ / (по методике О.Ф.Кузнецова)

Нетуберкулезные, неопухолевые патологические процессы в органах дыхания называют неспецифическими или хроническими неспецифическими заболеваниями легких - ХНЗЛ. К ним относят хронический бронхит, хроническую пневмонию, бронхоэктатическую болезнь, эмфизему легких, абсцесс легкого, бронхиальную астму.
Наблюдения за больными ХНЗЛ выявили, что у таких пациентов имеется фрагментарная деформация грудной клетки в виде участков (зон) кожно-мышечной умеренной гипертрофии с незначительным объемным увеличением грудной клетки. Эти зоны гипертрофии асимметричны и расположены диагонально по отношению друг к другу. В зонах гипертрофии при исследовании выявили более высокую температуру кожи и более высокий мышечный тонус. Рентгенологически, бронхографически и бронхоскопически было показано, что зоны гипертрофии соответствуют долям легкого, в сегментах которых есть воспалительно-структурные изменения. Следовательно, воздействуя на зоны кожно-мышечной гипертрофии, можно рефлекторным путем целенаправленно влиять на течение хронического бронхолегочного воспаления.
Различают 2 варианта зон гипертрофии, подлежащих интенсивному массажу.

1 вариант **2 вариант**



I вариант: зоны кожно-мышечной гипертрофии соответствуют области проекции верхней доли левого легкого, средней и нижней доли правого легкого. *II вариант*: зоны кожно-мышечной гипертрофии соответствуют области проекции верхней доли правого легкого, нижней доли и язычкового сегмента левого легкого (см. рис.)

При 1-м варианте кожно-мышечных изменений проводят интенсивный массаж правой половины живота, реберной дуги и левой верхней половины грудной клетки опереди с последующим переходом на правую половину поясничной области и спины до угла правой лопатки и левой лопаточной области; при 2-м варианте массируют противоположные области (см. рисунок). Если процесс ограничен сегментами одной из долей легкого, то изменения кожно-мышечного статуса выявляются рельефно и четко по одному из вариантов. Если процесс распространенный, то указанные признаки имеют менее выраженный или смешанный характер. Методику массажа выбирают в соответствии с диагнозом и преимущественным поражением легочной ткани.

Следует учесть, что массаж по II варианту способствует уменьшению или купированию бронхоспазма, а массаж по I варианту может провоцировать или усиливать бронхоспазм.

Следовательно, при наличии у больного бронхиальной астмы массируют только по II варианту, т.к. в этом случае уменьшается или купируется бронхоспазм. Если у пациента хронический бронхит с признаками и явлениями бронхоспазма, то массируют также по II варианту. В иных случаях можно использовать методику массажа по I варианту.

Эффективен интенсивный массаж для больных с затяжным вялотекущим процессом, трудно поддающимся лечению, а также для больных с бронхоспазмом, устойчивым к медикаментозной терапии.

Противопоказания к интенсивному массажу: острый бронхолегочный процесс, астматический статус, III стадия заболевания, легочно-сердечная недостаточность II-III, артериальная гипертензия II Б-III стадии, возраст старше 55 лет у женщин и 60 лет у мужчин, а также общие противопоказания к массажу.

Ускоренная СОЭ и наличие прожилок крови в мокроте больных хронической пневмонией или хроническим бронхитом не является противопоказанием к данной методике массажа.

Особенности интенсивного массажа асимметричных зон грудной клетки.

17. Массажу подлежат четыре зоны: две зоны с вентральной стороны и две зоны со стороны спины. То есть, массируется не вся поверхность грудной клетки, а только две соответствующих зоны спереди и две зоны со стороны спины, диагонально расположенные относительно друг друга.
18. Массаж всегда начинают с вентральной стороны и с нижней зоны в соответствии с избранным вариантом.
19. Исключают приемы поглаживания.
20. Каждый четный прием - это прием прерывистой низкочастотной

вибрации.

21. Каждый квадрант (зону) массируют дважды.
22. Каждую зону спереди массируют не более 5-7 минут, а каждую зону со стороны спины – не более 8-10 минут. Приемы вибрации занимают 7-10 сек., а приемы растирания или разминания – 40 - 60 сек.
23. Время массажной процедуры 30-40 минут, а при наличии навыков и опыта у массажиста – массаж длится 25-30 минут. Процедура интенсивного массажа оценивается в 4-6 массажных единиц.
24. Курс массажа состоит из 2-6 процедур, каждая из которых выполняется один раз в 3-5-7 дней. Повторный курс возможен через 3-4 недели.
25. Интенсивный массаж асимметричных зон (ИМАЗ) грудной клетки можно сочетать с классическим массажем следующим образом: 1) после курса классического массажа в случае его низкой эффективности в количестве 2-3 процедур; 2) включать ИМАЗ во второй половине курса классического массажа вместо его 6-9-12 процедур.
26. Каждая процедура проводится интенсивно, в том числе и первая, но с меньшим усилием у женщин и тучных людей и с большим - у мужчин и астеников.
27. ИМАЗ грудной клетки не сочетается с аппаратной физиотерапией *(на грудной клетке, в месте проведения массажа), так как* может наступить ухудшение общего состояния пациента и повыситься температура тела.
28. В некоторых случаях больным с ХНЗЛ *процедуру массажа завершают надавливанием на грудную клетку в сочетании с глубоким выдохом.* Это воздействие вызывает кашель и улучшает отхождение мокроты. Этот прием противопоказан больным с бронхиальной астмой, т.к. может вызвать бронхоспазм.
29. При наличии астматического статуса ИМАЗ назначают только после выведения больного из этого состояния.
30. После процедуры интенсивного массажа больному рекомендуется отдых длительностью 1,5-2 часа, а в течение дня следует избегать охлаждений.
31. Общий курс ИМАЗ состоит из 4-х процедур. Первые две процедуры проводят согласно варианту, который был определен перед началом массажа, третья процедура проводится по противоположному варианту*, так как после 2-х процедур массируемые ткани нуждаются в «отдыхе», а ткани зон противоположного варианта* рефлекторно становятся «готовы» к интенсивному массажу. Четвертая процедура проводится вновь по изначальному варианту.
32. Массажисту рекомендуется использовать марлевую повязку для защиты от мокроты и эпителия кожи больного.

Для массажа вентральной поверхности исходное положение пациента (ИПП) лежа на спине, руки - под ягодицами, ноги укрыты одеялом (независимо от температуры окружающей среды).

Массаж дорзальной поверхности проводят в ИПП лежа на животе, согнутые руки служат опорой для головы, т.к. это положение тонизирует мышцы пояса верхних конечностей и спины, что обеспечивает большую эффективность интенсивного массажа.

Примерная схема ИМАЗ и содержание массажной процедуры

Массаж зон вентральной поверхности

I. Массаж нижней зоны - торакоабдоминальной (области косой мышцы живота, подреберья, реберной дуги и нижних 4-5 ребер).

1. Попеременное растирание или пиление (в поперечном направлении) - максимальное усилие направлено на область подреберья и реберной дуги; при массаже данной области больные не должны задерживать дыхания.
2. Рубление (или стегание).
3. Спиралевидное растирание "отягощенной кистью" по часовой стрелке – правая кисть под левой кистью.
4. Стегание.
5. Спиралевидное растирание "отягощенной кистью" против часовой стрелки - левая кисть под правой кистью.
6. Стегание.
7. Продольное растирание "отягощенной кистью".
8. Рубление (в относительно медленном темпе).
9. Валик (в поперечном направлении - от срединной линии тела и обратно, особенно интенсивно массируют в области подреберья и реберной дуги; прием вызывает у больного яркую гиперемию кожи и ощущение глубокого тепла.)

Переход к массажу верхней зоны. Для нижней зоны - пауза и отдых.

*II. Массаж верхней зоны грудной клетки спереди (верхняя половина грудной клетки до восьмого ребра)***.**

1. Пиление (в поперечном направлении) - от VII ребра до надплечья,- у женщин - обходя молочную железу
2. Рубление - можно одной рукой, т.к. небольшая площадь воздействия
3. Пиление (в продольном направлении) - захватывая шею и надплечья.
4. Рубление (довольно редкое по частоте).
5. Валик (в поперечном направлении - начинать с нижних отделов, от срединной линии и обратно).

Переход к повторному массажу нижней зоны. Для верхней зоны - пауза.

III. Повторный массаж нижней зоны (торакоабдоминальной).

1. Пиление (в поперечном направлении).
2. Рубление
3. Накатывание.
4. Стегание
5. Спиралевидное растирание и линейное растирание нижних межреберий.
6. Стегание
7. Поперечное разминание.

8. Стегание или рубление.

Переход к повторному массажу верхней зоны, для нижней зоны – отдых.

IV. Повторный массаж верхней зоны грудной клетки спереди.

1. Пиление.
2. Рубление.
3. Спиралевидное растирание пальцами (в продольном направлении) - растирать глубоко и особо тщательно парастернальные точки.
4. Спиралевидное растирание и линейное растирание межреберий.
5. Полукружное разминание в области большой грудной мышцы.
6. Рубление.

Смена исходного положения пациента.

Массаж зон дорзальной поверхности.

V. Массаж нижней зоны - торако-люмбальной (от гребня подвздошной кости до уровня нижнего угла лопатки)

1. Пиление в поперечном направлении.
2. Рубление.
3. Пиление в продольном икосом направлении.
4. Рубление или стегание.
5. Спиралевидное растирание ладонью с отягощением по ходу часовой стрелки.
6. Рубление.
7. Спиралевидное растирание ладонью с отягощением против часовой стрелки.
8. Стегание.
9. «Валик» или сдвигание в поперечном направлении и обратно.
10. Рубление.
11. Сдвигание или «валик» в продольном направлении.
12. Стегание.

Переход к массажу верхней зоны. Для нижней зоны - пауза.

VI. Массаж верхней зоны со стороны спины (от уровня VII-VIII межреберий до надплечья, включая заднюю поверхность шеи соответствующей стороны)

1. Пиление в поперечном, продольном, косом направлениях.
2. Рубление.
3. Спиралевидное растирание отягощенной ладонью по ходу часовой стрелки.
4. Рубление.
5. «Валик» или сдвигание в поперечном направлении и обратно.
6. Рубление.

Переход к повторному массажу нижней зоны. Для верхней зоны - пауза.

VII. Повторный массаж нижней (торако-люмбальной) зоны.

1. Пиление в поперечном направлении.
2. Рубление.
3. Пиление в продольном икосом направлении.
4. Рубление или стегание.

5. Спиралевидное растирание ладонью с отягощением по ходу часовой стрелки.
6. Рубление.
7. Спиралевидное растирание ладонью с отягощением против часовой стрелки.
8. Стегание.
9. «Валик» или сдвигание в поперечном направлении и обратно.
10. Рубление.
11. Сдвигание или «валик» в продольном направлении.
12. Стегание.
13. Пиление в поперечном и косом направлении.
14. Рубление.
15. Глубокое растирание паравертебральных точек и межреберных промежутков.
16. Сдвигание длиннейшей мышцы спины в поперечном направлении.
17. Стегание.
18. Разминание в поперечном направлении или «валик».
19. Рубление.
20. Глубокое стабильное растирание, разминание локально болезненных точек.
21. Стегание.
22. Разминание в продольном направлении.
23. Стегание.
24. Строгание с отягощением.

Переход к повторному массажу верхней зоны, для нижней зоны – отдых.

VIII. Повторный массаж верхней зоны со стороны спины.

1. Пиление в поперечном, продольном, косом направлениях.
2. Рубление.
3. Спиралевидное растирание отягощенной ладонью по ходу часовой стрелки.
4. Рубление.
5. «Валик» или сдвигание в поперечном направлении и обратно.
6. Рубление.
7. Пиление в различных направлениях.
8. Рубление.
9. Глубокое линейное растирание и спиралевидное растирание граблеобразно по межреберьям.
10. Стегание.
11. Спиралевидное растирание паравертебральных точек.
12. Рубление.
13. Сдвигание длиннейшей мышцы спины в поперечном направлении.
14. Стегание.
15. Перемежающееся надавливание и растирание тремя пальцами вокруг лопатки и в межлопаточной области.
16. Рубление.

17. Разминание в продольном и поперечном направлениях.
18. Стегание.
19. Разминание трапециевидной мышцы.

Процедура интенсивного массажа заканчивается легким растиранием шеи от затылка до плеча и похлопыванием всей спины.

1.8. Массаж при хронической пневмонии (по О.Ф. Кузнецову)

Массаж активно воздействует на функцию дыхания, жидкостные среды организма и тканевый метаболизм, проявляя при этом ярко выраженное саморегулирующее патогенетическое влияние, поэтому применение массажа области грудной клетки является обязательным компонентом комплексной терапии больных хронической пневмонией. С этой точки зрения заслуживает внимания использование в комплексном лечении указанных больных массажа как метода, стимулирующего естественные защитные функции организма. Необходимо учитывать, что назначение массажа больным с обострением бронхолегочного процесса в ранние сроки пребывания в стационаре малоэффективно, так как, массаж для них представляет собой повышенную физическую нагрузку. Наиболее рационально назначать таким больным массаж после 8-10 дней лечения, а больным с наступающей ремиссией — после 5-6 дней.

Задачами массажа являются улучшение лимфо- и кровообращения тканей грудной клетки, укрепление, дыхательной мускулатуры, повышение эластичности легочной ткани, растяжимости грудной клетки и бронхиальной проходимости, нормализация бронхо-выделительной функции.

В результате специально разработанного массажа дыхание больных становится глубже и реже, повышается эластичность легочной ткани, растяжимость грудной клетки, проходимость бронхов, особенно увеличиваются резервы дыхания, как в течение дня, так и на протяжении всего курса лечения. После массажа отмечается облегчение дыхания и отхаркивания, исчезновение или уменьшение болевых ощущений, появление чувства бодрости и повышение настроения.

Массаж по рекомендуемой методике наиболее рационально проводить за 1,5-2 часа перед лечебной гимнастикой, т. к. к этому времени после массажа резко возрастают функциональные возможности респираторной системы, которые позволяют более полно использовать лечебное и тренирующее влияние физических упражнений. Рекомендуемый массаж, улучшая легочную вентиляцию, усиливает действие бронхорасширяющих препаратов.

Позитивные сдвиги в показателях легочной вентиляции у больных хронической пневмонией под влиянием массажа сочетаются с четким урежением пульса. Поэтому, уменьшение частоты пульса на 6-12 ударов в минуту после массажа может служить простым тестом контроля дозировки и эффективности его воздействия.

Длительность процедуры: 11-13 минут.

Курс лечения: 10-12 процедур. Первые 2-3 процедуры проводятся с меньшим усилием, чем последующие. Массаж рекомендуется проводить ежедневно или через день в утренние часы (спустя 1-1,5 часа после завтрака), начиная с

4-5 дня пребывания больного в стационаре. В условиях поликлиники массаж назначается с момента стихания воспалительного процесса.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

1) Массаж области носа и носогубного треугольника.
2) Массаж передней стенки грудной клетки.
3) Массаж области спины.

ИПП - лежа на спине.

Массаж носа и носогубного треугольника (1-1.5 минуты).

Для удобства массирования указанных областей больному предлагается закрыть глаза.

1. Вначале линейное и полукружное поглаживание, затем линейное и полукружное растирание, после этого непрерывистая лабильная вибрация спинки, боковых поверхностей и крыльев носа ладонной поверхностью («подушечкой») концевой фаланги I или II пальца в направлении от кончика носа к переносице и надбровным дугам.
2. Линейное поглаживание и растирание области носогубного треугольника подушечками II-III пальцев в направлении от середины к носогубной складке и обратно.

Методические указания

1. Перед массажем данной области — туалет лица.
2. Каждый прием проводится 1-2 раза.
3. Растирание и вибрация осуществляются довольно энергично.
4. Массаж указанных областей не должен занимать более 1-1,5 мин.

Массаж передней поверхности грудной клетки (3-3,5 мин).

1. Плоскостное поверхностное и глубокое поглаживание передней стенки грудной клетки ладонными поверхностями обеих кистей у мужчин и подушечками II-IV пальцев у женщин в продольном направлении (см. методические указания).
2. Вначале линейное, а затем полукружное растирание межреберных мышц подушечками расставленных II-V пальцев в направлении от грудины к подмышечной линии, т.е. поперечно (см. методические указания).
3. Одно-, двукратное поглаживание передней стенки грудной клетки в продольном направлении. Такое поглаживание рекомендуется после каждого последующего приема.
4. Спиралевидное растирание межреберных промежутков по парастернальной линии подушечками III или III-IV пальцев в продольном направлении.
5. Поглаживание.
6. Непрерывистое разминание (захватывание, оттягивание, отжимание) большой грудной мышцы у мужчин пальцами одной или двух кистей по направлению от места начала мышцы (грудина) к месту ее прикрепления (плечо).
7. Поглаживание.

8. Массаж передней стенки грудной клетки заканчивается чередованием двух приемов поглаживания, которые осуществляют в поперечном направлении (от грудины):

   а) поглаживание нижних отделов грудной клетки по межреберным промежуткам ладонной поверхностью обеих кистей, концы пальцев направлены в сторону подмышечной линии. Прием заканчивается мягким сжатием боковых отделов грудной клетки во время выдоха:

   б) поглаживание реберных дуг ладонными поверхностями I-V пальцев обеих кистей. При этом II-V пальцы скользят по верхнему краю реберной дуги, а большие пальцы — по нижнему. Кончики пальцев при выполнении движения обращены к мечевидному отростку грудины.

Методические указания

1. При продольном направлении массаж осуществляется от нижнего края реберных дуг к ключицам, плечам и подмышечным впадинам с дугообразным обходом грудных желез у женщин и сосков у мужчин. Кисть массирующей руки располагается параллельно грудине, концы пальцев обращены в сторону ключиц. Массаж начинается от срединных отделов грудной клетки и заканчивается боковыми отделами.
2. При поперечном направлении массаж проводится от грудины по межреберным промежуткам к подмышечной линии. Кисть массирующей руки располагается параллельно ребрам, концы пальцев обращены к подмышечной линии. Массаж начинается с нижних отделов грудной клетки и заканчивается верхними отделами.
3. Растирания межреберных промежутков выполняются одной рукой на каждой половине грудной клетки поочередно.
4. Приемы растирания повторяются 2-3 раза в течение 15-30 секунд.
5. Массаж передней стенки грудной клетки продолжается не более 3-3,5 минуты.

Массаж спины (7-8 мин).

ИПП - лежа на животе, под живот подкладывают подушку; руки больного, согнутые в локтевых суставах, служат опорой для его головы.

1. Плоскостное поверхностное и глубокое поглаживание спины ладонными поверхностями обеих кистей в продольном направлении (см. методические указания).
2. Спиралевидное растирание каждой половины спины ладонью соответствующей руки в продольном направлении.
3. Одно-, двукратное поглаживание спины ладонными поверхностями обеих кистей в продольном направлении. Такое поглаживание рекомендуется после каждого последующего приема.
4. Линейное растирание спины костными выступами основных фаланг II-V пальцев, согнутых в кулак, в продольном направлении.
5. Поглаживание.

6. Спиралевидное растирание паравертебральных областей в продольном направлении. Осуществляется подушечками концевых фаланг II-V пальцев, I палец служит опорой.
7. Поглаживание.
8. Линейное растирание межреберных мышц (граблеобразный прием). Осуществляется подушечками согнутых концевых фаланг II-V пальцев, скользящих по межреберным промежуткам от позвоночника к подмышечной линии и обратно.
9. Поглаживание.
10. Непрерывистое разминание (сдвигание) мышц спины в продольном направлении. Движение осуществляется всеми пальцами обеих кистей. Подлежащие ткани приподнимают и, удерживая в складке, сдвигают с помощью больших пальцев, обращенных друг к другу концевыми фалангами.
11. Поглаживание.
12. Непрерывистое разминание (сдвигание) мышц спины в поперечном направлении (см. методические указания).
13. Поглаживание.
14. Непрерывистое растирание (пиление) спины в поперечном направлении. Осуществляется локтевым краем обеих кистей. Параллельно поставленные кисти движутся противоположно друг другу.
15. Поглаживание.
16. Непрерывистое поперечное разминание (захватывание, оттягивание, отжимание) мышц спины с участием всех пальцев обеих кистей в продольном направлении. Движение заканчивается разминанием наружного края широчайшей мышцы спины.
17. Поглаживание.
18. Непрерывистое поперечное разминание верхнего края трапециевидной мышцы в направлении от шеи к плечу.
19. Поглаживание.
20. Прерывистая вибрация (рубление) тканей спины локтевым краем обеих кистей в поперечном направлении.
21. Поглаживание.
22. Прерывистая вибрация (поколачивание) тканей спины в поперечном направлении – одна кисть ладонной поверхностью плотно прилегает к грудной клетке, концы пальцев обращены к подмышечной линии. Кисть медленно скользит к позвоночнику, в это время другая кисть, согнутая в кулак, равномерно наносит поколачивающие удары локтевой поверхностью кулака по тылу скользящей кисти. Движение начинается с боковых нижних отделов грудной клетки.
23. Поглаживание.
24. Линейное растирание межреберных мышц каждой половины грудной клетки «отягощенной кистью». Кисти рук с расставленными пальцами накладывают друг на друга так, чтобы пальцы вышележащей кисти

вошли в промежутки между пальцами нижележащей кисти. Концевые фаланги всех пальцев слегка согнуты и обращены к подмышечной линии. Движение выполняется медленно от позвоночника по ходу межреберных промежутков и обратно.

25. Поглаживание.
26. Непрерывистое растирание (пиление) спины в продольном направлении, выполняется локтевым краем обеих кистей. Параллельно поставленные кисти движутся противоположно друг другу.
27. Поглаживание.
28. Непрерывистое растирание (пиление) всей спины локтевыми краями кистей и предплечий в поперечном направлении.
29. Поглаживание нижних отделов грудной клетки ладонными поверхностями обеих кистей от позвоночника в поперечном направлении. Концы пальцев обращены к подмышечной линии. Движение заканчивается мягким сжатием боковых отделов грудной клетки во время выдоха (противопоказано при склонности к бронхоспазму!).
30. Массаж заканчивается линейным плоскостным поглаживанием спины ладонями обеих кистей в продольном направлении.

Методические указания

1. При продольном направлении массаж проводится от нижнего края ребер (12 ребро) к затылку, плечам и подмышечным впадинам. Кисть массирующей руки располагается параллельно позвоночнику, концы пальцев обращены к затылку. Массаж начинается с отделов, прилежащих к позвоночнику, и заканчивается боковыми отделами спины.
2. При поперечном направлении массаж осуществляется от позвоночника по межреберным промежуткам к подмышечной линии и наоборот. Кисть массирующей руки располагается параллельно ребрам, концы пальцев обращены к подмышечной линии. Движение начинается с нижних отделов грудной клетки и заканчивается верхними отделами.
3. Растирания, разминания и вибрацию в области спины необходимо начинать со здоровой стороны при одностороннем поражении легких или со стороны, менее пораженной, при двусторонней локализации патологического процесса.
4. Приемы пиления проводятся энергично.
5. Каждый прием повторяют 2-3 раза. Начальное и завершающее глубокое поглаживание грудной клетки повторяют 4-5 раз.
6. Каждый прием растирания вместе с повторением должен длиться не более 20-30 сек., а приемы разминания – должны занимать не более 40 секунд.
7. Массаж спины в общей сложности продолжается 7-8 минут.

8. После процедуры массажа больному рекомендуется отдых (не менее 15-20 мин.) и теплая одежда из мягкой ткани на период отдыха.

Разработанная в МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского методика и техника массажа для больных хронической пневмонией является основной схемой, от которой могут быть отклонения, связанные с индивидуальными особенностями как больного, так и массажиста. Например, массаж у женщин следует проводить медленнее и с меньшей интенсивностью, чем у мужчин.

Некоторые коррективы необходимо вносить и в связи с особенностью патологического процесса. В частности, у больных с преобладанием продуктивного характера бронхолегочных изменений (пневмосклероз) в методику массажа следует вводить большее число приемов растирания — растяжения (линейное, полукружное, кругообразное растирание, различные виды пиления, растяжение одной или двумя руками и др.).

У больных же с преобладанием деструктивного процесса (бронхоэктазы) следует увеличить количество приемов вибрации (непрерывистая лабильная вибрация, рубление, поколачивание, сотрясение и др.).

2. Массаж при заболеваниях сердечнососудистой системы

2.1. Классический массаж при стенокардии

Стенокардия (stenokardia; греч. stenos узкий, тесный + kardia сердце: синоним: болезнь Гебердена, грудная жаба, angina pectoris) — заболевание, наиболее характерным проявлением которого является приступ болевых ощущений, главным образом за грудиной, реже в области сердца. Клиническая картина стенокардии была впервые описана В.Геберденом. Им были отмечены основные особенности болевых ощущений при стенокардии: боль возникает внезапно, длится от нескольких минут до получаса, имеет различную интенсивность, может отдавать в левую руку, плечо, шею или нижнюю челюсть, реже — вправо, назад, в обе руки и др. Часто приступ сопровождается чувством страха.

По зарубежным данным, стенокардия у мужчин наблюдается в 3-4 раза чаще, чем у женщин. Причиной приступа стенокардии служит недостаточность кровоснабжения сердечной мышцы, обусловленная коронарной недостаточностью из-за сужения просвета венечной (коронарной) артерии сердца при атеросклерозе, сосудистом спазме или сочетании этих факторов. Результатом острой коронарной недостаточности является ишемия миокарда, вызывающая нарушение окислительных процессов в миокарде и избыточного накопления в нем недоокисленных продуктов обмена (молочной, пировиноградной, угольной и фосфорной кислот) и других метаболитов. Значительно реже стенокардия возникает при инфекционных и инфекционно-аллергических поражениях. Провоцируют приступы стенокардии эмоциональное и физическое напряжение.

Стенокардия сопровождается неприятными ощущениями в области груди, которые возникают при снижении кровоснабжения сердечной мышцы.

Обычно при стенокардии человек чувствует тяжесть, давление или боль в груди, особенно за грудиной. Часто боль передается в шею, челюсть, руки, спину или даже зубы. Также могут наблюдаться диспепсические расстройства (изжога, тошнота), слабость, повышенная потливость, колики или одышка. Приступы стенокардии обычно возникают при перенапряжении, сильном эмоциональном возбуждении или после плотного обеда. В эти моменты сердечной мышце требуется больше кислорода, чем она может получить через суженные коронарные артерии. Приступ стенокардии обычно продолжается от 1 до 15 минут, его можно ослабить, если успокоиться, посидеть или полежать, положить под язык таблетку нитроглицерина. Нитроглицерин расширяет кровеносные сосуды и понижает артериальное давление. И то, и другое снижает потребность сердечной мышцы в кислороде и снимает приступ стенокардии.

Различают стенокардию напряжения и покоя. Сначала недостаточность кровоснабжения имеет относительный характер и выявляется только при значительной физической нагрузке, когда потребность мышцы сердца в питательных веществах и кислороде резко возрастает. В таких случаях говорят о *стенокардии напряжения*, приступы которой нередко возникают при быстрой ходьбе, подъеме в гору и прекращаются после того, как больной останавливается. При возобновлении ходьбы боль может появиться снова, и больной бывает вынужден останавливаться через каждые 100-200 шагов. Реже приступы стенокардии напряжения возникают в связи с волнением, при котором повышаются частота сердечных сокращений и артериальное давление, создавая нагрузку на сердце.

Они могут быть вызваны также курением, употреблением алкоголя, обильной едой, питьем холодной воды, гипервентиляцией (стенокардия Принцметала).

Прогрессирование болезни ведет к появлению болевых приступов и в покое, нередко ночью, т. е. возникает так называемая *стенокардия покоя*. В происхождении ночных приступов стенокардии покоя предполагают также роль усиления вагусных влияний в ночное время.

Патогенез болевого приступа, т.е. собственно стенокардии связывают с раздражением окончаний чувствительных волокон симпатических нервов сердца веществами, высвобождающимися при ишемии из клеток миокарда. Импульсы направляются к ганглиям шейно-грудного отдела, проникают и спинной мозг, распространяясь на зоны соматической иннервации, достигают подкорковых структур и коры головного мозга, формируя ощущение боли с локализацией в зонах иннервации от верхнегрудных сегментов. Отмечаемое иногда исчезновение стенокардии после инфаркта миокарда объясняют деструкцией нервных окончаний в зоне некроза.

Отличительный признак приступа стенокардии — быстрый, через 1-2 *мин*, эффект от применения нитроглицерина. В тех случаях, когда тяжелый приступ стенокардии длится более получаса и не снимается этим препаратом, реальна угроза развития инфаркта миокарда.

Следует подчеркнуть, что далеко не все болевые ощущения в груди, особенно в левой половине грудной клетки, свидетельствуют о стенокардии. Различные по характеру, локализации и продолжительности болевые ощущения в области сердца наблюдаются при неврозах, пороках сердца, заболеваниях шейно-грудного отдела позвоночника (например, остеохондрозе) и т.д. Поэтому диагноз заболевания, сопровождающегося болями в груди, может быть установлен только при специальном обследовании.

Систематическое лечение больного, страдающего стенокардией, проводит врач. Однако приступ стенокардии требует немедленной помощи больному, поэтому лечебные мероприятия до обращения к врачу должны быть хорошо известны как самому больному, так и его родным и близким. Поскольку при стенокардии напряжения иногда достаточно прекратить нагрузку, например, остановиться, отдых является первым лечебным мероприятием. Прекращает приступ стенокардии прием нитроглицерина. Отсутствие эффекта в течение 2-3 *мин* требует повторного приема препарата. Принимать нитроглицерин можно и нужно при каждом приступе в самом начале его, не дожидаясь, пока боль станет нестерпимой. Больной всегда должен иметь при себе нитроглицерин. Если повторный прием нитроглицерина не устранил боль, необходимо вызвать скорую медицинскую помощь.

Для предупреждения приступов стенокардии больной должен избегать тех физических и нервных нагрузок, которые вызывают боль (например, быстрая ходьба, подъем тяжестей). Вместе с тем не следует стремиться к полному покою, допустимы небольшие физические нагрузки, в т. ч. длительные, если они не вызывают боль. Рациональные комплексы лечебной физкультуры и массажа под врачебным контролем способствуют улучшению состояния.

Массаж назначают в межприступном периоде.

Цель массажа: рефлекторное расширения коронарных сосудов, улучшение питания миокарда, регулирующее влияние на вазомоторные центры, общеукрепляющее воздействие на сердечнососудистую систему, уравновешивание основных корковых процессов.

При легких приступах массаж можно начинать на следующий день после приступа, при стенокардии покоя – на 4-5 день после приступа.

Массаж должен быть легким, приемы должны выполняться строго ритмично и плавно. При применении массажа соблюдать четкую последовательность в увеличении дозировки, которая зависит от формы и тяжести заболевания. Полезно применять массаж воротниковой зоны.

Примерная схема массажа и содержание массажной процедуры при стенокардии

Массаж области сердца.

Исходные положения: пациента – сидя на стуле; массажиста – стоя позади него.

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное глубокое поглаживание снизу вверх и в сторону к плечевому

суставу, по направлению мышечных волокон большой грудной мышцы.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении, как и глубокое поглаживание.
5. Плоскостное глубокое поглаживание.
6. Попеременное растирание.
7. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
Одновременно массажу подвергаются зоны кожной гипералгезии в области грудины и под левой ключицей.
Массаж задней поверхности воротниковой зоны.
1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание обеими руками.
2. Попеременное растирание.
3. Легкое круговое плоскостное поглаживание.
4. Пиление одной или обеими руками.
5. Поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами с небольшой силой давления снизу вверх веерообразно одной или обеими руками одновременно.
7. Поглаживание.
8. Легкое рубление в межлопаточной области.
9. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
Массаж внутренней поверхности левой руки.
1. Легкое плоскостное непрерывистое поглаживание одной рукой от лучезапястного сустава до подмышечной впадины.
2. Легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.
3. Легкое плоскостное непрерывистое поглаживание.
Продолжительность процедуры массажа: 5-7 минут на первых процедурах и постепенно увеличивается до15 минут. Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит в среднем из 15 процедур и повторяется регулярно через 1-1,5 месяца.

2.2. Классический массаж при инфаркте миокарда

Инфаркт миокарда — вариант острой формы ишемической болезни сердца, протекающий с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения, развивающегося в результате коронаротромбоза. Условием для возникновения такой патологии является атеросклероз коронарных сосудов. Реже возникновение инфаркта миокарда обусловливается длительным коронароспазмом.
Основной клинический признак — интенсивная боль за грудиной (status anginosus), реже в других областях грудной клетки или в эпигастрии. Боль может иррадиировать в руку, плечо, надплечье, ключицу (особенно в левые), в шею и нижнюю челюсть, в спину (чаще в межлопаточное пространство). Боль имеет сжимающий, давящий, распирающий или жгучий характер; многие больные не могут точно описать свои болевые ощущения. Боль

продолжается от 20-30 минут до нескольких часов. В отдельных случаях боль отсутствует или настолько незначительна, что больной не обращает на нее внимание. Боль сопровождается резкой общей слабостью, нередко тошнотой, рвотой, страхом смерти, чувством нехватки воздуха, потливостью. В первые минуты или часы заболевания у многих больных повышается АД; в дальнейшем развивается артериальная гипотензия.

Заболевание возникает, как правило, в возрасте 40-60 лет. Помимо спазма и атеросклероза способствует развитию инфаркта миокарда склонность к тромбообразованию, функциональное перенапряжение миокарда и нервно-психической сферы.

Однако болевые ощущения могут носить вариабельный характер. Пациент может жаловаться на чувство дискомфорта в груди, боли в животе, горле, руке, лопатке и т. п. Нередко заболевание имеет безболевой характер, что характерно для больных сахарным диабетом.

По стадиям развития инфаркта миокарда различают:

- Острейший период
- Острый период
- Подострый период
- Период рубцевания

В 20-30 % случаев при крупноочаговых поражениях развиваются признаки сердечной недостаточности. Пациенты отмечают одышку, непродуктивный кашель. Нередко встречаются аритмии. Как правило, это различные формы экстрасистолии или фибрилляция предсердий. Нередко единственным симптомом инфаркта миокарда является внезапная остановка сердца. Предрасполагающим фактором является физическая нагрузка, психоэмоциональное напряжение, состояние утомления, гипертонический криз.

Лечение пациентов в остром периоде требует срочных мероприятий по ликвидации болевого синдрома и явлений коллапса, создание полного физического и психического покоя.

Массаж и лечебную физкультуру считают обязательными составляющими элементами современного комплексного лечения пациентов с инфарктом миокарда. Массаж и ЛФК оказывают общее тонизирующее воздействие, предупреждают застойные явления, улучшают коронарное и периферическое кровообращение, поднимают настроение пациента, обеспечивают постепенный переход от режима максимального покоя к нормальной двигательной активности и труду. Если ЛФК назначают через 2-3 недели от начала острого периода заболевания, то массаж можно начинать гораздо раньше, на 2-3 день нормальной температуры, потому что ЛФК требует интенсивного волевого напряжения со стороны пациента, а массаж этого не требует. В то же время массаж является своеобразной пассивной гимнастикой для мышц и сосудов, и кроме того он оказывает выраженное рефлекторное сосудорасширяющее влияние на коронарные сосуды через периферическую капиллярную сеть, которая является обширной рефлексогенной зоной в сосудистой сети. Благодаря снятию спазма

коронарных сосудов под влиянием классического, РСМ, точечного массажей уменьшаются и ликвидируются боли, улучшается питание миокарда, обмен и регенерация.

Цель массажа:

7. Уменьшение и ликвидация болей.
8. Расширение коронарных сосудов.
9. Предупреждение и ликвидация застойных явлений.
10. Облегчение работы сердца.
11. Улучшение периферического кровообращения.
12. Подготовка сердечнососудистой системы к физическим нагрузкам.

Показаниями к началу применения ЛФК являются:

7. Удовлетворительное общее состояние.
8. Отсутствие одышки в покое.
9. Резкое уменьшение болевых ощущений.
10. Нормальная температура, отсутствие лейкоцитоза и нормализующаяся СОЭ.
11. Нарастание пульсового давления, отсутствие выраженной тахикардии.
12. Улучшение динамики ЭКГ.

ЛФК проводится в форме лечебной гимнастики, каждое упражнение нужно чередовать с дыхательным упражнением.

В стационаре для плавного перевода пациента от состояния покоя к активному состоянию предусмотрены двигательные режимы - адекватная состоянию физическая активность больных инфарктом миокарда, которая определяется индивидуально для каждого больного.

Двигательный режим очень важен для эффективности комплексного *лечения* больных. В настоящее время установлено, что длительная иммобилизация больных отрицательно сказывается на их лечении в связи с гиподинамией и гипокинезией. Отрицательно влияет ограничение движений и на центральную нервную систему, постоянно напоминая больному о тяжести заболевания, вызывая опасения роковых последствий при проявлении небольшой активности.

В настоящее время в клинической практике твердо наметилась тенденция к ранней активизации больных и сокращению сроков госпитального режима.

Но чем продолжительнее и резче ограничивались движения больного, тем медленнее должно осуществляться расширение двигательного режима.

Массаж и ЛФК проводят в соответствии с особенностями состояния пациента в этих двигательных режимах.

Примерная схема курса массажа и содержание массажной процедуры при остром инфаркте миокарда

Строгий постельный режим. В первые дни этого периода массаж и ЛФК не проводят, т.к. состояние пациента тяжелое. Допускаются медленные осторожные движения конечностей. Под влиянием лекарственной терапии состояние пациента постепенно улучшается, снижается температура, нормализуется СОЭ. В таком случае ему разрешается поворачиваться с посторонней помощью на бок, а также выполнять активные движения в

мелких суставах кистей и стоп, пассивные движения с небольшой амплитудой в крупных суставах, и начинают массаж ног. На каждой конечности делают по 10 обхватывающих непрерывистых поглаживаний с небольшой силой давления. Движения рук массажиста должны быть медленными, плавными и ритмичными. По возможности массаж конечностей повторяют 2 раза в день.

Постельный режим. Для него характерно дальнейшее улучшение состояния пациента. Боли в сердце исчезли или легко снимаются лекарствами, в покое нет одышки и тахикардии. Разрешают движения конечностей с большей амплитудой, самостоятельные повороты на правый бок, постепенный переход в положение сидя (подъем на подголовник, полулежа, дозированное пребывание в положении сидя на кровати).

Для проведения массажа удобно различать начало, середину и конец этого режима. В начале режима к обхватывающему поглаживанию нижних конечностей добавляют попеременное растирание. В середине режима применяют легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной рукой на верхних конечностях, а на нижних конечностях – такое же растирание выполняют двумя руками. Силу давления при выполнении этих приемов постепенно и плавно увеличивают от процедуры к процедуре. В конце этого режима кроме массажа конечностей начинают применять легкий массаж в области спины в положении пациента на правом боку. Этот массаж состоит из плоскостного поверхностного поглаживания и попеременного растирания.

При склонности к запорам – массаж живота по схеме массажа брюшного пресса. Длительность такого массажа должна быть не более 3-5 минут.

При улучшении состояния пациента переводят на следующий двигательный режим.

Полупостельный или палатный режим. В этом режиме больному разрешается сидеть (до 50% дневного времени), вставать, осторожно ходить в пределах палаты. Рекомендуются упражнения без отягощения на крупные мышечные группы, дыхательные упражнения, ходьба, движения головой для развития координации.

В этом периоде массаж конечностей становится более глубоким и энергичным. К приемам поглаживания и растирания добавляют валяние, полукружное разминание и сотрясение.

Еще в конце предыдущего режима начинают применять легкий массаж в области сердца (на передней поверхности грудной клетки слева) – круговое плоскостное поверхностное поглаживание по часовой стрелке вокруг соска и попеременное растирание одной рукой в положении лежа на спине.

Постепенно интенсивность массажа возрастает. Массаж проводят в исходном положении пациента сидя.

В области сердца применяют круговое плоскостное поверхностное поглаживание, попеременное растирание, глубокое плоскостное поглаживание вдоль волокон большой грудной мышцы, спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной рукой вдоль волокон большой грудной

мышцы, глубокое поглаживание, попеременное растирание и круговое поверхностное поглаживание. Длительность массажа области сердца доводят до пяти минут.

Помимо этого начинают массировать область левой лопатки и зону между ее внутренним краем и позвоночником. Здесь вначале достаточно легкого плоскостного поглаживания и попеременного растирания от трех до пяти минут.

Свободный или общий переходный режим. На этот режим переводят пациента в том случае, если его состояние заметно улучшилось, т.е. он самостоятельно ходит, сидит. Разрешается ходьба по отделению без ограничений, спуск по лестнице, прогулки на воздухе под контролем медперсонала.

Массаж можно выполнять в исходном положении пациента сидя на стуле. При этом массируют *верхнюю часть спины* до линии, соединяющей нижние углы лопаток, и захватывают область надплечий, где применяют:

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание двумя руками.
2. Попеременное растирание.
3. Легкое поглаживание – продольное и «ромбом».
4. Пиление.
5. Более глубокое поглаживание – продольное и «ромбом».
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами сверху вниз передним или задним ходом одной рукой, придерживая пациента другой рукой за надплечье.
7. Поглаживание – продольное и «ромбом».
8. Легкое рубление в межлопаточной области.
9. Круговое поверхностное поглаживание.

Далее, находясь позади пациента, массируют *переднюю поверхность воротниковой зоны,* где применяют:

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Легкое плоскостное поглаживание вдоль волокон большой грудной мышцы снизу вверх и в стороны к плечевым суставам.
3. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении, как и поглаживание.
4. Глубокое плоскостное поглаживание.
5. Легкое поглаживание.
6. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

При иррадиации болей в верхнюю конечность можно массировать левую руку, применяя легкое поглаживание и легкое растирание от лучезапястного сустава до подмышечной впадины и плечевого сустава, особо уделяя внимание внутренней поверхности.

Продолжительность массажа 15 минут ежедневно.

Общий режим. Режим назначается при показаниях к тренирующему воздействию физических нагрузок. *Б*ольному разрешается дозированная ходьба (обычная и с ускорением), подъемы по лестнице от 1-го до 3-го этажа, прогулки на воздухе, малоподвижные игры и т. д.

Интенсивность массажа грудной клетки постепенно возрастает. Особое внимание обращают на её переднюю поверхность.

Массаж задней поверхности грудной клетки

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание обеими руками.
2. Попеременное растирание с захватом шеи и надплечий.
3. Легкое поглаживание продольное и ромбом.
4. Пиление.
5. Глубокое поглаживание продольное и ромбом.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами с небольшой силой давления снизу вверх веерообразно.
7. Поглаживание продольное и ромбом.
8. Легкое рубление в межлопаточной области.
9. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание,

Массаж передней поверхности грудной клетки

1. Обхватывающее поглаживание в 2 тура.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Обработка межреберных промежутков.

Эффективно применить массаж диафрагмы, что способствует углублению активного дыхания. При растирании межреберных промежутков руки массажиста располагаются параллельно ребрам и скользят от грудины к позвоночнику. Вначале руки массажиста симметрично находятся на нижнебоковом отделе грудной клетки (ближе к диафрагме) и во время вдоха больного скользят к позвоночнику, а во время выдоха – к грудине, при этом к концу выдоха производят сжимание грудной клетки. Затем массажист переносит обе руки к подмышечным ямкам и выполняет те же движения. Потом выполняют массаж при асимметричном (косом относительно друг друга) положении рук. Одна рука массажиста находится на грудной клетке пациента в подмышечной области, а другая – ближе к диафрагме. На выдохе производят сжимание грудной клетки. Затем расположение рук меняют. Эти приемы следует проводить в течение 2-3 минут.

Очень важно научить больного правильно дышать, чтобы он не задерживал дыхания. Для этого по команде «вдох» руки массажиста скользят к позвоночнику, а по команде «выдох» руки скользят к грудине, производя одновременно сдавление грудной клетки. Целью данных приемов массажа является улучшение вентиляции различных отделов легких и тренирующее действие на сердечную мышцу.

Массаж области сердца

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Пиление одной рукой.
3. Плоскостное глубокое поглаживание снизу вверх и в сторону к плечевому суставу направлению мышечных волокон большой грудной мышцы.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении, как и глубокое поглаживание.
5. Плоскостное глубокое поглаживание.

6. Для выполнения следующего приема исходное положение массажиста справа от пациента, массажист работает правой рукой.
7. Основание ладони правой руки массажист опускает на области верхушки сердца пациента и в течение 1-2 минут, до ощущения выраженного тепла, не теряя контакта с кожей, выполняет стабильно зигзагообразное растирание. Прием выполняется мягко, но быстро.
8. Стабильная непрерывистая вибрация (подталкивание) ладонью правой руки массажиста. Данный прием проводится с учетом сердечного ритма.
9. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание. Одновременно массажу подвергаются зоны кожной гипералгезии в области грудины и под левой ключицей.

Массаж внутренней поверхности левой руки

1. Легкое плоскостное непрерывистое поглаживание одной рукой от лучезапястного сустава до подмышечной впадины.
2. Легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.
3. Легкое плоскостное непрерывистое поглаживание.

Продолжительность процедуры массажа 15 минут. Массаж применяют ежедневно.

Курс состоит в среднем из 15 процедур и повторяется регулярно через 1-1,5 месяца.

2.3. Классический массаж при постинфарктном кардиосклерозе

Постинфарктный кардиосклероз - это прямое следствие перенесённого инфаркта миокарда. Можно даже сказать, что это его логичное завершение, так как омертвевшие участки сердечной мышцы не восстанавливаются, а замещаются грубой рубцовой тканью. Поэтому постинфарктный кардиосклероз - это поражение сердечной мышцы, а часто и клапанов сердца, вследствие развития в них рубцовой ткани в виде участков различной величины и распространенности, замещающих миокард. Кардиосклероз впрочем, может быть следствием и других заболеваний сердца, однако клиническое значение кардиосклероза другого происхождения (атеросклеротический кардиосклероз, существование которого оспаривается некоторыми клиницистами, кардиосклероз как исход дистрофии и гипертрофии миокарда, травмы сердца, других его болезней) невелико. Прямыми следствиями кардиосклероза любого происхождения могут быть такие состояния как сердечная недостаточность, или недостаточность кровообращения и нарушения ритма сердца или аритмии. Указание на постинфарктный кардиосклероз как осложнение ИБС вносят в диагноз не ранее чем через 2 месяца со дня возникновения инфаркта миокарда.

Цель массажа: общее укрепление организма, стимуляция центральной нервной системы, обмена веществ, тренировка сердечнососудистой системы, улучшение функции вспомогательных экстракардиальных факторов кровообращения, ликвидация застойных явлений и отеков в тканях, улучшение кровообращения и лимфотока в мышцах, активизация окислительно-восстановительных процессов.

Показания к массажу: ишемическая болезнь сердца I, II, III классов тяжести при сопутствующей артериальной гипертензии I, IIA, IIБ стадий (АД не выше 180/100). Экстрасистолия не чаще 1:10 не является противопоказанием к массажу.

Противопоказания к массажу: острые нарушения мозгового кровообращения, групповая политопная экстрасистолия, неблагоприятная динамика ЭКГ во время лечения, аневризма сердца, острый инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз IV функционального класса.

Примерные варианты массажа и содержание массажной процедуры при постинфарктном кардиосклерозе.

Рекомендуется выполнять общий массаж для ликвидации всех имеющихся нарушений в состоянии организма.

Начинают общий массаж с области спины. Массаж спины обеспечивает приток крови на периферию, что в значительной степени облегчает работу сердца. В конце массажа можно выполнить легкое поколачивание или рубление в области остистого отростка седьмого шейного позвонка и в межлопаточной области (актуально при некоторых нарушениях ритма).

Далее выполняют массаж конечностей по типу деплеторного (дренажного) массажа, когда вначале массируют проксимальные отделы затем дистальные. Суставы обрабатываются по показаниям, если есть необходимость.

Заканчивают процедуру массажем живота (по схеме массажа брюшного пресса).

Продолжительность процедуры массажа 40-45 минут, при улучшении общего состояния пациента постепенно увеличивают до 60 минут. Массаж применяют ежедневно или через день.

При ишемической болезни сердца, в т.ч. у больных, перенесших инфаркт миокарда (давность от 22-30 дней и более) массаж проводят в исходном положении пациента сидя. Массируют спину или воротниковую зону; затем в положении лежа на спине с приподнятым головным концом туловища, воздействуют на левую половину грудной клетки. Под коленные суставы подкладывают валик. Приемы массажа щадящие. Движения плавные, темп медленный или средний. Применяют поглаживание, растирание, разминание ("валик"), непрерывистую стабильную и лабильную вибрации.

При сопутствующей артериальной гипертензии и остеохондрозе позвоночника из приемов массажа исключают растирание. После процедуры необходим отдых не менее 40-60 минут. Длительность процедур увеличивают постепенно: массаж спины от 7 минут до 10-12 минут, воротниковой зоны — от 5-ти до 10-ти минут, области сердца — от 3-х до 5-ти минут.

В фазе реконвалесценции назначают массаж воротниковой зоны и области сердца при крупноочаговом инфаркте миокарда - начиная с 30-го дня; при мелкоочаговом инфаркте миокарда, при коронарной недостаточности I-II степени (по Фогельсону), без недостаточности и при недостаточности кровообращения I-II степени - с 22-25-го дня.

В фазе постконвалесценции (через 5-12 месяцев и более) после инфаркта

миокарда при коронарной недостаточности I-II степени, без недостаточности и при недостаточности кровообращения I и IIA степени применяют массаж спины и области сердца.
При стенокардии, сопутствующей артериальной гипертензии, головных болях, плохом сне назначают массаж воротниковой зоны и области сердца.
При сопутствующем остеохондрозе применяют массаж спины или спины и области сердца.

2.4. Классический массаж при хронической сердечнососудистой недостаточности

Сердечнососудистой недостаточностью называется возникающее вследствие различных причин состояние, при котором ослабляется сократительная способность сердечной мышцы (миокарда), сердце и сосуды утрачивают способность обеспечивать организм необходимым количеством крови. Синдром сердечнососудистой недостаточности осложняет многие заболевания сердечнососудистой системы, особенно же часто сердечная недостаточность развивается у людей, страдающих ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. Сердечная недостаточность во многих случаях снижает качество жизни или может стать причиной смерти человека. Возникает сердечнососудистая недостаточность при перегрузке и переутомлении сердца (вследствие артериальной гипертонии, пороков сердца и др.), нарушении его кровоснабжения (инфаркт миокарда), миокардитах, токсических влияниях (например, при базедовой болезни) и т.д. А это приводит к застою крови, поскольку ослабленная сердечная мышца не обеспечивает кровообращения. Преимущественная недостаточность левого желудочка сердца протекает с застоем крови в лёгких (что сопровождается одышкой, цианозом, кровохарканьем и т. д.), а правого желудочка — с венозным застоем в большом круге кровообращения (отёки, увеличенная печень и др.). В результате сердечной недостаточности возникают гипоксия органов и тканей, ацидоз и другие нарушения метаболизма.
При хронической сердечнососудистой недостаточности выделяют три стадии заболевания.
Первая (латентная) стадия: одышка и сердцебиение при обычной нагрузке, понижение работоспособности к концу дня.
Вторая стадия делится на фазы – А и Б. Фаза А: одышка и сердцебиение при незначительной физической нагрузке, повышение общей утомляемости, отекание ног к концу дня (к утру отеки исчезают), печень несколько увеличена и болезненна при пальпации. Первая стадия и вторая стадия в фазе А полностью обратимы при условии своевременно начатого и целенаправленного лечения, когда массаж дает наилучший лечебный эффект.
При второй стадии в фазе Б и третьей стадии массаж противопоказан.
Цель массажа: общее укрепление организма, стимуляция центральной нервной системы, обмена веществ, тренировка сердечнососудистой системы, улучшение функции вспомогательных экстракардиальных факторов

кровообращения, ликвидация застойных явлений и отеков в тканях, улучшение кровообращения и лимфотока в мышцах, активизация окислительно-восстановительных процессов.

Пациентам с I стадией назначают общий массаж, при котором используют все, без исключения, массажные приемы средней интенсивности.

Массаж начинают с области спины, затем выполняют массаж конечностей и заканчивают массажем живота. Массаж спины обеспечивает приток крови на периферию, что в значительной степени облегчает работу сердца. В конце массажа можно выполнить легкое поколачивание или рубление в области остистого отростка седьмого шейного позвонка и в межлопаточной области. Энергичный массаж противопоказан, так как может вызвать коллаптоидное состояние, особенно после прерывистой ручной вибрации.

Массаж живота выполняют по методике массажа брюшного пресса. Очень сильное разминание мышц брюшного пресса может вызвать головокружение из-за резкого падения артериального давления.

Продолжительность процедуры массажа 40-45 минут, при улучшении общего состояния пациента постепенно увеличивают до 60-ти минут. Массаж применяют ежедневно или через день. Курс массажа состоит из 10-ти – 12-ти процедур и повторяется регулярно через 1-1,5 месяца.

Пациентам со второй стадией (фаза А) назначают массаж конечностей для предотвращения тканевых отеков, облегчения работы сердца, улучшения периферического кровообращения, функции вспомогательных экстракардиальных факторов кровообращения и общего тонуса организма. Все массажные приемы, особенно поглаживание, производят строго ритмично и в относительно замедленном темпе, приемы разминания выполняют только от периферии к центру. Во время массажа следить за состоянием, пульсом и дыханием пациента.

Исходное положение пациента – лежа на спине.

Примерная схема массажа и содержание массажной процедуры

Массаж нижних конечностей

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание от пятки или основания пальцев стопы до ягодичной складки или паховых лимфатических узлов.
2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее прерывистое поглаживание.
4. Спиралевидное растирание средней интенсивности четырьмя пальцами.
5. Обхватывающее непрерывистое глубокое поглаживание.
6. Продольное непрерывистое разминание.
7. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание (выполнять особенно медленно).
8. Поперечное непрерывистое разминание.
9. Обхватывающее прерывистое поглаживание с перекрытием.
10. Сотрясение.
11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Массаж верхних конечностей

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание от лучезапястного сустава до ключично-акромиального сочленения.
2. Двойное кольцевое растирание.
3. Поглаживание.
4. Двойное кольцевое разминание.
5. Поглаживание.
6. Сотрясение или встряхивание.
7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Продолжительность процедуры массажа верхних конечностей по5-6минут, для нижних конечностей – по 7-8 минут на каждую конечность.

Курс массажа состоит в среднем из 10-ти процедур и повторяется регулярно через 3-4 недели.

2.5. Классический массаж при артериальной гипертензии

Артериальная гипертензия — синдром повышения артериального давления. Большинство (90-95 %) случаев повышения артериального давления составляет эссенциальная или первичная артериальная гипертензия. В остальных случаях диагностируют вторичные, симптоматические артериальные гипертензии: почечные (нефрогенные), эндокринные, гемодинамические, неврологические, стрессовые, обусловленные приёмом некоторых веществ. Выделяют ещё артериальную гипертензию беременных, при которой повышение артериального давления является одним из многих симптомов основного заболевания беременной женщины.

Клиническая картина первичной артериальной гипертензии зависит от стадии и формы заболевания.

Определение и классификация уровней АД (мм рт. ст.)

Категории АД	*Систолическое АД*	*Диастолическое АД*
Оптимальное АД	<120	<80
Нормальное АД	120-129	80-84
Высокое нормальное АД	130-139	85-89
Гипертензия 1-й степени тяжести	140-159	90-99
Гипертензия 2-й степени тяжести	160-179	100-109
Гипертензия 3-й степени тяжести	>180	>110
Изолированная систолическая гипертензия	>140	<90

В клинической практике принята классификация артериальной гипертензии, основанная на наличии поражений органов-мишеней. Выделяют три стадии заболевания артериальной гипертензии.

I стадия: «мягкая», признаки изменений сердечнососудистой системы, вызванные гипертензией, еще отсутствуют. Диастолическое давление в покое колеблется от 90 до 104 мм рт. ст., систолическое давление – в пределах 140–159 мм рт. ст., среднее гемодинамическое – от 110 до 124 мм рт. ст. Давление лабильно.

II стадия: «умеренная», сопровождается значительным увеличением числа жалоб кардиального и нейрогенного характера. Диастолическое давление в покое колеблется от 105 до 110 мм рт. ст., систолическое давление – до 180 мм рт. ст., среднее гемодинамическое давление – 125-140 мм рт. ст. Основным признаком перехода болезни в данную стадию является гипертрофия левого желудочка по данным ЭКГ, ЭХОКГ и рентгенографии; над аортой слышен четкий II тон; изменения артерий глазного дна; протеинурия. Ультразвуковые или ангиографические признаки атеросклеротического поражения аорты, коронарных, сонных, подвздошных или бедренных артерий.

III стадия: «тяжелая». Выраженные органические поражения различных органов и систем, сопровождающиеся различными нарушениями (стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, инсульт, транзиторные ишемические атаки, гипертоническая энцефалопатия, сосудистая деменция; кровоизлияние или экссудаты с отеком или без него зрительного нерва; почечная недостаточность; аневризма аорты; окклюзирующие поражения артерий с клиническими проявлениями). Резистентность к лечению: диастолическое давление > 110 мм рт. ст., систолическое давление > 180 мм рт. ст. При развитии тяжелых осложнений (инфаркт миокарда, инсульт и др.) артериальное давление, особенно систолическое, снижается, причем нередко до нормального уровня («обезглавленная гипертензия»).

Артериальная гипертензия может протекать с гипертоническими кризами (ГК), т. е. с внезапным подъемом АД от нормальных или повышенных его уровней. Гипертонический криз может быть как у больного гипертонической болезнью, так и при симптоматических гипертензиях. Различают два типа гипертонических кризов: кризы I типа протекают преимущественно как симпатико-адреналовые с вегетативно-сосудистой симптоматикой; кризы II типа – с нарушением состояния мозга, сердца, почек.

Лечение гипертонии кроме применения по показаниям медикаментозных средств включает и немедикаментозные методы лечения: отказ от курения; снижение потребления поваренной соли; изменение режима питания (увеличение потребления растительной пищи, уменьшение употребления насыщенных жиров, увеличение в рационе калия, кальция, магния); снижение или нормализация массы тела (достижение индекса массы менее 25 кг/м^2); предполагает правильное чередование работы, отдыха и сна; физические тренировки и систематические занятия физкультурой; массаж и самомассаж.

Массаж укрепляет организм, улучшает работу сердечнососудистой, центральной нервной, дыхательной систем, нормализует обмен веществ и

функции вестибулярного аппарата, снижает давление, приспосабливает организм к разным физическим нагрузкам.

Среди немедикаментозных методов массаж дает хороший лечебный эффект в начальных стадиях заболевания: уменьшаются или прекращаются неприятные ощущения в области сердца, тяжесть в голове, головные боли, головокружения, шум в ушах, улучшается сон, повышается работоспособность, снижается артериальное давление. Подобная характеристика метода эквивалентна современным антистрессовым и антиастеническим препаратам.

Минимизация последствий симпатической активации – важная задача при лечении артериальной гипертензии.

С этих же позиций подбирается и дозировка массажа с учётом индивидуальных особенностей пациента.

Массаж входит в программу лечения пациентов с артериальной гипертензией. Пациенты обычно очень хорошо переносят массаж. Его необходимо выполнять в отдельном кабинете при полной тишине.

Основной целью его применения является снижение и стабилизация артериального давления, уменьшение периферического сосудистого сопротивления. *Сочетание массажа с физическими упражнениями* создает условия для уменьшения доз лекарственных препаратов, необходимых для лечения данных пациентов, и ускорения стабилизации АД на более низких цифрах.

Основной и наиболее частой областью воздействия при первичной артериальной гипертензии является шейно-воротниковая зона. В методике отдают предпочтение глубоким приёмам. Массаж шейно-воротниковой области назначается при артериальной гипертензии I и II стадии. Из арсенала приемов отдают предпочтение глубоким поглаживаниям и мягким, но глубоким разминаниям, исключая практически полностью растирания. Массаж можно делать при гипертоническом кризе I типа в течение 5-7 минут в положении пациента сидя.

При назначении курса массажа, кроме воротниковой зоны, полезным оказывается неинтенсивный массаж ног с целью расслабления мышц и активизации кровотока в них, снижения общего периферического сосудистого сопротивления. Массаж проводится в положении пациента лежа на спине с высоким изголовьем. Основные приемы: поглаживание и растирание, т. е. воздействие на кожу и подкожную соединительную ткань.

После однократной процедуры массажа в течение 7-12-ти минут систолическое давление снижается на 15-20 мм рт. ст., диастолическое давление – на 10-15 мм рт. ст. Этот эффект проявляется через 5-20 минут после окончания процедуры.

Курс массажа – 10-12 процедур, ежедневно или через день. После массажа пациенту необходимо отдохнуть 20-30 минут. Если во время массажа появляется чувство усталости, необходимо либо сократить время процедуры, либо отменить массаж. Так же следует поступить, если после

массажа усиливаются или появляются головные боли, неприятные ощущения в области сердца, нарушается сон.

По В. Н. Мошкову, при гипертонической болезни рекомендуется применять массаж головы, шеи, области надплечий, межлопаточной области и области живота. Если у пациентов, страдающих гипертонической болезнью, наблюдается пояснично-крестцовый радикулит, то в таких случаях сначала проводят массаж пояснично-крестцовой области, затем — воротниковой зоны и головы.

Цель массажа: понижение артериального давления, нормализация основных корковых процессов, внутрибрюшного давления и функции кишечника, улучшение периферического и мозгового кровообращения, а также в сердечной мышце, ликвидация отеков и застойных явлений.

Примерная схема массажа и содержание массажной процедуры

5. Массаж межлопаточной области
6. Массаж шеи и надплечий
7. Массаж головы
8. Массаж живота

Исходные положения: пациента — сидя на стуле (при массаже головы, шеи, надплечий или межлопаточной области), лежа на спине (при массаже живота); массажиста — сидя или стоя позади пациента (в первом случае), стоя сбоку со стороны правой руки пациента (во втором случае).

Массаж межлопаточной области

1. Глубокое плоскостное поглаживание продольное в дистальном направлении (по задней поверхности шеи паравертебрально к нижним углам лопаток) и «ромбом» (по задней поверхности шеи, по надплечьям к плечевым суставам и к нижним углам лопаток).
2. Попеременное растирание межлопаточной области.
3. Глубокое поглаживание — продольное и "ромбом".
4. Полукружное разминание сверху вниз передним или задним ходом. Лучше выполнять одной рукой, придерживая пациента свободной рукой за надплечье или плечо.
5. Глубокое поглаживание — продольное и "ромбом".
6. Глубокое поперечное прерывистое разминание обеими руками справа и слева от позвоночника сверху вниз.
7. Глубокое поглаживание — продольное и "ромбом".
8. Рубление вдоль межлопаточной области.
9. Глубокое поглаживание — продольное и "ромбом".

Массаж области шеи и надплечий

1. Обхватывающее поглаживание обеими руками сверху вниз от затылочной кости и в стороны по надплечьям к плечевым суставам.
2. Попеременное растирание шеи и надплечий.
3. Глубокое плоскостное поглаживание задним ходом.
4. Пиление на той же поверхности.
5. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами передним ходом с

достаточной силой давления.
7. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.
8. Глубокое поперечное прерывистое или щипцеобразное разминание верхней части трапециевидной мышцы.
9. Плоскостное поглаживание задним ходом.
10. Похлопывание.
11. Обхватывающее поглаживание.
12. Круговое растирание тенаром затылочных, височных и лобных мышц.

Массаж области затылка

1. Длинное заднее поглаживание обеими руками, начиная от макушки.
2. Зигзагообразное растирание затылка подушечками четырех пальцев.
3. Длинное заднее поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.
5. Длинное заднее поглаживание.
6. Спиралевидное растирание большим пальцем.
7. Длинное заднее поглаживание.
8. Сдвигание.
9. Длинное заднее поглаживание.
10. Пунктирование.
11. Поглаживание затылка и задней поверхности шеи.

Массаж области лба

1. Длинное переднее поглаживание одновременно обеими руками.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук одновременно.
3. Длинное переднее поглаживание.
4. Спиралевидное растирание передним ходом от средней линии лба к вискам.
5. Поглаживание от средней линии лба к вискам обеими руками.
6. Перемежающееся надавливание от средней линии лба к вискам.
7. Плоскостное глубокое поглаживание вдоль волокон лобных мышц.
8. Пунктирование.
9. Длинное переднее поглаживание.

Массаж волосистой части головы

1. Длинное переднее поглаживание.
2. Зигзагообразное растирание одной рукой волосистой части головы в сагиттальном направлении. Свободная рука фиксирует голову пациента.
3. Раздельно-последовательное поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Поглаживание.
6. Спиралевидное растирание большим пальцем.
7. Поглаживание.
8. Перемежающееся надавливание.
9. Поглаживание.
10. Сдвигание.
11. Поглаживание.
12. Пунктирование.

13.Поглаживание.

Процедуру заканчивают длинным передним и длинным задним поглаживанием.

Массаж головы и воротниковой зоны делают ежедневно в течение 15-20 минут. Если пациент жалуется на боли в области сосцевидных отростков, теменных бугров и надбровных дуг, на этих участках применяют круговое растирание одним или двумя пальцами и стабильную механическую вибрацию резиновым воронкообразным вибратодом.

Массаж живота

Массаж живота нормализует внутрибрюшное давление, устраняет высокое стояние диафрагмы, улучшает состояние брюшного пресса, ликвидирует застой и улучшает деятельность кишечника рефлекторным путем — через вегетативную нервную систему — снижает кровяное давление. Массаж выполняют энергично, но не грубо. Приемы должны быть глубокими, но в то же время мягкими, эластичными, ритмичными и безболезненными.

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Круговое плоскостное глубокое поглаживание.
4. Накатывание.
5. Круговое плоскостное глубокое поглаживание.
6. Поперечное прерывистое разминание.
7. Круговое плоскостное поглаживание.
8. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами по ходу толстого кишечника.
9. Глажение без отягощения в том же направлении и по той же линии.
10. Перемежающееся надавливание по ходу толстого кишечника.
11. Глажение с отягощением там же.
12. Подталкивание.
13. Круговое плоскостное поглаживание всего живота.

Массаж применяют ежедневно в течение 10-15 минут. Курс массажа состоит из 15 процедур и повторяется регулярно через 1,5—2 месяца.

2.6. Классический массаж при артериальной гипотензии

Артериальная гипотензия или гипотония – это продолжительное состояние понижения кровяного давления, при котором систолическое не превышает 100 мм рт. ст., а диастолическое - 60 мм рт. ст. Развивается она в результате понижения тонуса средних и мелких артерий из-за нарушений адаптационной способности аппарата кровообращения.

Артериальная гипотония может быть первичной и вторичной. *Первичная* или *эссенциальная гипотония* может проявляться либо как наследственная предрасположенность к пониженному давлению, не выходящему за пределы нормы, либо как хроническое заболевание. В первом случае говорят о *физиологической гипотонии***,** а во втором – о *нейроциркуляторной астении***.** Это заболевание, характеризующееся определенными симптомами, среди которых слабость**,** головокружение**,** повышенная утомляемость**,** головная

боль**,** вялость**.** Впрочем, единой точки зрения на то, является ли артериальная гипотония болезнью, до сих пор нет. Сторонники этой точки зрения аргументируют ее тем, что артериальная гипотония вызывает целый комплекс клинических симптомов, требует лечения и, следовательно, может считаться болезнью. Их оппоненты возражают против такого определения гипотонии и считают ее не заболеванием, а физиологическим свойством организма. Эта точка зрения обусловлена тем, что артериальная гипотония не вызывает никаких патологических изменений в организме и не ведет, в отличие от гипертонической болезни, к тяжелым последствиям.

Различают два варианта течения болезни в зависимости от преобладания в коре головного мозга процессов торможения (чаще) или возбуждения. При этом клинически при одной форме отмечается астенический синдром с заторможенностью, вялостью, подавленностью, сонливостью, стойким снижением АД. Головная боль локализована чаще в лобно-теменной и височной областях, наклонность к урежению пульса в покое, к вечеру АД не меняется. При осмотре окулист выявляет на глазном дне *атонию* сосудов глазного дна.

При другой форме превалирует повышенная раздражительность, поверхностный беспокойный сон, головные боли в затылочно-теменной области, выраженная тенденция к нарастанию АД к вечеру; наклонность к учащению пульса в покое, осмотр окулиста выявляет *спазм* сосудов глазного дна.

Что касается *вторичной артериальной гипотонии*, она, так же как и вторичная гипертония, возникает как следствие ряда заболеваний (например, при язвенной болезни**,** анемии**,** гепатите**,** циррозе печени), как побочное действие некоторых лекарственных препаратов и т.д. В этом случае артериальная гипотония однозначно рассматривается не как болезнь, которая нуждается в лечении, а как симптом заболевания, устранение которого произойдет вследствие лечения его основной причины.

Страдают от артериальной гипотонии чаще всего женщины в возрасте 30–40 лет, а иногда и более молодые (от 19 до 30 лет), занимающиеся умственным трудом. Мужчин артериальная гипотония поражает реже, отчасти, видимо, из-за того, что мужчины гораздо чаще женщин страдают гипертонической болезнью. В старости при пораженных атеросклерозом сосудах может возникнуть *атеросклеротическая гипотония*, характеризующаяся потерей тонуса сосудов и мышцы сердца в результате атеросклеротических изменений.

Гипотония может возникнуть и у вполне здоровых людей, например, у спортсменов при постоянной высокой физической нагрузке.

В этом случае пониженное давление является своеобразной предохранительной мерой организма. Дело в том, что при постоянных перегрузках организм начинает работать в более «экономном» режиме, у человека становится реже я ритм сердечных сокращений и понижается давление. Этот вариант развития гипотонии носит название *гипотонии тренированности***.**

Давление понижается и при адаптации человека к резкой смене климатических или погодных условий, например, у жителя средней полосы давление может понизиться в условиях высокогорья, в Заполярье или, наоборот, в тропиках. Кроме того, на уровень давления, понижая его, могут влиять и другие факторы: повышенная влажность, влияние электромагнитных полей, радиации и т.д. Гипотония может быть и проявлением некоторых типов аллергических реакций**.**

По сравнению со многими другими нарушениями работы сосудов**,** например гипертонической болезнью, гипотония кажется безобидным недомоганием. Но, тем не менее, она причиняет множество неудобств людям с пониженным давлением и отчасти мешает им вести полноценную жизнь. Кроме того, постоянно пониженное артериальное давление может привести к развитию более серьезных нарушений работы различных систем организма. Поэтому лечение гипотонии, как и любых сосудистых заболеваний, необходимо проводить под руководством врача-кардиолога**,** своевременно и грамотно.

Лечение гипотензивных состояний направлено на устранение причины и основного патогенетического фактора. Назначаются тонизирующие средства, вазопрессорные препараты, рекомендованы массаж, физические упражнения, чай, кофе.

Помогает при гипотонии и всякого рода тренировка сосудов, например, контрастный душ, обливание холодной водой, баня или сауна, массаж и гидромассаж**.** Но и здесь, как во всем, гипотоникам очень важно чувство меры и умение прислушиваться к своему организму. Перепады температур не должны быть слишком резкими, а «знакомство» с банными процедурами нужно начинать постепенно, избегая всего того, что вызывает неприятные ощущения.

Что касается обливания, то лучше обливаться целиком, с головой, чтобы не возникало разницы в тонусе сосудов головы и всего остального тела.

Массажные процедуры, как и умеренные физические нагрузки, действуют на гипотоников положительно. Массаж при гипотонии укрепляет организм, улучшает работу сердечнососудистой, нервной (регуляция кровообращения), мышечной систем, обмен веществ, помогает научиться чередовать расслабление и сокращение мышц.

Цели массажа: уменьшить головную боль, повысить артериальное давление, способствовать нормализации психо-эмоционального состояния, повысить работоспособность, предотвратить возможные кризы, усилить рефлекторные связи коры головного мозга с сердечнососудистой системой, улучшить общую гемодинамику и состояние ангиорецепторов, ликвидировать застойные явления в брюшной полости.

Методика массажа и его дозировка зависят от состояния пациента и клинического проявления болезни. Возможно и применение *общего массажа* с акцентом на пояснично-крестцовую область, нижние конечности и живот. Первые процедуры общего массажа непродолжительные, не более 30 минут, массаж легкий, по мере улучшения состояния, подключаются приемы разминания и увеличивают продолжительность массажа. Первоначально

массаж состоит, главным образом, из приемов поглаживания и растирания, затем включают легкое разминание и прерывистую легкую вибрацию с большой частотой. При общем массаже уделяют внимание крупным мышечным группам.

Примерная схема массажа и содержание массажной процедуры при артериальной гипотензии

В исходном положении пациента лежа на животе, выполняется:

1. Массаж спины и надплечий
2. Массаж пояснично-крестцовой области и ягодиц

В исходном положении пациента лежа на спине, выполняется:

1. Массаж нижних конечностей по общему плану
2. Массаж брюшного пресса
3. Массаж передней поверхности грудной клетки (подготовительный)
4. Массаж верхних конечностей (по общему плану)
5. Массаж области лба и волосистой части головы

Можно выполнить массаж только пояснично-крестцовой области для рефлекторного влияния на надпочечники, затем нижних конечностей и живота.

В исходном положении пациента лежа на животе, массируют пояснично-крестцовую область.

1. Спиралевидное поглаживание, начиная от области ягодиц до уровня 10-го грудного позвонка.
2. Попеременное растирание в косом направление там же.
3. Раздельно-последовательное поглаживание.
4. Пиление.
5. Глажение (1 вариант).
6. Спиралевидное растирание четырьмя 4-мя пальцами обеих рук.
7. Глажение (2 вариант).
8. Полукружное разминание.
9. Раздельно-последовательное поглаживание.
10. Легкое похлопывание или рубление.
11. Спиралевидное легкое поглаживание.

В исходном положении пациента лежа на спине, проводится массаж нижних конечностей по методике общего массажа. Приемы выполняются в проксимальном направлении, стараясь охватить ногу со всех сторон.

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Продольное прерывистое разминание.
7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
8. Прерывистое поперечное разминание.
9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
10. Сотрясение или похлопывание.

11.Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
В том же исходном положении пациента выполняют массаж области живота – легкий непродолжительный массаж мышц брюшного пресса.
1. Поверхностное круговое плоскостное поглаживание по всей поверхности живота.
2. Попеременное растирание.
3. Легкое круговое плоскостное поглаживание.
4. Легкое пиление.
5. Поглаживание прямых и косых мышц живота.
6. Легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Комбинированное поглаживание.
8. Легкое поперечное прерывистое разминание.
9.Легкое комбинированное поглаживание.
10.Сотрясение.
11. Легкое круговое плоскостное поглаживание.
Продолжительность массажа пояснично-крестцовой области, нижних конечностей и живота –25-30 минут, курс 20-25 процедур ежедневно. Рекомендовано повторять через 1,5-2 месяца.
Хороший результат дает аппаратный массаж полушаровидным вибратодом. Проводится он в области крупных вен шеи по обеим сторонам по направлению к сердцу, затем нежные вибрации производят в 4-5 межреберьях 2-3 минуты. Вибрация сердечной области повышает тонус сердечной мышцы, снимает болезненные ощущения в области сердца, улучшает сердечный ритм и проводимость интракардиальных нервных путей, координирует работу различных отделов сердца.

2.7. Классический массаж при облитерирующем эндартериите

Облитерирующий эндартериит – это тяжелое нервно-сосудистое системное заболевание, носит хроническое волнообразное течение, наклонность к спазму, к тромбообразованию, завершающемуся сегментарной облитерацией артерий с переходом в гангрену.
При облитерирующем эндартериите вначале поражаются мелкие артериальные сосуды (артериолы и прекапилляры) дистальных отделов конечностей (излюбленной локализацией являются стопа, голень). Процесс облитерации развивается в проксимальном направлении; одновременно процесс может захватывать и другие сосудистые участки артериальной системы (коронарные, мозговые сосуды и др.), что чаще, однако, обнаруживается в поздний период заболевания.
Патологический процесс развивается сравнительно быстро вследствие повышенной способности к спазму сосудов. Усилению, а также учащению спазма способствует нарастание болевого синдрома, который сопровождает это страдание на всем протяжении, начиная с момента первых клинических проявлений и завершая последним этапом развития процесса — развитием гангрены. Спастическое состояние сосудов поддерживается также патологической импульсацией, исходящей из ишемизированных тканей.

Обращает на себя внимание также сосудистая арефлексия, которая отмечается уже в ранней стадии заболевания. Пораженные сосуды при облитерирующем эндартериите совершенно не реагируют не только на местное применение таких раздражителей, как холод, тепло, но даже и на такой мощный раздражитель, как нитроглицерин, что, по-видимому, объясняется поражением нервно-рецепторного аппарата сосудов, нарушением афферентной части рефлекторной дуги сосудистого рефлекса.

Облитерирующий эндартериит чаще возникает после длительного охлаждения, травмы, инфекции. Болеют преимущественно мужчины в возрасте 30-40 лет. В основном поражаются сосуды нижних конечностей. Вначале появляется спазм артериальных сосудов, возможен спазм венозных сосудов или тромбоз с воспалением сосудов, затем развивается облитерация (запустевание сосудов, спазм коллатералей). Симптомы облитерирующего эндартериита: быстрая утомляемость при ходьбе, боли в пальцах стоп и икроножных мышцах, похолодание конечностей, перемежающаяся хромота, отсутствие пульса на тыльной артерии стопы. В дальнейшем в связи с длительным спазмом сосудов и их облитерацией (запустеванием) может развиться гангрена. Различают четыре стадии заболевания в зависимости от состояния кровообращения в пораженных конечностях.

I степень – функциональная компенсация; II степень – декомпенсация при физической нагрузке; III степень – декомпенсация в покое; IV степень - появление некрозов.

Массаж показан в первой и второй стадиях болезни при отсутствии клинических и лабораторных признаков тромбообразования!

Лучше отдавать предпочтение методикам соединительнотканного и сегментарного массажа.

Классический массаж должен быть достаточно глубоким, но не грубым, чтобы не усилить сосудистый спазм.

Цель массажа: улучшение сосудистой иннервации, улучшение коллатерального кровообращения, улучшения питания и обменных процессов в тканях пораженной конечности, предупреждение трофических расстройств и гангрены, ликвидация болей и перемежающейся хромоты.

Примерная схема массажа и содержание массажной процедуры

3. Массаж пояснично-крестцовой области.
4. Массаж нижних конечностей.

Массаж пояснично-крестцовой области.

1. Общее поверхностное плоскостное поглаживание с постепенным усилением давления.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное глубокое поглаживание в три тура.
4. Пиление, особенно в области крестца.
5. Раздельно-последовательное поглаживание ладонями.
6. Глубокое спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеих рук. Особое внимание уделить мягким тканям справа и слева от позвоночника и в области крестца.

7. Глажение (2 вариант).
8. Похлопывание – редкое и с достаточной силой.
9. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами по паравертебральным линиям снизу вверх.
10. Глубокое спиралевидное растирание большими пальцами по паравертебральным линиям.
11.Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
12. Перемежающееся надавливание двумя большими пальцами по тем же линиям и в том же направлении.
13. Общее плоскостное поглаживание
*Массаж нижних конечностей (*должен быть достаточно глубоким*)*
1. Обхватывающее непрерывистое общее поглаживание.
2. Попеременное растирание до появления у пациента ощущения приятной теплоты и легкой гиперемии.
3. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Глубокое спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеих рук.
5. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
6. Валяние.
7. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
8. Полукружное разминание.
9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
10. Сотрясение или встряхивание.
11. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.

На задней поверхности нижней конечности все приемы выполняют от пятки до ягодичной складки, на передней поверхности - от основания пальцев до паховой складки.

Во второй стадии заболевания массажу подвергают те же области, но проводят его более осторожно, исключая на первых процедурах приемы прерывистой ручной вибрации и разминания.

В первой и второй стадиях заболевания можно применять механическую вибрацию плоским вибратодом по ходу сосудисто-нервных пучков и по паравертебральным линиям в пояснично-крестцовой области.

Перед массажем полезно применять тепловую процедуру.

Продолжительность процедуры массажа 10-15 минут для каждой конечности и соответствующей половины пояснично-крестцовой области. Массаж применяют ежедневно. *Курс* массажа состоит из 15-20 процедур и повторяется регулярно через 1,5-2 месяца.

Противопоказания к массажу: острые флебиты и тромбофлебиты, облитерирующий эндартериит третьей стадии, лимфадениты и лимфангоиты.

2.8. Массаж при геморрое

Геморрой — это варикозное расширение вен прямой кишки. Развитию геморроя способствуют длительная работа в сидячем положении, запоры, повторные тяжелые роды, сильное натуживание при акте дефекации,

слабость венозной стенки, при этом образуются геморроидальные узлы, которые могут ущемляться. В них появляются трещины, и возникает кровотечение. Кроме того, пациента беспокоят боли и зуд в области ануса, которые усиливаются при натуживании во время акта дефекации, что задерживает стул и усугубляет варикозное расширение вен прямой кишки.
Массаж назначают только при отсутствии воспаления, кровотечения и трещин заднего прохода.
Цель массажа: укрепление венозной стенки, улучшение кровообращения в органах малого таза и брюшной полости, ликвидация застойных явлений в венах прямой кишки и запоров.
При геморрое применяют ректальный (прямокишечный) массаж через анус.
Исходные положения: пациента — лежа на боку или стоя на полу опереться грудью на массажный стол; массажиста — стоя (в первом случае) или сидя слева позади пациента (во втором случае).
Массаж выполняют в резиновых перчатках указательным пальцем правой руки. Перед массажем массирующий палец смазывают вазелином, осторожно, не причиняя болей, вводят его через анус в прямую кишку и производят поглаживание и растирание стенок прямой кишки снизу вверх и сверху вниз. Ручной массаж можно дополнять механической вибрацией при помощи специального вибратода.
Продолжительность процедуры массажа 5-8 минут. Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит из 15-20 процедур и повторяется регулярно через 1,5-2 месяца.

2.9. Классический массаж при варикозном расширении вен нижних конечностей

Варикозное расширение вен развивается преимущественно на нижних конечностях потому, что вены здесь сильнее всего подвергаются гидростатическому давлению.
В большинстве случаев наблюдается расширение большой подкожной вены, реже поражается малая подкожная вена.
Решающая роль в патогенезе этого страдания принадлежит нервно-трофическому фактору, вызывающему нарушение сосудистого и мышечного тонуса венозной стенки. Ряд моментов способствует развитию этого заболевания, а именно: длительное стояние, физическое перенапряжение (ношение больших тяжестей), частые беременности, ожирение и др., что создает условия для еще большего ослабления тонуса венозной стенки, ее эластичности и, следовательно, понижения ее сопротивляемости давлению венозной крови. В результате нарушения венозного тонуса происходит дальнейшее расширение вены, ее удлинение и змеевидная извитость вследствие того, что она перестает «укладываться в своем физиологическом ложе» (А. А. Опокин). Расстройство тонической и, в частности, вазопрессорной функции варикозно расширенной вены и наличие в связи с этим недостаточности мышечно-клапанного аппарата вызывают ретроградный ток венозной крови, создают затруднения для оттока крови, что ведет к развитию венозного и

лимфатического стаза, обусловливающего появление отека нижних конечностей. Отек вначале выступает при вертикальном положении тела только в течение дня и за ночь исчезает. Несвоевременное и неполноценное лечение возникшей венозной недостаточности и особенно несоблюдение соответствующих профилактических мероприятий приводят к дальнейшему увеличению отека, который постепенно становится стационарным, в результате чего обменные процессы в тканях, а также в стенке варикозно расширенных вен еще более ухудшаются. В свою очередь повышенное местное венозное давление вызывает необратимое увеличение просвета вены, усиливает патологическое раздражение рецепторов варикозно расширенных вен, усугубляет тяжесть трофических расстройств. Раньше всего начинает страдать кожа, которая теряет свою эластичность, становится сухой, атрофичной, пигментированной (явления гемосидероза), а затем нарушается трофика и других тканей. Возникающий с течением времени варикозный дерматит, дерматосклероз, индуративный целлюлит приводят, в конечном счете, к трудно заживающей трофической язве. Трофические изменения бывают наиболее выражены на медиальной поверхности дистального отдела голени вследствие функциональной недостаточности подкожных и перфорантных вен. Все эти последствия варикозного расширения вен Noble (1918) объединил под одним названием «варикозный симптомокомплекс». Этот термин за последнее время прочно утвердился в специальной литературе.

Методика массажа при варикозном расширении вен зависит от локализации, характера и тяжести поражения.

Предпочтительно в лечении применять методики соединительнотканного и сегментарного массажа, как более эффективные и безопасные!

При неосложненном (!) расширении подкожных вен голени (отсутствие недостаточности клапанного аппарата и трофических расстройств) рекомендуется применение массажа с целью разгрузки венозной и лимфатической сети, а также улучшения трофики тканей.

Массаж комбинируют с физическими упражнениями, направленными на улучшение венозного и лимфатического оттока, снижение венозного давления и активирование обменных процессов в тканях.

При неосложненном варикозном расширении вен рекомендуются при различных исходных положениях следующие физические упражнения: тыльная и подошвенная флексия, а также ротационные движения стоп в голеностопном суставе, поднимание попеременно нижних конечностей, шаг на месте при высоком поднимании коленей т. д.

При осложненном варикозном расширении вен — движения в голено-стопном суставе, «хождение» производятся лежа.

Повышению эффективности массажа способствует также его чередование с местной дарсонвализацией, которая может производиться и по ходу варикозно расширенной вены. Благоприятное воздействие оказывает гидромассаж и особенно синкардиальный массаж.

Выбор методики и массажных приемов зависит от состояния пациента и клинических проявлений болезни

Наилучший лечебный результат от массажа получают в начальных стадиях заболевания.

Массаж пояснично-крестцовой области применяют с целью рефлекторного воздействия на систему кровообращения в нижних конечностях. А также на систему кровообращения в брюшной и тазовой областях, которые непосредственно связаны с венозным кровообращением нижних конечностей.

Примерная схема массажа и содержание массажной процедуры

4. Массаж пояснично-крестцовой области.
5. Массаж области бедра и ягодиц.
6. Массаж области голени и стопы.

Массаж пояснично-крестцовой области

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Глажение (1 вариант).
4. Пиление.
5. Глажение (2 вариант).
6. Спиралевидное растирание средней интенсивности четырьмя пальцами одной или обеих рук.
7. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание.
8. Накатывание.
9. Плоскостное поглаживание.
10. Легкое похлопывание или рубление с большой частотой.
11. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами вдоль позвоночника по паравертебральным линиям.
12. Спиралевидное растирание двумя большими пальцами.
13. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
14. Перемежающееся надавливание двумя большими пальцами.
15. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
16. Легкое пунктирование с большой частотой.
17. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.

Заканчивают массаж плоскостным поверхностным поглаживанием.

Массаж нижних конечностей

Массаж начинают с задней поверхности бедра (выше места варикозного расширения вен). Применяют деплеторный (дренажный) массаж, чтобы освободить путь для оттока венозной крови из нижележащих отделов конечности.

Исходное положение пациента лежа на животе, под сгиб стопы подложен валик, чтобы нога была в приподнятом и расслабленном состоянии.

Массаж задней поверхности бедра и голени.

1. Легкое обхватывающее непрерывистое поглаживание, начиная немного ниже подколенной ямки.

2. Спиралевидное растирание средней интенсивности четырьмя пальцами одной или обеих рук в верхней части голени и глубокое - на задней поверхности бедра.
3. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Глубокое продольное непрерывистое разминание.
5. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Глубокое поперечное непрерывистое разминание.
7. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание. Начинают легко от пятки, а выше подколенной ямки выполняют с большей силой давления.
8. Легкое или средней интенсивности спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеих рук на задней поверхности голени. Его можно продолжить на задней поверхности бедра, но уже с большей силой давления. При выполнении приема на задней поверхности голени пальцы руки массажиста должны быть широко разведены, как при граблеобразном поглаживании, чтобы можно было обойти места варикозного расширения вен.
9. Обхватывающее прерывистое поглаживание от пятки до ягодичной складки.
10. Валяние на задней поверхности голени. Можно продолжить на задней поверхности бедра.
11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
12. Похлопывание по всей задней поверхности нижней конечности: легкое и с большой частотой - на задней поверхности голени, сильнее и реже - на задней поверхности бедра.
13. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.

После массажа задней поверхности ноги приступают к массажу ее передней поверхности, обращая особое внимание на массаж передней поверхности бедра.

На передней поверхности голени делают только легкое поглаживание и растирание. Приемы начинают от основания пальцев стопы и продолжают до паховой складки.

Массаж передней поверхности бедра.

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание более легкое на голени и глубокое – на бедре.
2. Спиралевидное растирание такой же интенсивности четырьмя пальцами одной или обеих рук.
3. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Продольное непрерывистое разминание на бедре.
5. Глубокое поперечное непрерывистое разминание на бедре.
6. Сотрясение на бедре.

Массаж живота

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Круговое плоскостное легкое поглаживание.

4. Пиление.
5. Комбинированное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание одной или обеими руками по прямым и косым мышцам живота.
7. Комбинированное поглаживание.
8. Полукружное разминание одной или обеими руками.
9. Глубокое плоскостное круговое поглаживание.
10. Поперечное прерывистое разминание.
11. Круговое плоскостное глубокое поглаживание.
12. Накатывание.
13. Легкое круговое плоскостное поглаживание.
14. Сотрясение.
15. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

Во время массажа задней поверхности нижней конечности, чтобы не повредить мягкие ткани, необходимо быть осторожным в местах, где кожа и венозные стенки особенно истончены. Под влиянием массажа прекращается зуд в результате улучшения питания тканей, исчезают похолодание и онемение конечностей, отеки, боли и судороги в икроножных мышцах, повышается работоспособность и уменьшается утомляемость мышц.

Продолжительность процедуры массажа пояснично-крестцовой области, нижних конечностей и живота – 20-25 минут, при этом продолжительность массажа пояснично-крестцовой области и живота – по 5 минут, а в остальное время выполняют массаж нижних конечностей.

Курс массажа проводится ежедневно, состоит из 15-20 процедур и повторяется регулярно через 1,5-2 месяца.

Комплексное лечение варикозного расширения вен нижних конечностей предусматривает обязательную компрессионную терапию. Пациенту рекомендуют носить эластические чулки или другое лечебное белье, которое они должны надевать утром, лежа в кровати, снимать перед массажем и снова надевать сразу после окончания процедуры массажа, лежа на массажном столе.

Противопоказания к массажу при заболеваниях сердечнососудистой системы

Острые воспалительные заболевания сердца и его оболочек, хроническая сердечнососудистая недостаточность второй стадии фазы Б и третьей стадии, выраженный склероз сосудов головного мозга с наклонностью к нарушению мозгового кровообращения в результате частых ангиоспазм церебральных сосудов, гипертоническая болезнь третьей стадии, гипотоническая болезнь с частыми кризами, коронарная недостаточность с частыми приступами стенокардии, острый инфаркт миокарда, острые флебиты и тромбофлебиты, облитерирующий эндартериит третьей стадии, лимфадениты и лимфангоиты.

3. Классический массаж при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

3.1. Классический массаж при гастритах

Гастрит - воспалительные или воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки желудка. Поражение слизистой может быть первичным, рассматриваемым как самостоятельное заболевание, и вторичным, обусловленным другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями или интоксикацией. В зависимости от интенсивности и длительности действия поражающих факторов, патологический процесс может быть острым, протекающим преимущественно с воспалительными изменениями, или хроническим — сопровождающимся структурной перестройкой и прогрессирующей атрофией слизистой оболочки. Соответственно выделяют две основные формы: острый и хронический гастрит.

Хронический гастрит - заболевание желудка с хроническим рецидивирующим и прогрессирующим течением, с воспалительными, дистрофическими изменениями в слизистой оболочке желудка и постепенным развитием атрофии желудочных желез, проявляющейся нарушением секреторной и эвакуаторно-моторной функции желудка.

Типы хронических гастритов.

Гастрит типа А (эндогенный, аутоиммунный гастрит). Эндогенный гастрит возникает вследствие выработки аутоантител к обкладочным клеткам желудка. Для данного варианта гастрита характерны первичные атрофические изменения, локализованные в дне и теле желудка, снижение желудочной секреции, повышение содержимого гастрина в крови.

Гастрит типа В (бактериальный) — антральный гастрит, связанный с обсеменением слизистой оболочки желудка бактериями *Helicobacter pylori* — составляет до 90 % всех случаев хронического гастрита. Подтверждается тем, что этот микроорганизм находят в пилорическом отделе у подавляющего большинства больных. Путь инфицирования пероральный с пищей или при эндоскопических манипуляциях, зондировании.

Гастрит типа С (реактивный, химический гастрит, рефлюкс-гастрит). Определяющую роль в патогенезе гастрита С играет дуоденогастральный рефлюкс с забросом желчных кислот, нарушающих слизистую оболочку желудка и повреждающих эпителий (рефлюкс-гастрит). Среди других причин этого варианта гастрита ведущее место занимают НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты (ацетилсалициловая кислота и др.). Вследствие антипростогландинового влияния НПВП блокируется выработка бикарбонатов и слизи с последующим образованием эрозий, нарушением микроциркуляции.

Кроме того, существуют также смешанные — *АВ, АС* и дополнительные (*лекарственный, алкогольный*, и др.) типы хронического гастрита.

3.1.1. Классический массаж при хроническом гастрите с пониженной секрецией (тип А)

Аутоиммунный гастрит (тип А) развивается из-за того, что иммунная система дает сбой и начинает вырабатывать антитела, повреждающие клетки

слизистой оболочки желудка, вырабатывающие соляную кислоту. В результате этого кислотность желудка резко падает, что отражается на переваривающей способности желудка.

Типичными симптомами заболевания являются плохой аппетит, потребность в острой, кислой пище, неприятный вкус во рту, усиленное слюноотделение, особенно ночью, отрыжка воздухом, пищей, «тухлым яйцом», тошнота и чувство давления в подложечной области. Живот при пальпации мягкий, болезненный в подложечной области, вздутие по ходу толстого кишечника.

Заболевание протекает с периодами обострения и затишья. Обострение гастрита возникает в результате погрешности в диете, а также после физического или психического перенапряжения. В период обострения назначают постельный режим, лечебное питание и медикаментозное лечение. После окончания острого периода назначают массаж.

Цель массажа: ликвидация болей, улучшение лимфотока и кровообращения в желудке, ликвидация метеоризма, стимуляция моторной и секреторной функций желудка.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при хроническом гастрите с пониженной секреторной функцией

1. Массаж брюшного пресса
2. Массаж области желудка.

Массаж брюшного пресса

1. Плоскостное круговое поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами вдоль прямых и косых мышц живота.
3. Комбинированное поглаживание.
4. Глубокое плоскостное круговое поглаживание.
5. Непрерывистая вибрация.
6. Круговое плоскостное поглаживание.

Массаж области желудка

1. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание «задним» ходом рук массажиста.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.
3. Поглаживание.
4. Ручная вибрация в форме подталкивания, пунктирования или сотрясения.

Кроме этого, хорошие результаты дает механическая вибрация полушаровидным вибратодом в области проекции желудка на переднюю брюшную стенку. Процедуру заканчивают круговым плоскостным поглаживанием всей поверхности живота.

Продолжительность процедуры массажа 15 минут.

Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит из 15-20 процедур и повторяется регулярно через 1-1,5 месяца.

3.1.2. Классический массаж при хроническом гастрите с повышенной секрецией (тип В)

Хронический гастрит, ассоциированный с Helycobacter pylori (гастрит типа В), развивается из-за поражения слизистой оболочки желудка бактерией Helycobacter pylori. В этой ситуации секреторная и эвакуаторная функции желудка довольно долго остаются нормальными.

Хронический гастрит с повышенной секрецией выражается в повышении кислотности желудочного сока и увеличении его количества. Больные жалуются, в основном, на изжогу. На развитие повышенной кислотности оказывает рефлекторное влияние нервно-психический фактор и расстройство функции вегетативной нервной системы.

Массаж применяется также после окончания острого периода заболевания.

Цель массажа: оказание успокаивающего влияния на центральную нервную систему, повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, оказание тормозящего влияния на функцию секреторного аппарата слизистой оболочки желудка.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при хроническом гастрите с повышенной секрецией (тип В)

1. Массаж живота
2. Массаж воротниковой зоны.

Методические указания.

Массаж живота должен быть легким, успокаивающим и состоять из приемов поглаживания и растирания. При этом вполне можно ограничиться массажем брюшного пресса, чтобы оказать рефлекторное влияние на желудок.

При массаже *брюшной стенки* выполняют следующие массажные приемы:

1. Поверхностное круговое плоскостное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Круговое плоскостное поглаживание.
4. Легкое пиление.
5. Круговое плоскостное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Круговое плоскостное поглаживание.

Продолжительность процедуры массажа живота 15 минут. Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит из 10-15 процедур и повторяется регулярно через 1-1,5 месяца.

Для общего воздействия на организм желательно в дополнение к массажу живота применять массаж воротниковой зоны.

3.2. Классический массаж при колитах

Колит – это заболевание, при котором происходит воспалительно-дистрофическое поражение стенки толстой кишки, нередко возникающее при хронических воспалительных заболеваниях кишечника, а также инфекциях, вызываемых бактериями, вирусами или простейшими. Иногда колит провоцируется неправильным питанием, употреблением ряда лекарственных

препаратов, в частности - некоторых антибиотиков. Некоторые формы связаны с более сложными причинами.

3.2.1.Классический массаж при спастических колитах

Спастические колиты характеризуются повышенным тонусом гладкой мускулатуры толстой кишки, что препятствует продвижению каловых масс по кишечнику. Задержка каловых масс в кишечнике способствует развитию застойных явлений и расширению вен прямой кишки. При спастических колитах часто наблюдается напряжение локальных участков мышц брюшного пресса. При спастическом колите каловые массы имеют вид небольших плотных комочков ("овечий кал"). Живот больного колитом несколько вздут, при ощупывании – болезненность по ходу толстой кишки, спастические перетяжки. Диагноз колита подтверждается рентгенологически, ректороманоскопией и лабораторным исследованием каловых масс. При пальпации определяется напряжение мышц брюшного пресса. Толстая кишка ощущается под пальцами как толстый вал с поперечными бороздами. Поперечные борозды соответствуют участкам напряжения круговой мускулатуры толстой кишки. Живот при пальпации может быть болезненным, особенно в левой подвздошной области.

Для уменьшения напряжения мышц брюшного пресса массаж необходимо выполнять только теплыми руками. Прикосновение к животу холодных рук вызывает усиление мышечного напряжения.

Цель массажа: уменьшение и ликвидация напряжения мышц брюшного пресса, уменьшение и ликвидация напряжения мышц толстого кишечника, ликвидация застойных явлений в брюшной полости, нормализация функции кишечника.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при спастическом колите

Массаж живота

1. Легкое плоскостное круговое поглаживание вокруг пупка по ходу часовой стрелки.
2. Попеременное растирание.
3. Круговое плоскостное поглаживание.
4. Легкое пиление.
5. Легкое круговое плоскостное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Круговое плоскостное поглаживание.

Все массажные приемы при спастическом колите выполняют с небольшой силой давления. Движения рук массажиста при этом должны быть медленными, плавными. Во время массажа живота при спастическом колите необходимо избегать раздражения края реберной дуги и гребней подвздошных костей, так как это вызывает усиление тонуса мускулатуры кишечника и может ухудшить состояние пациента. Не рекомендуется при спастических колитах применять разминание и вибрацию, потому что они способствуют повышению мышечного тонуса.

Продолжительность процедуры массажа 15 минут. Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит из 10-15 процедур.

3.2.2. Классический массаж при атонических колитах

Атонические колиты, в отличие от спастических колитов, характеризуются ослаблением тонуса мускулатуры толстой кишки. Наряду с этим часто наблюдается слабость, вялость и дряблость мышц брюшного пресса. При пальпации рука массажиста ощущает вялый, мягкий живот, через переднюю стенку которого довольно хорошо можно ощутить пальцами переполненный каловыми массами кишечник, напоминающий по консистенции мягкую глину.

Цель массажа: укрепление мышц брюшного пресса, нормализация внутрибрюшного давления, повышение тонуса мускулатуры толстого кишечника, улучшение перистальтики, ликвидация застойных явлений.

При атонических колитах необходимо применять глубокий, энергичный массаж живота с включением всех массажных приемов, особенно разминания и вибрации.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при атонических колитах

Предварительно применяют массаж брюшного пресса, а затем массаж толстой кишки.

Массаж брюшного пресса

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

Массаж кишечника

1. Глубокое поглаживание по ходу толстой кишки.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами вдоль восходящей поперечно-ободочной и нисходящей части толстой кишки.
3. Глажение по ходу толстой кишки.
4. Перемежающееся надавливание. Прием выполняют ладонной поверхностью фаланг пальцев, за исключением 1-го.

5. Глажение.
6. Вибрация. Можно выполнять также сотрясение, подталкивание, пунктирование. Во время массажа обычно используют какой-либо один из указанных приемов.
7. Круговое плоскостное поглаживание по всей поверхности живота.

Из приемов вибрации хорошее стимулирующее действие на перистальтику кишечника оказывают приемы встряхивания и раскачивания живота. Существенно возбуждает перистальтику кишечника и ускоряет отхождение газов механическая вибрация в области крестца плоским резиновым или шаровидным вибратодом в течение 3-6 минут. Механическую вибрацию также применяют и в области остистых отростков первых трех поясничных позвонков.

В области крестца, при отсутствии вибратода, с успехом применяют рубление.

Во время массажа живота полезно применять растирание и механическую вибрацию шаровидным вибратодом вдоль реберной дуги и по гребню подвздошной кости.

Продолжительность процедуры массажа 15-20 минут. Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит из 15 процедур и повторяется, при необходимости, через 1-1,5 месяца.

При атонических запорах, которые возникают у пациентов, находящихся длительное время на строгом постельном режиме с наличием переломов позвоночника, костей таза, бедренной кости, массаж живота необходимо выполнять по упрощенной схеме без применения таких приемов, как подталкивание, пунктирование, сотрясение, тем более, встряхивание и раскачивание живота. Указанные приемы могут нарушить иммобилизацию, и даже не исключена возможность нарушения сопоставления костных отломков. Поэтому лучше заменить ручную вибрацию механической.

При колитах и энтероколитах неинфекционной природы, сопровождающихся жидким стулом, рекомендуется легкий массаж живота, состоящий из легкого кругового плоскостного поглаживания всего живота, попеременного растирания и поглаживания; а так же поглаживания по ходу толстой кишки. При выполнении приемов поглаживания и растирания скорость движения рук массажиста должна быть небольшой, а сила давления — незначительной.

Продолжительность процедуры массажа 15 минут. Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит из 10 процедур.

3.3.Классический массаж при рубцах на брюшной стенке и спайках в брюшной полости

При неокрепших рубцах на брюшной стенке массаж выполняют с применением талька или небольшого количества белого борного вазелина, чтобы не повредить нежную рубцовую ткань.

Сначала применяют плоскостное поглаживание и попеременное растирание вокруг рубца на здоровых тканях, а затем переходят к массажу самого рубца.

Здесь применяют поглаживание подушечками одного или нескольких пальцев, в зависимости от величины рубца. Затем применяют зигзагообразное растирание, штрихование, сдвигание, а в дальнейшем — пощипывание-подергивание, сдавливание-сжатие и вытяжение-растяжение. Эти приемы должны выполняться плавно, ритмично, медленно, с небольшой силой давления и безболезненно. Если рубец болезненный, то для ликвидации болей полезно применять стабильную механическую вибрацию воронкообразным или плоским вибратодом.

При старых, вросших рубцах, не пользуются тальком или вазелином, так как пальцы массажиста будут соскальзывать с рубца, что снижает эффективность массажа. Массаж выполняют по описанной выше методике, но с большей силой давления рук массажиста.

Продолжительность массажа на каждом участке 5-10 минут. Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит из 15 процедур.

Классический массаж при спаечном процессе в брюшной полости

массаж применяют с целью ликвидации болей, предупреждения развития грубой рубцовой ткани и для улучшения или сохранения подвижности мягких тканей. Спайки в брюшной полости требуют достаточно глубокого, энергичного, но осторожного массажа. Предварительно массируют брюшной пресс с использованием всех массажных приемов (см. массаж при атонических колитах). После этого применяют глубокое спиралевидное растирание четырьмя пальцами в месте проекции спаек на переднюю брюшную стенку.

Массажист обязан следить за тем, чтобы во время массажа у пациента не возникали сильные боли. Кроме того, необходимо следить за состоянием артериального давления. При слишком сильном и энергичном массаже живота может резко снизиться кровяное давление и возникнуть обморочное состояние.

3.4. Классический массаж при гастроптозах

Гастроптоз — это опущение желудка. Как правило, он является одним из проявлений общего висцероптоза (опущения внутренностей).

В основе гастроптоза лежат различные причины: тяжелые повторные роды, деформации позвоночника, быстрое похудание. Развитие гастроптоза объясняют и слабостью связочного аппарата внутренних органов. Опущение поперечно-ободочной кишки усиливает гастроптоз вследствие натяжения желудочно-ободочной связки. При опущении желудка развивается его гипотония, нарушается моторная и секреторная функции.

Гастроптоз развивается при общей астении и слабости брюшного пресса. Пациенты жалуются на тяжесть и распирание в подложечной области в ближайшее после еды время. Эти жалобы связаны со снижением моторной функции желудка и с задержкой эвакуации пищевых масс из желудка в двенадцатиперстную кишку. Нарушение моторной функции желудка распространяется и на кишечник. В результате появляются запоры,

усугубляющие висцероптоз. Пациенты жалуются на головные боли, головокружение, быструю утомляемость, раздражительность.

Весьма эффективным лечебным средством при гастроптозах является массаж.

Цель массажа: укрепление мышц брюшного пресса, повышение внутрибрюшного давления, стимуляция моторной и секреторной функций желудка и кишечника, ликвидация запоров и застойных явлений, повышение тонуса всего организма.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при гастроптозе

Вначале применяют *массаж брюшного пресса*, где выполняют следующие массажные приемы:

1. Круговое плоскостное поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук. Прием выполняют по ходу прямых и косых мышц живота.
3. Комбинированное поглаживание.
4. Накатывание. Прием выполняют снизу вверх по всему животу.
5. Комбинированное поглаживание.
6. Поперечное прерывистое разминание.
7. Комбинированное поглаживание.
8. Полукружное разминание снизу вверх.
9. Комбинированное поглаживание.
10. Сотрясение снизу вверх, от лобка к мечевидному отростку грудины.
11. Круговое плоскостное поглаживание.

При выполнении растирания полезно обращать внимание на нижний край грудной клетки и гребни подвздошных костей, что в значительной степени усиливает перистальтику желудка и кишечника. На этих же участках полезно применять механическую вибрацию шаровидным вибратодом.

После предварительного массажа брюшного пресса приступают к *массажу желудка*, где применяют следующие массажные приемы:

1. Раздельно-последовательное поглаживание «задним» ходом рук массажиста. Прием выполняют в направлении слева сверху вниз направо.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами «задним» ходом рук массажиста в том же направлении.
3. Поглаживание.
4. Перемежающееся надавливание ладонной поверхностью фаланг четырех пальцев поочередно обеих рук.
5. Поглаживание.
6. Подталкивание или сотрясение.
7. Поглаживание. Прием выполняют по часовой стрелке по всей поверхности живота.

С целью рефлекторного воздействия на моторную и секреторную функции желудка выполняют прерывистую вибрацию в виде пунктирования или поколачивания в области остистых отростков позвонков на уровне D5 или L1-L3.

Для улучшения эвакуации пищи из желудка, а также с целью прекращения тошноты и ликвидации чувства тяжести в подложечной области применяют механическую вибрацию в области остистого отростка 5-го грудного позвонка в течение 5 минут.
При наличии атонических запоров к данной методике добавляют еще и массаж проекции толстой кишки по описанной выше методике (см. массаж при атонических колитах).
Продолжительность процедуры массажа 15-20 минут. Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит из 15-20 процедур и повторяется регулярно через 1-1,5 месяца.
Противопоказания к массажу при заболеваниях желудочно-кишечного тракта:
заболевания желудка и кишечника с наклонностью к кровотечениям, острые воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта. Туберкулез брюшины и кишечника, злокачественные и доброкачественные опухоли. Заболевания органов брюшной, грудной и тазовой полостей, требующие немедленного хирургического вмешательства. Желчнокаменная болезнь в стадии обострения, хронический часто обостряющийся аппендицит, беременность, подозрение на внематочную беременность, грыжа белой линии живота, пупочная грыжа и паховая грыжа.

3.5. Основы колон массажа

Колон массаж – это воздействие на организм человека массажем через брюшную стенку на определенные участки толстой кишки в точках проекции их в области живота.
Физиологическое действие колон массажа. При колон массаже происходит механическое раздражение рецепторного аппарата слизистой оболочки толстой кишки руками массажиста и содержимым кишечника, которое приходит в тесное соприкосновение со слизистой. Благодаря этому рефлекторным путем улучшается тонус гладкой мускулатуры и перистальтика толстой кишки. Под влиянием колон массажа улучшается кровообращение и лимфоток во внутренних органах, нормализуется брюшное дыхание; через вегетативную нервную систему колон-массаж оказывает успокаивающее влияние на центральную нервную систему. Успокаивающее действие колон массажа можно наблюдать во время процедуры, когда у пациента наступает выраженное дремотное состояние, некоторые даже засыпают (будить не стоит, а нужно продолжать массаж). Это происходит потому, что колон массаж производится медленно, плавно, ритмично в соответствии с дыханием пациента.
Преимущество колон массажа состоит в том, что он вызывает у пациента приятные ощущения, помогает избежать излишнего раздражения солнечного сплетения, что трудно сделать при классическом массаже. Во время колон массажа нормализуются висцеро-висцеральные взаимоотношения между желудком и сердцем, кишечником и сердцем, кишечником и легкими, поэтому колон массаж дает положительный результат при

гастрокардиальном синдроме, сопровождающемся аритмией и стенокардией; гастро - и энтеропульмональном синдроме, сопровождающимися нарушением вентиляции в области корня легкого. В связи с успокаивающим влиянием на центральную нервную систему колон массаж с успехом применяется при гипертонической болезни, неврастении, мигрени.

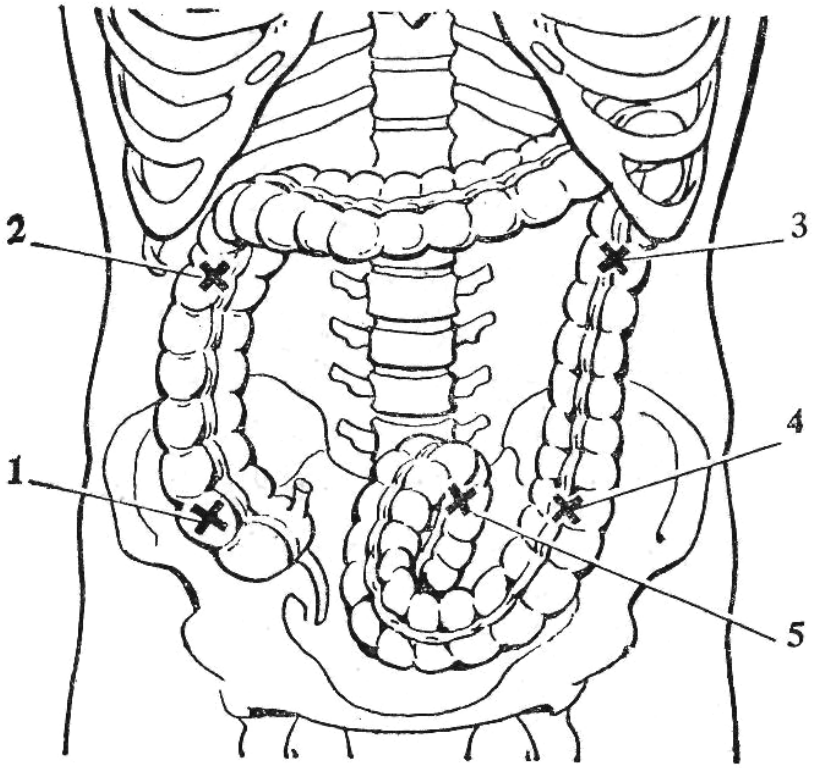
Показания к колон массажу. Хронические атонические или спастические колиты, запоры, метеоризм, хронические гастриты с повышенной или пониженной секреторной функцией, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки вне стадии обострения, гастрокардиальный, энтерокардиальный синдромы, мигрень, гипертоническая болезнь I, II А стадии, неврастения.

Противопоказания к колон массажу. Острые заболевания грудной, брюшной, тазовой областей, заболевания, требующие немедленного хирургического лечения, язвенный и инфекционный колит, злокачественные и доброкачественные опухоли, активный туберкулез, независимо от локализации, месячные, беременность.

Методические указания к колон массажу

1. *Исходное положение пациента* лежа на низкой кушетке, на спине, голова и плечевой пояс на подушке; руки лежат вдоль туловища, слегка согнуты в локтях, ладонями вниз; ноги расположены на валике в подколенной ямке, бедра разведены. В таком положении достигается максимум расслабления мышц брюшного пресса.
2. Если в массажном кабинете прохладно, то ноги и грудную клетку пациента необходимо укрыть.
3. Перед колон массажем пациент должен опорожнить кишечник и мочевой пузырь.
4. Колон массаж проводится спустя 1 час после приема пищи.
5. Во время колон массажа пациент не должен разговаривать, так как это нарушает ритм дыхания и мешает правильному выполнению массажа.
6. *Исходное положение массажиста* справа от пациента, *сидя* на винтовом стуле, при этом сидение стула должно быть на уровне поверхности кушетки, на которой выполняется массаж. Если сиденье стула выше, то массажист будет оказывать слишком сильное давление на массируемые участки; если сиденье стула ниже поверхности массажного стола, то руки массажиста будут навесу, что быстро приводит к их утомлению.
7. Если *исходное положение массажиста стоя справа* от пациента, лежащего *на массажном столе*, то ступни его ног должны быть на ширине плеч. В исходном положении стоя работать значительно труднее.
8. Массажист работает выпрямленной рукой, перенося на нее вес своего тела. Когда массажист делает массаж, то корпус его слегка раскачивается вперед и назад в такт движения массирующей руки.
9. Во время массажа массажист обязан внимательно следить за дыханием пациента и координировать движения массирующей руки с его ритмом. Если пациент дышит слишком слабо или очень часто, массажист обязан подавать

ему команду: вдох, выдох. Постепенно у пациента вырабатывается дыхательный рефлекс и в дальнейшем он дышит правильно без команды.
10. При ограниченных воспалительных процессах органов брюшной полости колон массаж можно применять, но при этом не подвергаются массажу точки расположенные близко к очагу воспаления.
Так, при воспалении слепой кишки и при правостороннем воспалении придатков матки не массируют первую точку; при левостороннем воспалении придатков матки не массируют четвертую и пятую точки. При двустороннем воспалении придатков матки не массируют первую, четвертую и пятую точки. При хроническом холецистите и хроническом гепатите не массируют вторую точку; при хроническом панкреатите не массируют третью точку.
11. При спастическом состоянии толстой кишки в области селезеночной кривизны массаж начинают в области четвертой и третьей точек, что дает быстрый положительный лечебный эффект.
12. В процессе лечения необходимо вносить изменения в методику применения массажа в связи с новыми изменениями состояния тонуса кишечника.
Техника колон массажа
Перед началом процедуры необходимо тщательно пропальпировать кишечник: сигмовидную кишку, слепую кишку с отростком, конечную часть подвздошной кишки, восходящую и нисходящую ободочную кишку. Для этого массажист находится справа от пациента на расстоянии 50 см от тела, руки вытянуты, кладет обе руки на переднюю брюшную стенку так, чтобы его пальцы были расположены поперек кишки. Кисти рук массажиста в положении пронации. Пальпацию проводят подушечками четырех пальцев. Пальцы не должны скользить по коже. При этом следят за дыханием пациента: в момент его *выдоха* руки массажиста погружаются в брюшную полость, а в момент *вдоха* выходят из нее. При погружении пальцы должны ощутить толстую кишку и определить состояние ее тонуса в восходящей части. Таким же образом пальпируют и нисходящую ободочную кишку. Состояние тонуса кишечника необходимо учитывать во время массажа при выборе силы давления массирующей руки в разных точках воздействия.
При хорошем ритме дыхания пациента очень быстро достигается непринужденная координация движения руки массажиста и дыхания пациента.
Перед началом массажа производят предварительный массаж передней брюшной стенки приемами поглаживания и легкого растирания, как в классическом массаже.
Массажу подвергают только участки восходящей и нисходящей ободочной кишки, потому что эти отделы имеют короткую брыжейку и определенную устойчивую локализацию. Поперечно-ободочную кишку не массируют, так как она имеет длинную брыжейку и много вариантов своего расположения. Все массажные движения производятся по направлению перистальтики толстой кишки.



Массажу подвергают пять точек (участков) толстой кишки.
Каждую точку массируют от двух до пяти минут.

Первая точка – место перехода тонкой кишки в толстую кишку. Точка воздействия располагается справа на два поперечных пальца внутрь и на два поперечных пальца кверху от передней верхней ости подвздошной кости. *Исходное положение массажиста* стоя или сидя у правой руки пациента спиной к его голове. Точку массируют третьим и четвертым пальцами левой руки. Кисть массирующей руки находится в положении пронации, пальцы параллельны восходящей ободочной кишке, концы их обращены к правой паховой складке. У тучных людей левую руку отягощают правой рукой. *Во время вдоха* пациента пальцы сдвигают кожную складку в сторону таза, а *во время выдоха* погружаются в брюшную полость, производят безболезненный нажим в сторону правого подреберья. Руки массажиста производят маятникообразные овально-круговые движения в вертикальной плоскости. На вдохе массирующая рука выходит из брюшной полости, не прерывая контакта с кожей живота, постепенно ослабляя давление, и возвращается в свое исходное положение.

Вторая точка – место проекции печеночной кривизны, где восходящая ободочная кишка переходит в поперечную ободочную кишку. Место воздействия находится справа, на середине линии, соединяющей переднюю верхнюю ость подвздошной кости с концом восьмого ребра. Эту точку массируют третьим и четвертым пальцами правой руки. Массажист сидит или стоит напротив правого локтя пациента в пол-оборота к его лицу. Кисть массирующей руки в положении пронации кладут на брюшную стенку так, чтобы пальцы легли параллельно нижнему краю реберной дуги, при этом

указательный палец слегка приподнимают, чтобы он не придавливал мягкие ткани к краю нижних ребер. *При выдохе* пациента правая рука массажиста переходит из положения пронации в среднее положение между пронацией и супинацией и движется в сторону поперечной ободочной кишки, погружаясь в брюшную полость, но не скользя по коже. *При вдохе* пациента рука возвращается без нажима в первоначальное исходное положение.

Третья точка – место перехода поперечной ободочной кишки в нисходящую ободочную кишку – область селезеночной кривизны. Место воздействия находиться в левом подреберье. Точку массируют третьим и четвертым пальцами левой руки. Массажист стоит или сидит у правой руки пациента левым плечом в сторону лица пациента. Кисть помещают в область левого подреберья так, чтобы пальцы были параллельны нижнему краю грудной клетки слева ближе к передней подмышечной линии, подушечка четвертого пальца массажиста находится у свободного конца XI ребра пациента. *Во время выдоха* кисть переходит из положения пронации в среднее положение между пронацией и супинацией, погружаясь в брюшную полость, и движется по ходу перистальтики, не скользя по коже. *При вдохе* возвращается в исходное положение. *При массаже второй и третьей точек массирующая рука не отягощается другой рукой.*

Четвертая точка – место перехода нисходящей ободочной кишки в сигмовидную кишку. Место воздействия находится слева, симметрично I точке. *Исходное положение массажиста* сидя или стоя лицом к лицу пациента. Массируют точку третьим и четвертым пальцами правой руки. Массирующая рука находится в положении пронации, пальцы выпрямлены, концы их направлены в сторону левого подреберья. *На выдохе* - сила давления при погружении массирующей руки направлена сверху вниз в сторону левой паховой складки. *На вдохе* рука возвращается в исходное положение.

Пятая точка – расположена в месте пересечения линии, соединяющей передние верхние ости подвздошных костей с наружным краем левой прямой мышцы живота. Это место перехода сигмовидной кишки в прямую кишку. *Исходное положение массажиста* как при массаже четвертой точки. Точку массируют третьим и четвертым пальцами правой руки, поставленными почти вертикально. Массирующая рука делает полукружное движение и давление *на выдохе* пациента. Движение выполняется слева направо в сторону прямой кишки.

При отсутствии противопоказаний с целью экономии времени можно одновременно массировать первую и четвертую точки, вторую и третью точки, а также первую, вторую, третью и четвертую точки одновременно.

Для одновременного массажа первой и четвертой точек массажист находится напротив живота пациента справа. Правую руку он кладет на четвертую точку, левую - на область первой точки, локти при этом разведены в стороны, туловище наклонено над животом пациента. Одновременно обеими руками массажист производит описанные выше массажные приемы. Таким же образом массируют *вторую и третью точки.*

Для одновременного массажа четырех точек кисть правой руки локтевым краем устанавливают в области нисходящей ободочной кишки, концы пальцев направлены в сторону левого подреберья. Левая кисть локтевым краем устанавливается в области восходящей ободочной кишки, концы ее пальцев направлены в сторону таза, локти разведены в стороны. При выдохе пациента обе руки массажиста одновременно погружаются в брюшную полость, совершая движения по направлению перистальтики кишечника. При вдохе руки выходят из брюшной полости.

Продолжительность процедуры колон массажа 15-20 минут. На курс 10 процедур. По окончанию массажа производится вибрация специальными приемами: нежная ручная вибрация применяется при спастическом состоянии, а интенсивная вибрация при атоническом состоянии кишечника.

Специальные приемы вибрации

Сотрясение за стопы. Воздействие на весь кишечник. Исходное положение пациента лежа на спине без валика, ноги прямые. Массажист сидит у ножного конца массажного стола, предплечья его лежат на массажном столе. Обеими руками массажист берется за стопы пациента так, чтобы основания ладоней опирались на подошву, большие пальцы направлены вверх, а остальные четыре пальца охватывают стопы со стороны наружного края и тыла стопы.

Ноги захватываются разноименными руками. Массажист одновременно обеими руками производит толчкообразные движения, направленные по продольной оси тела пациента. Этим приемом оказывают воздействия на весь кишечник.

Воздействие на гипогастральную область. Исходное положение пациента лежа на спине, ноги согнуты в коленях, ступни полностью стоят на массажном столе. Массажист становится обоими коленями на переднюю треть тыльной поверхности стоп пациента, основанием ладони упирается в колени пациента. Руки у массажиста прямые, он производит толчки руками сверху вниз, направленные вдоль оси бедренной кости пациента. Сотрясение передается через тазовые кости на нижние отделы живота пациента.

Сотрясение эпигастральной области. Исходное положение пациента прежнее. Исходное положение массажиста прежнее, но сидя у себя на пятках, основанием рук упирается в переднюю поверхность большеберцовой кости, а четыре пальца охватывают головку большеберцовой кости снаружи. Массажист производит толчки в краниальном направлении, вдоль вертикальной оси тела. Сотрясение передается на эпигастрий.

Сотрясение левой половины живота (нисходящего отдела толстой кишки). Исходное положение пациента лежа на спине. Левая нога пациента перекинута через правую выпрямленную ногу. Массажист сидит на тыле левой стопы пациента, на правом краю массажного стола. Обеими руками захватывает ногу пациента в области головки большеберцовой кости и производит сотрясение.

Для сотрясения правой половины живота (восходящего отдела толстой кишки) все делают также, но зеркально.

Продолжительность сотрясения в одном положении 30 секунд.
Сотрясение можно выполнять с низкой частотой при спазме и с высокой частотой при атонии кишечника.

4. Классический массаж при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата

Массаж является обязательным компонентом комплексного лечения различных заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата. Дифференцированное применение методик классического массажа, в зависимости от особенностей клинической формы заболевания или вида травмы содействует более полноценной реабилитации, предупреждает развитие инвалидности и способствует быстрому возвращению больных к профессионально-трудовой деятельности, значительно сокращая сроки лечения.
Цели массажа: устранение или уменьшение боли, ликвидация отечности тканей; стимулирование процессов рассасывания кровоизлияний и выпотов в суставах; укрепление мышц и предупреждение развития их атрофии, улучшение двигательной и опорной функции суставов; ускорение процессов регенерации тканей; предотвращение соединительнотканных сращений и рубцов; предупреждение контрактур и тугоподвижности суставов; улучшение обменных процессов в тканях; повышение функциональной способности сердечнососудистой системы и органов дыхания.

4.1. Классический массаж в лечении и профилактике контрактур

Контрактура *(лат.- стягивать, сокращать) – стойкое ограничение нормальной подвижности в суставе вследствие его собственного поражения, а также повреждения кожи, мышц, связок, фасций или нервов.*
Резкое ограничение подвижности суставов происходит вследствие патологических изменений в тканях, функционально связанных с данным суставом.
В зависимости от того, в каком направлении сведен сустав, различают: сгибательную, разгибательную, приводящую, отводящую и ротационную контрактуры.
Контрактуры бывают врожденными и приобретенными. В основе врожденных контрактур лежит аномалия развития мышц, суставов, костей или кожи. Приобретенные контрактуры могут быть травматического, воспалительного, паралитического, дистрофического и фиксационного происхождения.
Первоначально поражается какая-либо одна ткань, а затем в процесс вовлекаются другие. По первично пораженной ткани различают: дерматогенную, десмогенную, фасциогенную, апоневрогенную, миогенную, артрогенную контрактуры и смешанные формы.
По этиопатогенетическому принципу различают: посттравматические, послеожоговые, неврогенные, рефлекторные, иммобилизационные,

профессиональные, ишемические контрактуры.
Контрактуры любого происхождения схематически можно представить фигурой с одной стороны вогнутой, с другой – выпуклой. На выпуклой стороне ткани вялые, растянутые, а на вогнутой стороне – сморщенные, стянутые, напряженные. Вначале эти явления выражены лишь в первично пораженной ткани, а затем и в других тканях. На выпуклой стороне преобладают явления атрофии, белкового и жирового перерождения, на вогнутой – наблюдаются явления рубцового сморщивания. Клиническое течение зависит от причин, вызвавших контрактуру, анатомической локализации пораженного сустава и возраста пациента.
При острых воспалениях и травмах контрактуры развиваются быстрее, при хронических — медленнее. Чем тяжелее процесс и чем позже начато лечение, тем резче выражена контрактура. Атрофия мягких тканей, расположенных выше и ниже сведенного сустава, при контрактуре постепенно усиливается. Особенно выражена атрофия при паралитических контрактурах и туберкулезном артрите. Если контрактура возникает в детском возрасте, то соответствующая часть скелета отстает в развитии.
Прогноз тем лучше, чем легче протекает основной процесс, чем раньше начато лечение основного процесса и самой контрактуры, чем моложе пациент, чем податливее и пластичнее ткани на вогнутой стороне, чем меньше перерастянуты ткани и больше сохранилась мышечная сила на выпуклой стороне. Профилактика начинается со своевременного и рационального лечения основного заболевания.
При кожных дефектах контрактуру предупреждают своевременной пластической операцией, при паралитической – своевременной пересадкой части антагонистов. В острой стадии воспаления или в случаях свежего повреждения применяют иммобилизацию.
Во всех случаях контрактур после исчезновения острых явлений показаны массаж, лечебная гимнастика и тепловые процедуры. Эти мероприятия повышают тонус ослабленных мышц и являются самостоятельными лечебными средствами, а также существенно дополняют другие методы лечения. Чем больше ослаблены мышцы, тем более осторожными должны быть массажные приемы и лечебная гимнастика.
Цель массажа: восстановление нарушенной функции суставно-связочного аппарата; улучшение кровообращения и лимфотока, трофики, обмена и регенерации поврежденных тканей; ликвидация или уменьшение атрофии и сморщивания тканей; предупреждение и ликвидация тугоподвижности суставов; повышение тонуса и сократительной функции мышц на выпуклой стороне контрактуры; понижение гипертонуса мышц на вогнутой стороне контрактуры; ускорение рассасывания рубцов и спаек.
На вогнутой стороне контрактуры, с которой начинают массаж, применяют легкое плоскостное или обхватывающее поглаживание и легкое растирание в виде попеременного растирания, пиления и спиралевидного растирания, *на выпуклой стороне* – более глубокие поглаживание, растирание и разминание. Перед массажем обязательна тепловая процедура. Виды массажных приемов,

применяемых при контрактуре, зависят от анатомо-топографических особенностей массируемого участка. Лечебная гимнастика направлена на растяжение укороченных, рубцово сморщенных мышц и других тканей и на укрепление ослабленных, растянутых мышц.

*При назначении массажа учитывается **фаза развития** контрактуры и **стадия** течения раневого процесса, т. к. мышечные контрактуры возникают на фоне обширного повреждения мягких тканей, особенно в сочетании с повреждениями костей.*

Фазы развития травматической контрактуры и тактика применения массажа.

1 фаза – *противоболевая, ("защитная"), функциональная.*

Всякое механическое растягивание травмированных тканей и краев раны – противопоказаны. После стихания острых явлений для ликвидации отека и стимулирования заживления используется физиотерапия и ЛФК.

Применяют рефлекторно-сегментарный массаж на соответствующие паравертебральные зоны и симметрично расположенные сегменты. При неосложненной ране – деплеторный массаж.

2 фаза – *период превращения грануляционной ткани в типичную соединительную ткань.*

Показано применение физических упражнений, которые многократно повторяют на протяжении дня. Приемы массажа подбирают строго дифференцированно.

Цель массажа: *уменьшение напряжения на стороне контрактуры; укрепление перерастянутых и ослабленных мышц-антагонистов; поддержание эластичности тканей мышечно-суставного аппарата.*

Массаж проводится перед занятиями лечебной гимнастикой.

3 фаза – *развитие рубцовых контрактур мягких тканей.*

Основные упражнения направлены на растягивание тканей. Массаж сочетают с тепловыми процедурами. Непременным условием механических воздействий при лечении стойких контрактур является выбор метода, направленного на уменьшение болезненности движений. Для этой цели между сериями упражнений на растягивание рекомендуются паузы, во время которых применяют массаж и тепловые процедуры.

В классическом массаже выбор техники (силы и интенсивности) напрямую зависит от степени повреждения.

При функциональных контрактурах массаж можно начинать в тот же день. При более сильном повреждении – на 2-й – 3-й день после травмы.

Массажные приемы подбираются с учетом анатомо-топографических особенностей массируемой области.

4.1.1. Классический массаж в лечении контрактуры ладонного апоневроза (контрактуры Дюпюитрена)

Контрактура ладонного апоневроза – хроническое рецидивирующее заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением кисти, характеризующееся перерождением ткани ладонного апоневроза в

фиброзную ткань, что приводит к образованию контрактуры пальцев.
Ведущим фактором в этиологии этого заболевания считают конституциональную наследственную неполноценность соединительной ткани. Некоторые заболевания (диабет, неврозы, шейный остеохондроз и др.), а также однократная или хроническая травмы являются предрасполагающим моментом.
В подавляющем большинстве случаев контрактура Дюпюитрена развивается на ладонной поверхности кисти. Описаны случаи развития заболевания в подошвенном апоневрозе, тыльной поверхности капсулы межфаланговых суставов кисти и более редко – в пещеристых телах полового члена.
Заболевание характеризуется развитием гиперпластических процессов в ладонном апоневрозе и рубцовых тяжей, расположенных параллельно сухожилиям сгибателей пальцев. Стадии поражения:
1- начальная стадия – появление изменений в ладонном апоневрозе (узелки, тяжи) без контрактуры пальцев;
2- появление контрактуры пальцев и поражение кожи;
3- резко выраженная контрактура пальцев с развитием вторичных изменений в коже и межфаланговых суставах пальцев.

Клинические симптомы могут стабилизироваться на любой стадии, однако возможно и волнообразное течение.
Контрактура Дюпюитрена нередко развивается на обеих кистях, а при одностороннем поражении чаще на правой, в области IV и V пальцев.
Консервативное лечение показано при первой стадии заболевания и направлено на стабилизацию процесса и предупреждение контрактур пальцев.
Применяют ферментные препараты местно и в виде инъекций или электрофореза, тепловые процедуры в сочетании с массажем и лечебной гимнастикой. В стадиях контрактуры пальцев показано оперативное лечение (паллиативные или радикальные операции).
Лечебной гимнастикой лучше заниматься в горячей воде, делая активные или пассивные разгибания пораженных пальцев. Массаж направлен на улучшение эластичности тканей.
Примерная схема и содержание массажной процедуры
Подготовительный массаж предплечья
Массаж ладонной поверхности предплечья:

1. Легкое плоскостное поглаживание.
2. Легкое пиление.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Плоскостное поглаживание.

Массаж тыльной поверхности предплечья (более глубокий):

1. Плоскостное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Пиление.

5. Обхватывающее давящее поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Обхватывающее поглаживание.
8. Поперечное или щипцеобразное разминание.
9. Плоскостное поглаживание.

Массаж кисти и пальцев

На ладонной поверхности кисти применяют легкое поглаживание и растирание подушечкой большого или указательного пальца.

На тыле кисти и пораженных пальцев применяют более сильные массажные приемы, в том числе надавливание в области межкостных мышц.

Особое значение массаж и лечебная гимнастика приобретают после пластической операции (иссечения ладонного апоневроза) в послеоперационном периоде.

Если массаж сочетают с электрофорезом, то вначале делают массаж, затем – электрофорез.

Продолжительность процедуры массажа 15-20 минут ежедневно. Курс массажа состоит из 15-20 процедур и регулярно повторяется через 1-1,5 месяца.

4.1.2. Классический массаж при кривошее

Кривошея – деформация шеи, характеризующаяся неправильным положением головы с ее наклоном вбок и поворотом. Кривошея бывает односторонней, очень редко двусторонней.

Различают врожденную и приобретенную формы кривошеи. В зависимости от того, какие ткани шеи поражены, выделяют дерматогенную, десмогенную, миогенную, нейрогенную, артрогенную и остеогенную кривошею. Наиболее часто врожденная кривошея возникает в результате неправильного внутриутробного развития или травмы мышц шеи плода во время родов. Примерно у 80% больных с этой формой кривошеи в анамнезе имеется родовая травма, связанная с ягодичным предлежанием или поперечным положением плода.

Редко встречается костная форма врожденной кривошеи в результате аномалии развития шейного отдела позвоночника: клиновидные позвонки, добавочные полупозвонки, сращения шейных позвонков – синдром Клиппеля-Фейля, добавочные шейные ребра – симптом Мануйлова.

Приобретенная кривошея часто возникает как осложнение ожогов, заболеваний шейного отдела позвоночника, а также причинами могут стать: вывих, подвывих или перелом шейных позвонков (артрогенная кривошея); недоразвитость трапециевидной или грудино-ключично-сосцевидной мышцы (гипопластическая кривошея); рубцовые изменения кожи шеи (дерматогенная кривошея); снижение слуха или зрения (компенсаторная кривошея); разрушение шейных позвонков (спондилит, актиномикоз, опухолевые процессы), некоторые дистрофические процессы и нарушения обмена веществ (рахит и др.) – костная кривошея; поражение нервно-мышечных образований шеи (неврогенная кривошея); сокращение мышц

шеи (рефлекторная или спастическая кривошея) – один из видов гиперкинеза, характеризуется непроизвольными движениями или вынужденным положением головы в результате чередующихся, обычно клонических и тонических, судорог шейных мышц.
Особой формой приобретенной кривошеи является болезнь Гризеля – при воспалительных процессах в клетчатке и лимфатических узлах шеи и контрактуре околопозвоночных мышц формируется наклонное положение головы и болезненность движений в шейном отделе позвоночника в результате подвывиха тела I шейного позвонка.
Встречается приобретённая кривошея в связи с патологическим процессом в позвоночнике и мышцах в результате длительного порочного положения головы вследствие особенностей профессиональной работы.
Диагностика основывается на характерном положении головы.
Для выяснения причины заболевания важна рентгенография шейного отдела позвоночника.
Если не предпринимать меры по ликвидации кривошеи, то постепенно у ребенка усиливается асимметрия лица вследствие неправильного роста лицевого черепа и мышц из-за вынужденного положения головы. Искривляется шейный отдел позвоночника. Ушные раковины могут быть разных размеров и формы. Без лечения кривошея прогрессирует и к возрасту 6-7 лет достигает выраженных изменений. Голова ребенка повернута в сторону, надплечье приподнято, асимметрия лица, черепа, шейного отдела позвоночника. Глаза и брови со стороны больной мышцы расположены ниже, чем на здоровой стороне. Нарушается правильное развитие неба. Увеличивается в размерах сосцевидный отросток, к которому прикрепляется грудино-ключично-сосцевидная мышца. Может измениться нормальное направление слухового прохода.
Очень редко встречается двусторонняя кривошея. При этом голова больного чаще всего запрокинута назад, иногда наклонена вперед. Повороты головы резко ограничены.
Лечение врожденной мышечной кривошеи.
При раннем выявлении кривошеи прогноз хороший. Но при длительном отсутствии лечения, когда асимметрия черепа сформировалась, достигнуть хороших результатов обычно не удается.
Если кривошея выявлена в роддоме, ребенку назначается специальная укладка во время сна – здоровой стороной к стене, кормление таким образом, что бы ребенок пытался повернуть голову в больную сторону, массаж грудино-ключично-сосцевидных мышц с обеих сторон. Растяжения больной мышцы в виде редрессаций категорически недопустимы, так как стимулируют рубцовый процесс.
После выписки из роддома назначается лечебная гимнастика, массаж, физиотерапия. Иногда необходимо ношение воротника по типу Шанца, или специального чепчика. Чаще всего к концу первого года жизни удается достигнуть исчезновения кривошеи.

Если до 2 лет улучшения не произошло, назначается оперативное лечение. Производится пластическая операция на больной мышце, после операции накладывается гипсовая повязка на 1,5 месяца. В течение последующих 6 месяцев пациент должен носить специальный головодержатель различных конструкций, назначается физиотерапия и лечебная физкультура.

Массаж для получения стойкого лечебного результата необходимо назначать с первых же дней после обнаружения кривошеи.

Цели массажа: расслабление пораженной мышцы, ускорение рассасывания гематомы и предупреждение грубого рубцевания.

Исходное положение ребенка – лежа на спине, ногами к массажисту, приемы выполняют задним ходом рук. Голове ребенка придают положение максимального расслабления мышц, с наклоном в сторону кривошеи.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

На стороне поражения

Массаж укороченных грудино-ключично-сосцевидной мышцы и верхней части трапециевидной мышцы

1. Легкое поглаживание.
2. Спиралевидное растирание подушечками II и III пальцев.
3. Легкое поглаживание.

Совершенно недопустимы грубые массажные движения: они могут усилить гипертонус пораженных мышц и осложнить контрактуру.

На "здоровой" стороне

Массаж растянутых мышц (*грудино-ключично-сосцевидной и верхней части трапециевидной)*

Осторожно применяют более глубокие массажные приемы:

1. Поглаживание подушечками II или II-III пальцев.
2. Спиралевидное растирание.
3. Поглаживание.
4. Щипцеобразное разминание.
5. Поглаживание.

Параллельно с массажем можно применять лечебную гимнастику в форме медленных и плавных пассивных движений и шейном отделе позвоночника.

Когда ребенок научится сидеть, гимнастику и массаж проводят в исходном положении сидя. Полезно вызывать у него, например, с помощью ярких игрушек, активные движения головой в нужном направлении для укрепления растянутых мышц и растягивания укороченных.

В старшем возрасте применяют наряду с массажем корригирующий воротник или головодержатель. Если при ношении корригирующего воротника возникают боли в шее, его необходимо снять, сделать тепловую процедуру, массаж и снова надеть воротник. В этом случае достаточно легкого симметричного поглаживания.

Для предупреждения развития компенсаторного сколиоза грудного отдела позвоночника применяют массаж спины по методике массажа при сколиозах.

Продолжительность массажа у грудных детей – 5-10 минут ежедневно, у детей старшего возраста – 10-15 минут, у взрослых – 20-25 минут.

Курс массажа состоит из 12-15 процедур и регулярно повторяется через 3-4 недели до получения стойкого лечебного результата.

4.1.3. Классический массаж при косолапости

Врожденная косолапость встречается очень часто и достигает 33-38 % от всех аномалий развития опорно-двигательного аппарата. У мальчиков врожденная косолапость встречается в два раза чаще, чем у девочек. Обычно она бывает двусторонней.

Причина врожденной косолапости – нарушение правильного развития костей стопы или нарушение развития мышц голеней (малоберцовых) и их иннервации.

Положение стопы при косолапости характеризуется следующими основными клиническими проявлениями: подошвенным сгибанием стопы (эквинус); поворотом подошвенной поверхности кнутри (супинация), главным образом пятки и предплюсны; приведением стопы в переднем ее отделе (аддукция).

Характерное положение стопы при врожденной косолапости дополняется ротацией голени кнутри, ограничением подвижности в голеностопном суставе.

При хождении ребенка косолапость увеличивается, появляется омозолелость кожи (натоптыши), кости стопы смещаются по отношению друг к другу, образуются новые суставные поверхности и запустевают старые, так как атрофируются хрящевые поверхности.

Походка детей, страдающих косолапостью, характерна – стопу одной ноги они переносят через стопу другой. Вследствие смещения костной основы и деформации стопы изменяются движения в голеностопном суставе, которые со временем осуществляются во фронтальной плоскости.

Мышцы голени плохо развиваются и поэтому выглядят тоньше. Коленные суставы выпрямляются, осанка всего туловища делается прямой, а походка – неуверенной и малопластичной.

Подобная деформация может быть и при различных неврологических заболеваниях – но в этих случаях стопа более или менее выводится в правильное положение.

Диагноз обычно устанавливают на основании типичной клинической картины болезни. И чем раньше установлен диагноз и начато лечение, тем лучшие результаты достигаются.

Лечение. Как консервативное, так и оперативное. Консервативные методы лечения врожденной косолапости применяют как можно раньше: с 10-12-го дня после рождения. Лечение может быть проведено под руководством врача самой матерью и состоит из ежедневных редрессаций с последующей фиксацией достигнутого успеха.

В раннем возрасте все кости стопы состоят из хряща, имеют только ядра окостенения и весьма податливы к изменениям в процессе роста, поэтому стопа легко, без наркоза, корригируется определенными манипуляциями. Производят их соответственно основным положениям стопы при косолапости: супинации, аддукции и подошвенной флексии. При легких

формах косолапости фиксацию осуществляют фланелевыми бинтами, при более тяжелых формах – этапными гипсовыми повязками.
При легких формах врожденной косолапости кроме бинтования по Финку – Эттингену проводят пассивную корригирующую гимнастику после каждой смены бинтов – по 3-5 мин легкий массаж голени и стопы 3-4 раза в день.
Гипсовую повязку накладывают на срок от 5 до 20 суток в зависимости от возраста ребенка и степени деформации. За этот период имевшаяся связочно-мышечная контрактура ослабевает, и стопа без боли и насилия подвергается еще некоторой коррекции. После теплой ванны или аппликации озокерита сразу же накладывают новую гипсовую повязку.
Затем назначается ношение ортопедической обуви. Ночью ребенок спит с шинами из полиэтилена. Одновременно применяется массаж, физиотерапия, лечебная физкультура. Если все эти мероприятия оказываются неэффективными, назначается оперативное лечение. Операции выполняют в возрасте ребенка от 1 до 2 лет.
В разных клиниках по-разному относятся к срокам применения оперативного вмешательства. Некоторые врачи твердо стоят на сугубо консервативных позициях и готовы гипсовать детей чуть ли не до 14-15 лет. В итоге все детство ребенок проводит в гипсе.
За рубежом применяется раннее оперативное лечение. Детей оперируют в возрасте 3-6 месяцев, для того, чтобы к тому времени, когда ребенок встанет на ноги, начнет ходить, он уже имел нормальную стопу.
В России чаще всего прибегают к сухожильной пластике по Зацепину. Сущность операции по Зацепину заключается в удлинении сухожилий внутренней и задней поверхностей голеностопного сустава. Рассечение связок и капсулы между большеберцовой костью и костями стопы, внутрисуставных связок между таранной и пяточной костями позволяет стопу сразу установить в правильное положение. После этого стопа не имеет тенденции к рецидиву деформации.
Операции на костях проводят у детей не моложе 7 лет, когда заканчивается наиболее интенсивный рост костей.
Прооперированная нога (или ноги) фиксируется в гипсовых повязках выше колена на 3 месяца. Затем это повязка снимается и проводится короткий блиц-курс реабилитации. Затем снова накладывается гипсовый сапожок, уже ниже колена, еще на 3 месяца.
После снятия гипса проводятся курсы реабилитации.
Поэтому родители должны помнить, что поддерживающая терапия должна быть постоянной в течение всего периода роста ребенка.
После операции у ребенка остаются некоторые косметические дефекты: рубцы и, что более заметно, прооперированная ножка будет всегда тоньше. Зачастую дети с врожденной косолапостью становятся «инвалидами детства».
В последние годы получили распространение методика исправления тяжелых форм врожденной косолапости с использованием дистракционных и шарнирно-дистракционных аппаратов Илизарова, Волкова – Оганесяна.

Конструкция этих аппаратов позволяет постепенно устранить все компоненты косолапости.

На разных этапах лечения врожденной косолапости применяют методики классического массажа, соединительнотканного массажа, точечный массаж.

Особенность классического массажа при косолапости – его дифференцированность. Для расслабления мышц, находящихся на внутренней и задней поверхности голени, где имеется повышенный тонус, применяют поглаживание, потряхивание мышц, растяжение с вибрацией. Для укрепления растянутых и ослабленных мышц передней и наружной групп мышц голени – энергичные приемы: растирание и разминание, возможно легкое поколачивание пальцами.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при косолапости

Массаж задней поверхности голени и подошвы

1. Легкое обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
2. Легкое спиралевидное растирание двумя-тремя пальцами.
3. Обхватывающее поглаживание.

На подошве также применяют легкие поглаживания и растирания.

Массаж переднелатеральной группы мышц голени и тыла стопы (более глубокий).

На *переднелатеральной группе мышц голени* применяют:

1. Глубокое поглаживание большим пальцем, чередуя с приемами:
2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
3. Надавливание одним или двумя большими пальцами.

На тыле стопы массируют межкостные мышцы по общему плану.

Перед бинтованием, наложением гипсовой повязки или лангеты производят ручное выправление стопы. Для этого прочно захватывают пятку ребенка одной рукой, передний отдел стопы – другой и делают пружинящее отведение стопы кнаружи, а затем пронируют стопу и тянут пятку книзу, придавая стопе положение тыльного сгибания. Указанные движения делают медленно, плавно, безболезненно, несколько раз в день.

В послеоперационном периоде также необходимо применять массаж и лечебную гимнастику.

Продолжительность массажной процедуры у детей до шести месяцев – 5-7 минут, до года – 7-10 минут, старше года – 10-15 минут ежедневно.

Курс массажа состоит из 12-15 процедур и регулярно повторяется через 2-3 недели.

Для получения стойкого лечебного результата поддерживающая терапия должна быть постоянной в течение всего периода роста ребенка.

4.1.4. Классический массаж при плоскостопии

Под плоскостопием понимают деформацию стоп, которая сопровождается уплощением ее сводов – продольного или поперечного свода стопы.

В норме стопа – это единый слаженный механизм. Ослабление какого-либо одного звена или всего механизма в целом под влиянием внешних или внутренних причин приводит к развитию весьма вариабельной деформации.

По происхождению различают врожденное, травматическое, паралитическое, рахитическое и статическое плоскостопие.

Врожденное плоскостопие установить раньше 5-6 лет нелегко, так как у всех детей младше этого возраста определяются все элементы плоской стопы.

Травматическое плоскостопие – последствие перелома лодыжек, пяточной кости, предплюсневых костей.

Паралитическая плоская стопа – результат паралича подошвенных мышц стопы и мышц, начинающихся на голени.

Рахитическое плоскостопие обусловлено нагрузкой на ослабленный костно-мышечный и связочный аппарат стопы.

Статическое плоскостопие, встречающееся наиболее часто (82%), возникает вследствие слабости мышц голени и стопы, связочного аппарата и костей у детей.

У взрослых на фоне слабости мышечно-связочного аппарата под влиянием неблагоприятных факторов (тяжелая работа, нерациональная обувь, беременность и др.) может также развиться продольное плоскостопие, но оно уже не достигает такой степени тяжести, как в период роста.

В старческом возрасте в связи с общими атрофическими явлениями в организме часто происходит уплощение продольного свода.

Развитию деформаций стоп способствуют наследственные и конституциональные факторы.

В норме при опоре на стопу основная нагрузка приходится на пяточную кость, головки I и V плюсневых костей и на наружный край стопы. При плоскостопии линия опоры стопы смещается кнутри.

При продольном плоскостопии после длительного пребывания на ногах появляются боли, которые усиливаются к вечеру и ослабевают после отдыха. Нередко стопы становятся пастозными, в области наружной лодыжки появляется отечность. Ограничиваются движения в суставах стопы и голеностопном суставе, увеличивается длина стоп вследствие опускания продольного свода.

При развитии поперечного плоскостопия длина стоп уменьшается за счет веерообразного расхождения плюсневых костей, отклонения пальца кнаружи и молотообразной деформации среднего пальца.

В последующем болевой синдром усиливается за счет развивающегося деформирующего артроза суставов стоп. Опорная поверхность стопы увеличивается с нарастанием степени плоскостопия, что отчетливо определяется клинически и на плантограмме.

Деформация может быть фиксированной и нефиксированной. Когда компенсаторные возможности организма достаточно высоки, продольное плоскостопие развивается медленно, перестройка функций стоп идет постепенно и, несмотря на значительно выраженную деформацию, жалоб на боли пациенты не предъявляют. Однако в любой момент может произойти срыв компенсации.

Необходимо выработать правильную походку: избегать разведения носков при ходьбе. Лицам, профессия которых связана с длительным стоянием,

рекомендуется параллельная установка стопы, и время от времени отдых на наружных краях супинированных стоп. В конце рабочего дня – теплые ванны с последующим массажем свода стопы и голени. Большое значение имеют специальные приемы: ходьба босиком по неровной поверхности и песку, ходьба на цыпочках, прыжки, подвижные игры.

Очень важно ношение обуви, хорошо подобранной по ноге. Медиальный край ботинка должен быть прямым, чтобы не отводить кнаружи I палец, носок – просторным. Высота каблука 3-4 см, подметка – из упругого материала.

В комплекс лечения и профилактики прогрессирования плоскостопия, кроме специальной лечебной гимнастики, ношения супинаторов или ортопедической обуви, массажа нижних конечностей включают массаж спины. Дети до 5-7 лет получают общий лечебный массаж.

Цель массажа и лечебной гимнастики: укрепление мышечно-связочного аппарата стопы, улучшение состояния и понижение гипертонуса большеберцовых и малоберцовых мышц, улучшение питания и кровообращения, ликвидация утомляемости и болей.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Подготовительный массаж области голени и стопы

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

Массаж переднелатеральной группы мышц голени

1. Легкие поглаживания большими пальцами.
2. Легкие спиралевидные растирания большим пальцем.
3. Легкие поглаживания.

Завершают массаж области общим обхватывающим непрерывистым поглаживанием.

Массаж задней группы мышц голени (применяют более глубокие приемы)

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание от пятки до подколенной ямки.
2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее прерывистое поглаживание без перекрытия.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками.
5. Обхватывающее прерывистое поглаживание с перекрытием.
6. Продольное прерывистое разминание.
7. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
8. Поперечное непрерывистое или прерывистое разминание.
9. Крестообразное поглаживание.

10. Рубление.
11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Массаж области подошвы

1. Плоскостное поглаживание ладонью от основания пальцев к пятке.
2. Спиралевидное глубокое растирание четырьмя пальцами.
3. Гребнеобразное поглаживание.
4. Гребнеобразное растирание.
5. Гребнеобразное поглаживание.
6. Глубокое поглаживание межкостных мышц большим пальцем.
7. Спиралевидное растирание межкостных мышц большим пальцем.
8. Глубокое поглаживание.
9. Надавливание большим пальцем.
10. Глубокое поглаживание большим пальцем.

Со стороны подошвы тщательно растирают большим пальцем головки плюсневых костей и мягкие ткани между ними, а также по краю пятки.

Массаж мышц возвышения большого пальца (необходимо выполнять с достаточной силой)

1. Щипцеобразное поглаживание.
2. Глубокое спиралевидное растирание большим пальцем.
3. Щипцеобразное поглаживание.
4. Щипцеобразное разминание.
5. Щипцеобразное поглаживание.

Перед массажем стопы и голени полезно применять тепловую процедуру.

Массаж продолжается 15-20 минут ежедневно.

Курс массажа состоит из 20-25 процедур и регулярно повторяется через 1-1,5 месяца. Для получения стойкого лечебного результата необходимо провести не менее 3-4 курсов.

4.2. Классический массаж при сколиозах

Сколиоз (греч. искривление) представляет собой прогрессирующее заболевание, характеризующееся дугообразным искривлением позвоночника во фронтальной плоскости и торсией, то есть скручиванием позвонков вокруг вертикальной оси.

Кроме деформации позвоночника при сколиозе наблюдается деформация таза и грудной клетки. Эти изменения приводят к нарушению деятельности сердечнососудистой, дыхательной, мочеполовой, нервной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта и других систем организма. Поэтому обоснованно говорить не просто о сколиозе, а о сколиотической болезни. Процесс формирования сколиоза – это результат взаимодействия факторов, нарушающих вертикальное положение позвоночника и приспособительных реакций, направленных на сохранение вертикальной позы.

Факторы, нарушающие вертикальное положение, в большинстве случаев, не устранимы (эксцентричное положение пульпозного ядра, клиновидный позвонок).

В основе развития прогрессирующих форм сколиозов лежит замкнутый патологический круг: искривление позвоночника любой этиологии создает асимметричное давление на позвонки, в результате чего развивается клиновидная деформация тел позвонков. Участки кости, где ростковый хрящ подвергается сильной и длительной компрессии, замедляют свой рост, а менее нагруженные отделы, наоборот, ускоряют свой рост. Под влиянием асимметричной вертикальной нагрузки развивается асимметричная тяга мышц-ротаторов позвонков, и возникает торсионная деформация позвонков с их скручиванием вокруг вертикальной оси.

По форме искривления определяют:

С-образный сколиоз (с одной дугой искривления).

S-образный сколиоз (с двумя дугами искривления).

Z- образный сколиоз (с тремя дугами искривления).

Рентгенологическая классификация:

1 степень сколиоза. Угол сколиоза 1° - 10°.

2 степень сколиоза. Угол сколиоза 11° - 25°.

3 степень сколиоза. Угол сколиоза до 40^0.

4 степень сколиоза. Угол сколиоза более 40^0.

Наиболее признана классификация сколиоза В.Д. Чаклина. В основе ее лежат различные по форме дуги сколиоза, по степени выраженности торсионных изменений, по степени тяжести и по стойкости имеющихся деформаций. Выделяют I, II, III и IV степени сколиоза.

Степени сколиоза.

I степень сколиоза. Внешний вид: вялая осанка с опущенной головой и сведенными плечами, выраженная сутулость, надплечье на стороне сколиоза несколько выше, а угол лопатки отстает от средней линии. Асимметрия талии. Намечается поворот позвонков вокруг вертикальной оси. Чтобы определить дугу искривления позвоночника, нужно наклонить больного вперед и отметить дугу по остистым отросткам фломастером. При выпрямлении пациента искривление пропадает. В положении лежа на спине деформация не заметна. На рентгенограмме угол искривления от 5^0до 10^0.

II степень сколиоза. Появляется торсия. Асимметрия контуров шеи, линии надплечий и стояния углов лопаток, неравномерность треугольников талии. Нарушается параллельность линий плечевого и тазового пояса. Таз на стороне искривления опущен. В результате торсии формируется мышечный валик в поясничном отделе на стороне сколиоза и реберное выпячивание в грудном отделе – «перекрут» грудной клетки. В положении лежа искривление не выравнивается, наблюдается в любом положении тела. На рентгенограмме угол искривления до 25^0.

III степень сколиоза. Это фиксированная форма сколиоза, уже сформированы мышечные контрактуры. Позвоночный столб имеет не менее двух дуг. Усиление всех признаков сколиоза II степени. Отмечается выраженная торсия и клиновидная деформация позвонков и дисков, четко очерченный реберный горб. Ослабление мышц живота. Выбухание передних реберных дуг. Мышцы западают, реберная дуга сближается с подвздошной

костью на стороне вогнутости. При физической нагрузке наблюдается дыхательная и сердечнососудистая недостаточность. На рентгенограмме угол искривления до 40^0.

IV степень сколиоза. Деформация позвоночника и грудной клетки становится грубой и фиксированной. Мышцы в области искривления значительно растянуты. Деформация костной системы сочетается со значительными изменениями мышечного аппарата и внутренних органов. Наблюдаются выраженные проявления дыхательной и сердечнососудистой недостаточности.

Угол Кобба на рентгенограмме – более 40^0 и не изменяется в положении лежа.

Развитие сколиотической деформации сопровождается миоадаптивными постуральными реакциями, приводящими к повышению тонуса и укорочению мышц одной стороны и гипотонии и растяжению симметричных мышц другой стороны. Отклонение таза от срединной вертикали в процессе статической компенсации искривления приводит к перестройке соотношений тонуса мышц нижних конечностей, а со временем к появлению в них дистрофических изменений – мышцы на вогнутой стороне укорачиваются, а на выпуклой ослабевают, истончаются.

Лечение зависит от возраста больного, типа сколиоза и степени деформации позвоночника. Детский сколиоз при I и II степени искривления позвоночника лечат консервативно, III и IVстепени – с применением оперативных методов.

Важным условием успешного лечения является полноценное и богатое витаминами питание, регулярное пребывание на свежем воздухе, подвижные игры. Постель должна быть жесткой. Стул и стол на рабочем месте должны соответствовать росту. Нужно чтобы ребенок сидел за столом прямо, а ноги его при этом достигали пола. Важна также правильная установка света, а при нарушении зрения обязательна его коррекция. Систематически проводят лечебную гимнастику и часто назначают ношение корсетов.

Консервативное лечение проводят также в специальных школах-интернатах, в которых создан необходимый круглосуточный лечебный режим.

Программа физической реабилитации при сколиозах включает комплексы лечебной гимнастики и лечебного плавания, массаж, ортопедическую коррекцию (корсетирование, гипсовые кроватки), тренажерную гимнастику.

Одним из ведущих средств консервативного лечения сколиоза является лечебная физкультура. Физические упражнения оказывают стабилизирующее влияние на позвоночник, укрепляя мышцы туловища, позволяют добиться корригирующего воздействия на деформацию, улучшить осанку, функцию внешнего дыхания, дают общеукрепляющий эффект.

ЛФК показана на всех этапах развития сколиоза, но более успешные результаты она дает при его начальных формах. Методика ЛФК определяется степенью сколиоза. При сколиозе I, III, IV степени она направлена на повышение устойчивости позвоночника (стабилизацию патологического процесса), а при сколиозе II степени – также на коррекцию деформации.

Значительное место в физической реабилитации сколиозов занимает лечебное плавание стилем “брасс” после предварительного курса обучения. Во время плавания обеспечивается естественная разгрузка позвоночника, а самовытяжение во время скольжения дополняет разгрузку зон роста. При выполнении гребковых движений последовательно вовлекаются в работу почти все мышечные группы, исчезает асимметричная работа межпозвонковых мышц, восстанавливаются условия для нормального роста тел позвонков. Одновременно укрепляются мышцы живота, спины и конечностей, совершенствуется координация движений.

Противопоказаны физические упражнения, увеличивающие гибкость позвоночника (наклоны, скручивания, повороты) и приводящие к его перерастягиванию (висы).

Важным корригирующим и дополнительным методом в комплексе с другими видами лечения является массаж. Он направлен на формирование правильной осанки, способствует укреплению мышц туловища и выработке мышечного корсета. Методика массажа зависит от типа и степени сколиоза.

В начальный период лечения выполняется интенсивный массаж поверхностных тканей с целью повышения общего тонуса организма, активизации восстановительных процессов, и мягкий массаж мышц для устранения локальных мышечных гипертонусов, профилактики миодистрофических изменений.

Массаж при сколиозах I степени представляет собой совокупность обычных приемов и их вариантов. Во время массажа укрепляются мышцы спины и живота. В тех случаях, когда намечается реберное выбухание, особенно укрепляют мышцы на стороне сколиоза.

Массаж при сколиозах II-III степени имеет свои особенности, связанные со специфическими изменениями в костно-мышечной системе. Известно, что искривление позвоночника при прогрессировании ведет к большим деформациям и изменениям. Наступают значительные нарушения в статике и асимметрия частей тела. В эти изменения вовлекаются мышечные группы всего корпуса. Часть мышц подвергается растягиванию и ослаблению, другая часть – сокращается, и в результате развивается мышечная контрактура.

Массаж становится более глубоким, интенсивным и продолжительным. Проводится дифференцированный массаж с целью растяжения укороченных мышц и повышения тонуса перерастянутых мышц. Уделяется больше внимания массажу мышц груди, живота, шеи, ягодиц, при необходимости нижних конечностей, что способствует закреплению нового двигательного стереотипа.

При двойном искривлении позвоночника (III степень сколиоза) в разных отделах, например, правосторонний грудной и левосторонний поясничный сколиозы, область спины условно разделяется на отделы (квадранты) – два шейных, два грудных и два поясничных. Каждый отдел требует дифференцированного подхода и различных видов массажных приемов. Добавочными отделами являются передняя поверхность грудной клетки,

мышцы живота и боковая поверхность грудной клетки со стороны грудного сколиоза.

Вертикальная линия делит спину на правый и левый отделы. Горизонтальная линия, на уровне I поясничного позвонка, отделяет грудную часть скелета от поясничного отдела и тазового пояса. Условная линия, проведенная горизонтально через ости лопаток, отделяет грудную часть от шейного отдела позвоночника. Таким образом, задняя поверхность тела делится на 6 квадрантов.

Выпуклая часть реберных дуг в грудном отделе покрыта растянутыми мышцами, а на противоположной стороне сколиоза в области западения ребер мышцы в противоположном состоянии и западают в углубление скелета. Лопатка на этой стороне втягивается в углубление вследствие сокращения подлопаточных и межлопаточных мышц. В поясничной области на стороне сколиоза определяется мышечный валик, на другой стороне — западение поясничных мышц. Спереди на стороне грудного сколиоза в области дельтовидно-грудной борозды грудная мышца выражена в виде мышечного тяжа, на противоположной стороне отмечается выбухание реберных дуг.

Исходные положения пациента при массаже способствуют коррекции деформации позвоночника. Высота массажного стола уменьшена (ниже уровня вытянутых пальцев опущенных рук массажиста) для того, чтобы в работе использовать вес своего тела и активную работу ног для обеспечения достаточной силы движений. Стол должен быть установлен таким образом, чтобы массажист мог свободно перемещаться вокруг него.

Для правильного проведения массажа необходимо тщательно разобраться в состоянии мышц пациента на обеих сторонах позвоночника.

Интенсивность выполнения приёмов подбирается соответственно общему состоянию и степени физического развития пациента. Недопустимы болезненность и образование кровоподтеков при проведении массажа.

Массажист не должен пытаться корректировать деформацию позвоночника – это является исключительной компетенцией врача.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

1. *Подготовительный массаж спины*
2. *Массаж ригидных мышц спины слева - I квадрант.*
3. *Массаж области шеи и надплечья слева - II квадрант.*
4. *Массаж области шеи и надплечья справа - III квадрант.*
5. *Массаж области растянутых мышц на спине справа и сглаживание реберного горба - IV квадрант – правый средний.*
6. *Массаж поясничной области справа - V квадрант – правый нижний.*
7. *Массаж поясничной области слева – VI квадрант – левый нижний.*
8. *Массаж передней поверхности грудной клетки справа.*
9. *Массаж передней поверхности грудной клетки слева.*
10. *Массаж живота.*

Исходное положение пациента лежа на животе. Голова повернута в сторону, противоположную грудному сколиозу.

Исходное положение массажиста – со стороны массируемого участка.

Подготовительный массаж спины

1. Плоскостное поглаживание всей спины: постепенно переходить от поверхностного поглаживания к более глубокому.
2. Попеременное растирание.
3. Спиралевидное поглаживание.

Особое внимание уделяется массажу паравертебральных областей.

Обработка тканей вдоль позвоночника и паравертебральной области

1. Глубокое поглаживание по паравертебральным линиям двумя большими пальцами или локтевым краем кисти.
2. Спиралевидное растирание тенаром или локтевым краем кисти мышц паравертебральной зоны.
3. Спиралевидное растирание медиального края крестцово-остистой мышцы дистальным концом основной фаланги II пальца.
4. Накатывание на большой палец вдоль медиального края крестцово-остистой мышцы.
5. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.

Массаж ригидных мышц спины слева (I квадрант – левый средний).

В этой области отмечается западение ребер или имеется тенденция к их западению. Ребра в центре вогнутости сколиоза сближены и межреберные промежутки сужены. Мышцы в этой зоне сокращены.

Применяется расслабляющий массаж с направлением движений от периферии к центру углубления, куда и сдвигаются ребра и мышечный слой, а при движении рук в обратном направлении мышцы растягиваются. По мере расслабления мышц следует проникать в углубление межреберных промежутков и растягивать их.

1. Граблеобразное поглаживание вдоль межреберий.
2. Линейное и спиралевидное растирание (поверхностное).
3. Непрерывистая вибрация от периферии к позвоночнику и обратно.

В области мышц, окружающих лопатку:

1. Раздельно-последовательное поглаживание к плечевому суставу.
2. Попеременное растирание.
3. Глубокое поглаживание и спиралевидное растирание вокруг лопатки.
4. По возможности поглаживание и растирание подлопаточной мышцы, отводя левое плечо назад.

Подлопаточный прием – тыл кисти левой руки пациента лежит на пояснице немного ниже гребня подвздошной кости. Левую руку массажист подводит под плечевой сустав и, захватив его, тянет плечевой пояс назад, отодвигает лопатку от ребер, делая доступной подлопаточную мышцу.

Исходное положение массажиста со стороны западающей лопатки.

5. Растяжение межреберных промежутков (расположив ладони поперек спины, растягивают сближенные ребра).
6. Массаж надостной и подостной мышц (применяют энергичные растирания и поглаживания).
7. Общее поглаживание.

Массаж области шеи и надплечья слева (II квадрант – левый верхний)
Левое плечо опущено, валик трапециевидной мышцы растянут, ослаблен.
Требуется мягкий *тонизирующий массаж*. Применяют поглаживание, попеременное растирание, пиление, спиралевидное растирание, все виды разминаний, легкое рубление.
Приемы разминания и вибрации, чередуясь друг с другом, выполняются в быстром темпе, прерывисто, с малой силой давления. Направление массажных движений преимущественно поперечно ходу мышечных волокон с малой амплитудой.
Массаж области шеи и надплечья справа (III квадрант – правый верхний)
Правое плечо приподнято. Валик трапециевидной мышцы укорочен, напряжен. Необходим мягкий *расслабляющий массаж*. Применяют поглаживание, спиралевидное растирание, сотрясение, щипцеобразное непрерывистое мягкое разминание, растяжение ригидных мышц двумя руками.
Исходное положение массажиста – справа от пациента.
Приемы разминания и вибрации, чередующиеся с приемами поглаживания и растирания, выполняются в продольном направлении с большой амплитудой. Темп выполнения медленный, непрерывный, усилие должно быть умеренным.
Массаж области растянутых мышц на спине справа и сглаживание реберного горба (IV квадрант – правый средний)
Лопатка отведена кнаружи вследствие растяжения и ослабления средней и нижней порции трапециевидной и ромбовидной мышц. Как результат торсии позвонков формируется реберный горб. Межреберья расширены, мышцы ослаблены. Применяют следующие приемы:

1. Раздельно-последовательное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Раздельно-последовательное поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами веерообразно.
5. Раздельно-последовательное поглаживание.
6. Поперечное непрерывистое разминание или полукружное разминание широчайшей мышцы спины.
7. Длинные мышцы спины на стороне сколиоза массируются до западения в поясничной области приемами растирания, разминания, поколачивания тыльной стороной пальцев расслабленной кисти и похлопывания. Сильные удары не допускаются.
8. Для укрепления мышц в области кифоза лопатка активно приводится к средней линии. Массажист удерживает рукой отведенное назад плечо или подкладывает валик и массирует мышцы межлопаточной и лопаточной области, энергично воздействуя на край лопатки, подостную мышцу, подлопаточную мышцу.
9. Воздействие на межреберные мышцы: поглаживание, линейное и спиралевидное растирание, надавливание.

Сглаживание реберного горба.

Исходное положение массажиста со стороны грудного сколиоза.

1. Глажение I вариант двумя руками от позвоночника вниз.
2. Мягкие вибрирующие ритмические надавливания средней силы на выступающие ребра тыльной поверхностью кисти в том же направлении.
3. Глажение I вариант с отягощением и надавливание на ребра вдоль выступа - «глажка».

Механическое воздействие на реберный выступ целесообразнее производить при нефиксированных формах сколиозов и в начале появления выбухания ребер.

Массаж поясничной области справа(V квадрант – правый нижний).

Таз приподнят на стороне поясничного западения, реберная дуга сближена с крылом подвздошной кости. Сближены точки прикрепления мышц поясничного отдела.

Исходное положение пациента: лежа на левом боку.

Исходное положение массажиста: стоя спереди.

1. В области западающих мышц выполняют:
2. Поглаживание, растирание, растяжение (с опорой на пальцы).
3. Растягивание и сдвигание. Одна ладонь на реберной дуге, другая на гребне подвздошной кости. Сближающими движениями рук мягкие ткани с целью расслабления направляют в зону западения, и затем разведением рук мышцы растягивают. Движение повторяется 4-5 раз.
4. Оттягивание гребня назад и вниз. Массажист руками, сложенными в замок, захватывает гребень подвздошной кости и оттягивает таз книзу медленно, но сильно. Запавшие мышцы растягиваются и контурируются в виде небольших тяжей. Этот прием повторяется 4-5 раз.

Массаж поясничной области слева(VI квадрант – левый нижний).

Исходное положение пациента – лежа на животе.

Массажист стоит со стороны поясничного сколиоза.

На стороне поясничного сколиоза в результате торсии появляется выраженный мышечный валик в виде плотного тяжа. Боковые мышцы растянуты, имеют тенденцию к ослаблению.

1. В области мышечного валика в начале массажа применяют расслабляющие приемы чтобы уменьшить его напряжение, а затем вводятся укрепляющие приемы — растирание, разминание и поколачивание пальцами.
2. На боковых мышцах - поперечное непрерывистое разминание, полукружное разминание.
3. Корригирующее воздействие - надавливания на мышечный валик тыльной поверхностью основных и средних фаланг пальцев по направлению от позвоночника к талии.
4. При надавливании одна кисть вкладывается в другую и производится скользящее движение сверху вниз, обходя гребень подвздошной кости

и формируя талию. Нога на стороне поясничной вогнутости немного приподнимается.

5. Надавливание на мышечный валик параллельно позвоночнику - «глажка». Такие надавливания совпадают с деторсионным направлением позвонков.
6. Общее поглаживание.

Поворот пациента на спину.

Массаж на передней поверхности грудной клетки также требует дифференцированного подхода к отдельным частям тела и группам мышц. При II-III степени искривления позвоночника ярко выражена контрактура грудных мышц на стороне сколиоза, где они, сокращаясь, приводят плечо вперед.

Исходное положение пациента – лежа на спине.

Исходное положение массажиста – стоя сбоку.

Массаж передней поверхности грудной клетки справа

Расслабляющий массаж правой большой грудной мышцы.

1. Раздельно-последовательное поглаживание к плечевому суставу.
2. Легкое попеременное растирание.
3. Раздельно-последовательное поглаживание к плечевому суставу.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Раздельно-последовательное поглаживание к плечевому суставу.
6. Сотрясение.
7. Постепенное оттягивание плеча назад по мере снижения тонуса мышц, стремясь создать симметричное положение плеч.

Массаж межреберных мышц

1. Приемы поглаживания и растирания.
2. Растягивание ригидных мышц от центра западения.

Во всех случаях массажа в области запавших ребер и мышц нельзя допускать надавливаний.

Массаж передней поверхности грудной клетки слева

На противоположной стороне сколиоза спереди образуется выбухание ребер. Пассивная коррекция и массаж этого отдела состоят в сглаживании реберных дуг надавливанием и скольжением ладоней и пальцев по направлению хода ребер.

Тонизирующий массаж левой большой грудной мышцы

1. Раздельно-последовательное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Раздельно-последовательное поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Раздельно-последовательное поглаживание.
6. Щипцеобразное разминание, полукружное разминание.
7. Похлопывание, рубление.

Массаж межреберных мышц

1. Поглаживание одним пальцем.
2. Линейное растирание.

3. Перемежающееся надавливание.
4. Пунктирование.
5. Сглаживание реберного горба (как на спине).
6. Одновременное воздействие на задние и передние отделы грудной клетки: захватить одной рукой реберный горб сзади, а другой — реберный горб спереди (перекрестный захват). Задний реберный выступ приводится кпереди, а рёберный горб спереди под действием надавливания отталкивается назад. При данной коррекции грудная клетка принимает правильное положение и снижается высота выступающих ребер. Этот прием носит характер деторсии.

Одновременная двусторонняя коррекция реберных дуг проводится как в положении на животе, так и в положении на спине.

При фиксированной деформации такая коррекция не всегда дает положительный эффект. При II степени сколиоза можно быстрее достигнуть положительных результатов.

Массаж живота.

С изменением положения тазового пояса резко изменяется соотношение тонуса мышц живота, особенно ослабевают косые мышцы. Для укрепления мышц применяется методика массажа брюшного пресса.

Желательно проводить не менее двух курсов массажа в год, включающих 20-25 процедур с постепенным увеличением длительности от 15-20 минут на первых процедурах, до 40-50 минут к восьмой-десятой процедуре.

Рекомендации при коррекции функциональных нарушений структур опорно-двигательного аппарата у детей

1. Организация и строгое соблюдение правильного режима дня (время сна, бодрствования, питания и т.д.);
2. Оптимизация двигательного стереотипа:
   - ✓ - отказ от таких вредных привычек, как стояние на одной ноге, неправильное положение тела во время сидения (за партой, рабочим столом, дома в кресле и т.д.);
   - ✓ - правильная и точная коррекция обуви, компенсирующая дефекты стопы (устранение функционального укорочения конечности).
3. Постоянная двигательная активность, включающая прогулки, занятия физическими упражнениями, спортом, туризмом, плаванием.

4.3. Классический массаж при инфекционно-аллергических и аутоиммунных заболеваниях суставов конечностей и позвоночника

4.3.1. Классический массаж в лечении ревматоидного (инфекционного неспецифического) полиартрита

Инфекционный неспецифический (*ревматоидный*) *полиартрит*, *инфектартрит* – системное воспалительное заболевание соединительной

ткани с преимущественным поражением суставов по типу хронического прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита.
Это наиболее частое заболевание среди полиартритов. Женщины болеют в 2-3 раза чаще, однако в детском и пожилом возрасте это различие не выражено.
Этиология не установлена. Но отмечено участие в происхождении болезни трёх факторов: инфекции, нарушений со стороны иммунной системы и генетической предрасположенности.
Пока не найден единый инфекционный агент, являющийся возбудителем болезни. В разные периоды времени внимание привлекалось к стрептококку, дифтероидам, клостридиям, различным вирусам. Механизм действия возбудителя не сводится к прямому повреждению тканей сустава. Различные микроорганизмы воздействуют на иммунную систему. Нарушения этой системы (при условии генетической предрасположенности) определяют дальнейшее течение болезни. Возможно также воздействие вирусов на генетический аппарат клеток тканей сустава.
Генетическая предрасположенность ревматоидного артрита установлена давно на основании повышенной частоты заболевания среди родственников.
Клиника. Начало болезни может быть острым и подострым, но более типично постепенное медленное развитие. Как бы исподволь появляются стойкие боли, ощущение скованности и припухлость суставов. Часто больные отмечают связь этих явлений с инфекциями, травмами, нервными перенапряжениями, беременностью, родами. Обычно поражаются вначале проксимальные межфаланговые, пястно-фаланговые и плюснефаланговые, лучезапястные и коленные суставы. Характерно симметричное поражение суставов.
При поражении проксимальных межфаланговых суставов пальцы руки приобретают веретенообразную форму. В ряде случаев заболевание длительно протекает в виде моно- или олигоартрита крупных суставов. Боли умеренные, возникают при движении. Ощущение скованности выражено по утрам.
В типичных случаях при осмотре отмечаются припухлость, болезненность при пальпации и сжатии суставов (симптом сжатия кистей, стоп и др.), гиперемия суставов без изменения цвета кожи.
Могут поражаться любые суставы, включая суставы слуховых косточек, хрящей гортани, позвоночные суставы шейного отдела позвоночника. Однако артрит дистальных межфаланговых суставов, грудного и поясничного отделов позвоночника, пояснично-крестцовых сочленений не характерен.
Нередко развивается воспаление влагалищ сухожилий и самих сухожилий (синдром запястного канала). Изменения в области плечевой кости приводят к плечелопаточному периартрозу. Воспаление сумки полуперепончатой мышцы может привести к появлению в подколенной ямке кисты полуперепончатой синовиальной сумки (кисты Бейкера).
Развиваются стойкие деформации суставов, контрактуры, подвывихи, анкилозы. Некоторые виды деформаций суставов весьма характерны.

Ревматоидная кисть. Это деформация пальцев кисти в виде «шеи лебедя» – сгибательная контрактура пястно-фаланговых суставов с переразгибанием в проксимальных и сгибанием в дистальных межфаланговых суставах. Деформация пальца в виде «пуговичной петли» – сгибательная контрактура проксимального и переразгибание дистального межфалангового суставов (положение пальца при застёгивании пуговицы), подвывих пястно-фаланговых суставов с отклонением пальцев в локтевую сторону (кисть в виде "плавника моржа").
Ревматоидная стопа. Молоточковидная деформация пальцев стопы, подвывих плюснефаланговых суставов с развитием плоскостопия, вальгусное отклонение стопы, носят названия
Типично развитие сгибательных контрактур локтевых и коленных суставов. Стойкое поражение суставов сопровождается мышечной атрофией. Раньше развивается и наиболее выражена атрофия мышц на тыле кисти.
Внесуставные поражения, поражения внутренних органов редко выступают на первый план. Их частота увеличивается по мере прогрессирования заболевания. Может быть поражение сердца, лёгких, почек, глаз (поражение сосудов среднего и мелкого калибра).
Для диагностики ревматоидного артрита имеют значение сочетания определенных симптомов и признаков: утренняя скованность, боль при движениях, болезненность, припухлость симметричных суставов не менее шести недель, типичные рентгенологические изменения, включая околосуставный остеопороз, наличие ревматоидных факторов в сыворотке крови, подкожные ревматоидные узелки.
При опросе больных можно выявить вегетативную симптоматику: повышенную потливость, особую чувствительность к холоду, склонность к мышечным спазмам и т.д.
Массаж является обязательным элементом комплексного лечения и должен сочетаться с лечением положением, лечебной гимнастикой и кинезотерапией, физиотерапией.
При ревматоидном артрите массаж назначают в подострой и хронической стадиях при всех степенях активности процесса.
Цель массажа: улучшить кровообращение в пораженных суставах, коже, мышцах; снять напряжение в мышцах конечностей, улучшить их трофику, тонус и силу; восстановить нормальную амплитуду движения в суставах; способствовать рассасыванию экссудата, уменьшению боли и скованности; оздоровить и укрепить весь организм.
Лечение положением и лечебную гимнастику применяют во всех стадиях заболевания для предупреждения порочных положений, сохранения и увеличения объема движений. Больной вследствие боли стремится ограничить движение, выбирает наименее болезненную позу и длительно фиксирует конечность в покое в этом положении. При этом непораженные суставы также фактически лишаются движения, а избранные больным положения часто являются функционально невыгодными. Кроме того, в период

боли с целью щажения сустава вырабатываются приспособительные движения

Мышцы, фиксирующие суставы, резко напряжены. В этот период больного следует обучить расслаблению мышц, правильному дыханию.

Лечение положением следует использовать для суставов, нуждающихся в покое, а для близлежащих суставов часто в течение дня менять положение. Особенно необходимо следить за состоянием суставов кисти и пальцев.

После массажа массажист должен *придавать пальцам и кисти пациента правильное положение:*

- ✓ *при поражении пястно-фаланговых суставов* подкладывать валик под эти суставы в положении разгибания их при согнутых межфаланговых и разогнутых концевых фалангах суставов;
- ✓ *при поражении межфаланговых суставов* подкладывать валик так, чтобы пястно-фаланговые суставы оставались свободными, а межфаланговые прилегали к валику в положения разгибания, концевые фаланги слегка согнуты;
- ✓ *при наклонности к развитию «плавников моржа»* – использовать шину, отклоняющую кисть в лучевую сторону.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при ревматоидном полиартрите

Область массажа: верхние и нижние конечности. При напряжении мышц спины и воротниковой зоны массируют также и эти отделы. После массажа спины рекомендуется массаж мышц пораженных суставов. Однако при массаже охватывают не все суставы одновременно, а начинают с менее пораженных суставов, где болевые ощущения меньше.

Для улучшения лимфооттока из полости сустава рекомендуется массировать сначала периартикулярные, затем мягкие ткани над суставом. Кожа при заболеваниях суставов теряет свою эластичность, плохо смещается, может быть утолщена и болезненна. Применяя медленное растирание в виде штрихования, послойно воздействуют на кожу, подкожную соединительную ткань, фасцию. При последовательном массаже каждого из этих слоев не захватывают другой слой.

Массаж проводят в положении больного лежа. В дальнейшем при достаточном умении больного расслаблять мышцы руки можно массировать в положении сидя. Во время массажа следует добиваться максимального расслабления мышц. При массаже передней поверхности ноги целесообразно подкладывать валик под коленные суставы, при массаже задней поверхности – под голеностопный сустав. *Массаж руки* производят в положении лежа или сидя. В положении сидя больной кладет руку на массажный столик, а массажист садится напротив него.

План массажа.

1. Деплеторный массаж на участке, расположенном выше поражённого сустава.
2. Избирательный массаж атрофичных мышц, состоящий из глубокого поглаживания, спиралевидного растирания, щипцеобразного разминания

и механической вибрации шаровидным резиновым или полушаровидным эбонитовым вибратодом вдоль атрофичных мышц.

3. Массаж суставов: особое внимание обращают на края суставных поверхностей, места прикрепления суставной капсулы, связок и сухожилий к костям. В этих местах при наличии выраженных болей следует массировать осторожно, но настойчиво, применяя круговое или спиралевидное растирание и механическую вибрацию с помощью плоского или воронкообразного вибратода.

После массажа пациент должен избегать охлаждения суставов. Продолжительность массажной процедуры зависит от количества подвергающихся массажу суставов.

Курс массажа, состоящий в среднем из 10-15 процедур, необходимо регулярно повторять через 1-1,5 месяца.

Методические указания

1. Особенно важно помнить о том, что при выраженной активности процесса у больных ревматоидным артритом можно массировать всю конечность и непораженные суставы, а также те суставы, в которых имеются экссудативно-пролиферативные изменения. В случаях возникновения новых поражений отдельных суставов, с яркими экссудативными проявлениями, массировать их не рекомендуется, а при массаже конечности эти суставы затрагивать.
2. Массаж мышц должен дифференцироваться в зависимости от состояния их тонуса. При наличии контрактур, анкилозов сила мышц снижена, тонус их изменен. Контрактуры и анкилозы приводят к тому, что точки прикрепления одной группы мышц длительно сближены, а мышц-антагонистов - перерастянуты. Поэтому для мышц, пораженных контрактурой, применяют поглаживание, легкое растирание, а 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.
3. *Субфебрильная температура, ускоренная СОЭ не являются противопоказаниями к применению массажа при ревматоидном артрите*.
4. Методика массажа должна быть дифференцированной с учетом выраженности активности процесса. Так, в неактивной фазе и при минимальной активности процесса массажные приемы должны быть интенсивными. При средней выраженнности активности процесса методика воздействия должна быть щадящей.
5. Массаж обязательно должен сочетаться с *лечебной гимнастикой*, которую проводит методист лечебной физкультуры в физкультурном зале палате, кабинете. Но, помимо этого, в массаж обязательно включают специальные упражнения, которые выполняются под руководством массажиста после массажа суставов.

6. На первых 3-4 процедурах выполняют упражнения по облегченной методике, пассивные, активные с помощью массажиста. Постепенно увеличивается сила выполнения движений, чем оказывается сопротивление.
7. После массажа *пальцев и кисти* нужно сгибать и разгибать пальцы, противопоставлять I палец другим. Выполняют сгибания, разгибания, отведения, приведения, круговые движения *кисти*.
8. Производят сгибание, разгибание, разведение *пальцев ног*. В *голеностопном суставе* – сгибание и разгибание, отведение и приведение, круговые движения.
9. *При проведении пассивных движений амплитуда не должна превышать физиологических норм подвижности суставов*
10. Массаж при заболеваниях суставов применяют в комплексе с медикаментами, гормонами, витаминами. Особенно эффективно сочетание его с лечебной гимнастикой, гимнастикой в ванне и бассейне и различными физическими методами лечения.
11. Массаж сочетают с минеральными ваннами (радоновыми, сероводородными, йодобромными и др.), грязелечением; хороший эффект даёт применение индуктотермии, электрофореза, электросна.

4.3.2. Классический массаж при ревматическом полиартрите

Ревматизм – инфекционно-аллергическое заболевание стрептококковой этиологии, характеризующееся многообразием клинических проявлений, среди которых полиартрит занимает одно из первых мест.

Начинаясь в детском возрасте именно с поражения суставов, ревматизм нередко протекает как хроническое рецидивирующее заболевание на протяжении всей жизни больного. В последние годы заболеваемость ревматизмом и ревматическим полиартритом значительно снизилась в результате профилактических и лечебных мероприятий, повышения материального благосостояния людей, изменения биологических взаимоотношений макро- и микроорганизмов.

В результате изменения биологической структуры возбудителя под влиянием лекарственной терапии и воздействий внешней среды, а также ряда других факторов, ревматический процесс претерпевает модификацию, меняется в своем клиническом выражении.

Сегодня редко удается наблюдать яркую вспышку воспаления сустава при ревматизме, потому что многие больные в течение первых суток заболевания до обращения к врачу принимают различные антиревматические лекарственные средства.

Наряду с исчезновением тяжелых форм поражения сердца учащаются случаи атипичных, вялотекущих форм, а также появляются новые разновидности поражения суставов, сосудов, сердца.

У части больных малозаметные клинические признаки воспаления суставов могут иметь стойкий характер (4-6 мес.). У детей же артрит, как правило, кратковременный (1-2 дня) и чаще локализуется в одном-двух суставах.

В большинстве случаев воспалительный процесс в суставах развивается быстро, сохраняясь от нескольких дней до нескольких недель, часто «переходя» с одного сустава на другой. При этом воспаление одного и того же сустава может повторяться несколько раз.

При остром ревматическом полиартрите болезнь начинается с резкого повышения температуры и сильной боли в суставах. Поражается один или сразу несколько суставов. Начинается воспаление во внутрисуставной сумке и околосуставных тканях. Каждое движение причиняет сильные боли, движения ограничены. Больной обычно прикован к постели. Болезнь может продолжаться один – два месяца и дольше. При правильном лечении сильных изменений в суставах не происходит.

Потом некоторое время длится ремиссия, после чего начинается новая атака ревматизма с повышением температуры и вовлечением в патологический процесс новых суставов.

После стихания обострения тугоподвижность суставов может сохраняться, понижая трудоспособность пациента. Нередко в болезненный процесс вовлекаются ткани, окружающие сустав, в околосуставных сумках отмечаются проявления бурсита (скопление жидкости) и синовиита, хотя и менее выраженные, чем при ревматоидном полиартрите. Выраженность проявлений артрита во многом определяется активностью аутоиммунных процессов.

В пожилом возрасте ревматический артрит всегда сопровождается остеопорозом.

Нередко артрит проявляется только в виде артралгии (при переохлаждении, перемене погоды) или же припухлости суставов, которая бывает незначительной и сохраняется лишь несколько часов. Это особенно характерно для детского возраста.

Однако в течение последнего десятилетия все чаще встречаются случаи хронического, мало выраженного артрита двух-трех суставов (олигоартрит), имеющего стойкий характер. Иногда наблюдается стойкий моноартрит с наличием пролиферативных изменений, напоминающих ревматоидный артрит с покраснением кожных покровов и повышением местной температуры.

По частоте поражения суставы распределяются следующим образом: коленные, лучезапястные, голеностопные, локтевые, плечевые, межфаланговые, межпозвоночные суставы шейного отдела позвоночника. Редко поражаются тазобедренные, крестцово-подвздошные и грудино-ключичные суставы.

Основным симптомом заболевания являются ноющие боли в суставах, усиливающиеся в холодную, сырую погоду. Болезнь протекает без повышения температуры тела. Возникает припухлость суставов, которая является не столько следствием разрушения самих суставов, сколько проявлением вяло текущего воспалительного процесса в околосуставных тканях.

К хроническим ревматическим полиартритам относится и узловатый ревматизм, при котором в подкожной клетчатке появляются болезненные узлы. Они в большинстве случаев возникают симметрично, чаще на голенях, в области коленных, голеностопных и локтевых суставов, а также на пальцах рук, иногда на пальцах ног. Со временем из-за разрушения головок пястных и плюсневых костей может происходить искривление пальцев конечностей.
С целью улучшения кровообращения, ликвидации последствий гиподинамии (в активной фазе ревматизма) после стихания воспаления рекомендуется проводить сегментарный массаж и массаж конечностей и суставов.
Цели массажа при заболеваниях суставов: способствовать уменьшению и ликвидации болей, отёка, выпота, улучшить кровообращение и лимфоток в суставах и периартикулярных тканях, предупредить и ликвидировать мышечную атрофию, контрактуры и тугоподвижность суставов, предупредить развитие остеопороза.
При наличии недостаточности кровообращения массаж конечностей способствует улучшению центральной и периферической гемодинамики.
При ревматическом поражении суставов массаж назначают после острого периода заболевания.
Техника и методика массажа зависит от анатомического расположения пораженных суставов.
Примерная схема и содержание массажной процедуры

1. Массаж мягких тканей вдоль позвоночника на уровне соответствующих сегментов.
2. Массаж вышележащего (проксимального по отношению к суставу) участка для динамичного влияния на кровообращения и лимфообращение, где применяют все массажные приемы, особенно глубокое поглаживание и разминание.
3. Массаж области суставов - на первых 2-3 процедурах очень щадящий. Он может состоять только из приемов легкого поглаживания. Позднее добавляются и приемы растирания. Все приемы в области суставов должны быть легкими, а движения рук массажиста – медленными. Такие приемы способствуют уменьшению болей. В дальнейшем сила давления рук массажиста должна постепенно возрастать.

Продолжительность первых процедур – 10 минут, затем постепенно увеличивается до 15 минут. Массаж проводят ежедневно. Курс массажа состоит из 12-15 процедур, который необходимо регулярно повторять. В комплекс лечебных мероприятий обязательно включают и лечебную физкультуру.

4.3.3. Классический массаж в лечении бруцеллезного полиартрита

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

Сообщения о бруцеллезе встречаются еще у Гиппократа, 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. 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 правил.

Инфекция передается алиментарным, контактным и аэрогенным путями. Контактный путь заражения связан с производственными процессами по обслуживанию животных и обработке сырья от них. Входными воротами инфекции может быть кожа при наличии на ней ссадин, ранок; пищеварительный тракт и дыхательные пути. 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.

В организме бруцеллы 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 кровоток, 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.

Заболевание не имеет специфических черт. Больные обычно предъявляют четыре основные жалобы:

1- перемежающаяся боль в суставах, преимущественно в нижних конечностях, иногда весьма сильная и мучительная;
2- повышение температуры тела (до 38°С) или в виде длительного субфебрилитета или волнообразного типа с резкими подъёмами и падениями;
3- усиленная потливость, испарина, иногда ночная потливость;
4- 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 неврастении – 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.*
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. ***Острый бруцеллезный полиартрит*** *характеризуется резкими болями, ограничением движений в суставах, припухлостью периартикулярных тканей, местным повышением температуры кожи над больным суставом, иногда покраснением кожи и отечностью.* 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.

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

Цель массажа: *уменьшение и ликвидация болей, улучшение кровообращения и лимфотока в зоне поражения, ускорение процессов рассасывания экссудата,*

устранение отечности в периартикулярных тканях, восстановление функции суставов.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при бруцеллёзе

Массаж области спины и поясницы

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).*

Массаж мягких тканей вдоль позвоночника по паравертебральным линиям.

1. Глубокое поглаживание двумя *большими пальцами чередуют с приемами:*
2. *Спиралевидное растирание двумя большими пальцами.*
3. *Сдвигание (продольное).*
4. *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.

Массаж пояснично-крестцовой области

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.*

Массаж области крестца

1. *Пиление.*
2. *Штрихование.*
3. *Сдвигание.*

Массаж области крестцово-подвздошного сочленения

1. *Раздельно-последовательное поглаживание большими пальцами.*
2. *Спиралевидное растирание одним или двумя пальцами.*
3. *Раздельно-последовательное поглаживание большими пальцами.*

4. *Штрихование.*
5. *Раздельно-последовательное поглаживание большими пальцами.*
6. *Сдвигание.*
7. *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.*

4.3.4. Классический массаж при болезни Бехтерева

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, грудинно-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. Появляются боли и снижение подвижности в тазобедренных суставах. Глубокое дыхание, кашель, чихание также могут вызывать боли.

Объективно в этот период можно уже видеть один из характерных симптомов – дугообразное искривление позвоночника и характерную сутулость: больной приобретает позу "просителя" (руки согнуты в локтях, спина сутулая, голова наклонена, ноги немного согнуты в коленях).

Покой и неподвижность увеличивают боли и скованность, а движение и умеренная физическая активность – уменьшают. При отсутствии лечения может наступить полная обездвиженность позвоночника, происходит анкилозирование межпозвонковых суставов.

При периферической форме заболевания оно может манифестировать с поражения крупных суставов – локтевых, коленных, голеностопных (напоминая ревматоидный артрит).

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.

Иногда встречается медленное почти безсимптомное течение

патологического процесса, и болезнь выявляется случайно при рентгенологическом обследовании. Отмечается сужение суставных щелей крестцово-подвздошного сустава, обызвествление надостистых связок позвоночника без уплощения межпозвоночных 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. Это:

- ✓ 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 больному 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 кровo - 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.

Продолжительность массажа 15-30 мин.

На курс 15-20 процедур, в году 3-4 курса.

4.4. Классический массаж при дистрофически-дегенеративных заболеваниях суставов и позвоночника

4.4.1. Классический массаж при остеоартрозе

Остеоартроз — хроническое прогрессирующее заболевание суставов, характеризующееся первичной дегенерацией суставного хряща с последующим изменением субхондральной кости**,** развитием краевых остеофитов и сопровождающееся реактивным синовиитом.
Основными клиническими симптомами остеоартроза являются боль и деформация суставов, нарушение конгруэнтности суставных поверхностей, приводящие к функциональной недостаточности.
В основе дегенеративных дистрофических изменений при артрозе лежит первичное повреждение хряща с последующей воспалительной реакцией.
Терминологические определения – остеоартроз, артроз, остеоартрит, деформирующий артроз – в настоящее время в X Международной классификации болезней представлены как синонимы.
Выделяют локализованную (поражение одного сустава) и генерализованную формы остеоартроза (*полиостеоартроз*).
Некоторые распространённые виды остеоартроза получили отдельные названия. В частности, термин *«гонартро́з»* (от др.греч. – колено) используют для обозначения артроза коленного сустава, «*коксартро́з*» (от лат.*соха* – бедро) – для обозначения артроза тазобедренного сустава.
Чаще всего при остеоартрозе поражаются суставы кисти, первый плюснефаланговый сустав стопы, суставы шейного и поясничного отделов позвоночника, коленных и тазобедренных суставов. Однако по тяжести нарушения функции опорно-двигательного аппарата первое место занимают тазобедренный, коленный и голеностопный суставы, а также плечевой сустав.
Различают 3 стадии артроза.
I стадия – выраженных морфологических нарушений тканей сустава нет. Изменения относятся только к функции синовиальной, к биохимическому составу синовиальной жидкости, которая за счет диффузии питает хрящ и мениски сустава. Сустав теряет способность противостоять привычной для него нагрузке, и перегрузка сустава сопровождается воспалением и болевым синдромом. Мышцы, которые осуществляют движения в суставе, ослаблены, но, в общем, не изменены.
II стадия – начинается разрушение суставного хряща и менисков. Кость реагирует на нагрузку суставной площадки краевыми разрастаниями – остеофитами. Наблюдается нарушение функции мышц за счет нарушения рефлекторной нейротрофической регуляции.
III стадия – стадия тяжелого артроза. Её признаки – выраженная костная деформация опорной площадки сустава, которая изменяет ось конечности.

Несостоятельность, укорочение связок сустава приводит к патологической подвижности сустава или в сочетании с жесткостью суставной сумки – к резкому ограничению естественных движений – контрактур. Нагрузка на сустав и двигательная активность резко нарушается. В связи с контрактурами и нарушением оси конечности изменяется амплитуда сокращения мышцы, изменяются нормальные точки прикрепления мышечно-сухожильного комплекса. Это сопровождается укорочением или растяжением мышцы, снижением способности к полноценному сокращению. Трофические нарушения при заболевании сустава касаются не только мышц, но и всех тканей конечности. Хроническое воспаление и болевой сидром обычно сопровождают 2 и 3 стадию.

Остеоартроз нередко ведет к утрате трудоспособности или инвалидности в зависимости от его локализации, степени тяжести, что определяет медицинскую и социальную значимость реабилитационных мероприятий.

Основные клинические проявления остеоартроза: боль, деформация и тугоподвижность суставов.

Отличительной особенностью болевого синдрома при остеоартрозе является его связь с движением. Боли в пораженных суставах возникают под влиянием дневной физической нагрузки и стихают за период ночного отдыха. Это так называемый механический тип болей, наличие которых объясняется снижением амортизационных способностей хряща и костных подхрящевых структур. Непрерывные тупые ночные боли чаще в первой половине ночи связаны с венозным стазом в субхондральной спонгиозной части кости и повышением внутрикостного давления. Стартовые боли – кратковременные боли (15-20 мин), возникающие после периодов покоя и проходящие на фоне двигательной активности, обусловлены трением суставных поверхностей, на которых оседает детрит — фрагменты хрящевой и костной деструкции. Постоянные боли связывают с возникновением реактивного синовиита и рефлекторным спазмом близлежащих мышц. Боли в суставах нередко сопровождаются непродолжительной (в течение нескольких секунд) скованностью, исчезающей при движении.

Деформация пораженных суставов обусловлена наличием костных разрастаний – остеофитов. Реже встречается дефигурация суставов вследствие отека околосуставных тканей.

Крепитация – характерный симптом остеоартроза, проявляющийся хрустом, треском или скрипом в суставах при движении, возникает вследствие нарушения конгруэнтности суставных поверхностей, ограничения подвижности в суставе или блокады "суставной мышью". Длительное течение болезни сопровождается утолщением сумки сустава, которая подвергается волокнистому перерождению, сморщиванию и частичному обызвествлению, при этом развивается контрактура сустава. Особенности клинического течения остеоартроза обусловлены его локализацией.

Гонартроз – поражение коленных суставов, самая частая форма остеоартроза. Развивается постепенно, характеризуется болями механического характера, часто возникающими при ходьбе с горы или

лестницы. В раннем периоде заболевания болевые ощущения воспринимаются как чувство повышенной утомляемости нижних конечностей при ходьбе. По мере прогрессирования остеоартроза отмечаются уменьшение скорости, длительности ходьбы, чувство скованности в коленных суставах в начале движения. Для диагностики гонартроза используются критерии, включающие:

- ✓ ограничения и/или болезненность при пассивном сгибании коленного сустава (сгибание в норме не менее 135°, разгибание – 0°);
- ✓ сужение щели бедренно-большеберцового или бедренно-наколенного суставов;
- ✓ остеофиты и/или субхондральный склероз, субхондральные кисты.

Коксартроз – поражение тазобедренных суставов, наиболее тяжелая форма остеоартроза, которая обычно достаточно быстро заканчивается нарушением функции сустава вплоть до полной ее потери. Для постановки диагноза остеоартроз тазобедренных суставов, согласно критериям Американской коллегии ревматологов, необходимо наличие боли в тазобедренном суставе и два из следующих трёх признаков: 1) СОЭ < 20 мм/ч; 2) рентгенологически выявленные остеофиты головки бедренной кости или вертлужной впадины; 3) рентгенологически выявленное сужение суставной щели.

Поражение дистальных межфаланговых суставов кистей (узелки Гебердена) – третья характерная локализация остеоартроза встречается преимущественно у женщин в период менопаузы, при этом часто отмечается и поражение проксимальных межфаланговых суставов кистей рук (узелки Бушара). Классификационные критерии остеоартроза суставов кисти включают боль, ломоту или скованность в кисти и 3 или 4 следующих признака: 1) увеличение (твердое по плотности) объема двух или большего числа суставов (из 10 принимаемых во внимание); 2) увеличение (твердое по плотности) объема двух или большего числа дистальных межфаланговых суставов; 3) припухлость не менее трёх пястно-фаланговых суставов; 4) деформацию как минимум одного из 10 принимаемых во внимание суставов.

Полиостеоартроз — частый вариант остеоартроза с множественным поражением периферических и межпозвоночных суставов.

В комплекс лечебных и реабилитационных мероприятий обязательной составляющей является массаж.

Массаж улучшает общее самочувствие, снимает болезненный спазм мышц, улучшает кровообращение, передачу нервных импульсов, тем самым обеспечивается улучшение питания суставного хряща.

Цель массажа: снижение болевого мышечного спазма, повышение тонуса ослабленных мышц, усиление трофики пораженных суставов, улучшение двигательной активности больного, *профилактика контрактур на ранних стадиях заболевания, ликвидация контрактур и мышечных атрофии на поздних стадиях.*

Примерная схема массажной процедуры

При коксартрозе

Выполняют массаж пояснично-крестцовой области, ягодичной области, тазобедренного сустава, нижней конечности.
При гонартрозе
Выполняют массаж бедра, коленного сустава, голени.
Исключают жесткие приемы: рубление, поколачивание.
Продолжительность массажа 15-30 мин.
На курс 15-20 процедур, в году проводят, как минимум, 2 курса.

4.4.2. Классический массаж при остеохондрозе

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).
Остеохондроз позвоночника является нейро-ортопедическим заболеванием, его лечением занимаются и невропатологи, и ортопеды, и нейрохирурги, и мануальные терапевты. На III Всесоюзном съезде травматологов ортопедов (1976 год) было достигнуто согласие в том, что же понимать под термином «остеохондроз»:
«Первично это заболевание позвоночника, и значительная часть его клинических проявлений носит характер ортопедических синдромов (вертебральные синдромы, по Я. Ю. Попелянскому). Методы лечения остеохондроза при этом преимущественно ортопедические.
Дальнейшее развитие процесса приводит к воздействиям на нервные образования (и на питающие их сосуды) в позвоночном канале и межпозвонковых отверстиях, обусловливая неврологические синдромы – их компрессии или ишемии (синдромы, вертеброгенные по происхождению, но неврологические по своему характеру). Они требуют преимущественно неврологического (консервативного) или нейрохирургического лечения (декомпрессии).
Наконец, вертеброгенные воздействия нередко затрагивают магистральные сосуды головного мозга – позвоночные артерии, вызывая очень сложные расстройства мозгового кровообращения. Иногда вертебральные и вертеброгенные синдромы сочетаются у одного и того же больного – в этих случаях необходимы комбинированные воздействия.»
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.
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.
Клиническая картина остеохондроза характеризуется хроническим течением с различной длительностью периодов обострения и ремиссий.

В классификации синдромов остеохондроза /по Попелянскому Я.Ю., 1962-1973/ можно выделить следующие группы синдромов:

- ✓ *Рефлекторные*

(нейроваскулярные, мышечно-тонические, нейродистрофические)

- ✓ *Компрессионные*

(спинальные, корешковые, сосудистые)

- ✓ *Миоадаптивные* (постуральные)

Рефлекторные синдромы возникают в результате раздражения рецепторов возвратных спинальных нервов. Импульсы по этим нервам поступают в задние рога:

- переключаясь на передние рога, они вызывают рефлекторное напряжение (дефанс) иннервируемых мышц – появляются *рефлекторные мышечно-тонические синдромы*;
- переключаясь на симпатические центры боковых рогов, вызывают развитие *рефлекторных вазомоторных*, т.е. сосудодвигательных и *нейродистрофических* синдромов (нейродистрофические синдромы характеризуются тем, что плохокровоснабжаемые ткани, обычно связки, сухожилия в местах прикрепления к костным выступам, подвергаются разволокнению, набухают, становятся болезненными, особенно при растяжении и пальпации).

Рефлекторные синдромы

- ✓ 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 «снимания шлема», шум в ухе, головокружение, цветные пятна перед глазами, болезненность точки проекции позвоночной артерии при пальпации.

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.

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.

Диагностика остеохондроза.

Рентгенография позвоночника позволяет определить стадию развития остеохондроза; при рентгенологическом обследовании выявляются только клинически бессимптомные грыжи Шморля.

Грыжи межпозвонковых дисков выявляются при проведении компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

4.4.2.1. Классический массаж при шейном остеохондрозе

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

Причиной развития дегенеративных процессов в межпозвонковом диске могут служить нарушение обмена веществ в организме человека, сидячий образ жизни (например, за рулем автомобиля, за компьютером и т.д.), а также генетические факторы. 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.

Шейный отдел позвоночника весьма подвижен, поэтому шейные межпозвонковые диски испытывают относительно большую нагрузку, особенно расположенные между IV-V и V-VI шейными позвонками. В поперечных отростках шейных позвонков имеются отверстия, образующие канал, в котором проходят позвоночная артерия, вена и симпатический нерв. Верхняя покровная пластинка тел шейных позвонков отграничена по бокам вертикально стоящей костной каемкой – крючковидным отростком, который расположен близко к отверстию в поперечных отростках шейных позвонков. Межпозвонковый диск – это хрящевая пластинка, сращенная с краевой пластинкой тел позвонков. Он состоит из волокнистого фиброзного кольца, находящегося на периферии, и студенистого ядра, расположенного в центре. Ядро очень упругое и выполняет амортизирующую функцию.

Установлено, что у детей межпозвонковые диски питаются за счет сосудов, в свою очередь питающих хрящ из боковых отделов тел позвонков. С возрастом сосуды запустевают, и диски превращаются в бессосудистые образования, питающиеся за счет тканевой жидкости путем диффузии. В шейном отделе часто развиваются экзостозы (костные выросты) по краям суставных поверхностей тел позвонков.

На боковой проекции межпозвонковые диски шейного отдела имеют клиновидную форму, острым углом направленную кзади. Форма дисков и

обусловливает шейный лордоз. Из-за большой подвижности и нагрузки остеохондроз чаще развивается в межпозвонковых дисках между IV-V и V-VI шейными позвонками. На этом же уровне максимально выражен шейный лордоз. Особое значение имеет соединение крючковидного отростка с телом вышележащего позвонка, так называемое унковертебральное сочленение. Известно, что увеличение крючковидного отростка может привести к сдавливанию сосудисто-нервного пучка, проходящего через отверстия в поперечных отростках шейных позвонков.

Позвоночная артерия является ветвью подключичной артерии. Она входит в канал поперечных отростков VI шейного позвонка, выходит через отверстия в поперечных отростках II шейного позвонка и затем входит в полость черепа через большое затылочное отверстие. В полости черепа правая и левая позвоночные артерии сливаются и образуют одну основную артерию, питающую своими ветвями задние отделы головного мозга. Ветви позвоночной артерии питают шейный отдел спинного мозга и его оболочки.

При сдавливании позвоночной артерии происходит нарушение питания задних отделов головного мозга, однако недостаток кровообращения обычно компенсируется за счет ветвей внутренней сонной артерии.

Позвоночные вены принимают венозную кровь из полости черепа и глубоких мышц шеи. Они впадают в безымянные вены. Застой в позвоночных венах приводит к сдавливанию позвоночных артерий, отчего возникают клинические симптомы шейного остеохондроза. При деформации шейного отдела позвоночника, уменьшении высоты межпозвонковых дисков суживаются межпозвонковые отверстия и сдавливаются проходящие в них корешки спинномозговых нервов, а также сосуды, питающие их.

Одной из причин возникновения остеохондроза является нагрузка на позвоночник по его вертикальной оси, при этом в первую очередь страдают межпозвонковые диски, которые плохо снабжаются кровью, и поэтому здесь раньше развивается дегенерация хряща. Травмы, инфекции, интоксикации ускоряют развитие дегенеративных процессов. В основе начальной стадии болезни лежит нарушение физико-химических процессов в студенистом ядре из-за нарушения питания. В результате межпозвонковый диск уплощается, теряет амортизационные свойства. Фиброзное кольцо разрыхляется, в нем появляются трещины.

Когда процесс ограничивается только диском, эту стадию называют первичной. На рентгенограмме особых изменений нет.

На второй стадии в процесс вовлекаются тела смежных позвонков. Из-за разрушения межпозвонковых дисков тела соседних позвонков сближаются и смещаются фасетки межпозвонковых суставов, нарушается механизм их движений. В результате развиваются экзостозы по краям суставных поверхностей тел позвонков.

На третьей стадии разрастаются остеофиты, и теряется подвижность позвоночника. Деформированные крючковидные отростки значительно суживают просвет канала позвоночной артерии. Они сдавливают артерию и симпатический нерв.

Остеохондроз шейного отдела позвоночника начинается незаметно, прогрессирует медленно и развивается у лиц, занимающихся трудом, связанным с длительным наклоном головы (бухгалтеры, счетоводы, машинистки, парикмахеры, зубные врачи, массажисты), чаще у женщин. У людей, занимающихся физическим трудом, остеохондроз развивается реже. Остеохондрозу способствует развитие атеросклеротических явлений. Сосудисто-нервный пучок, проходящий в отверстиях поперечных отростков шейных позвонков, может быть сдавлен частью выпятившегося диска (грыжей). Перегрузки, интоксикации, инфекции, болезни обмена приводят к ухудшению заболевания.

Первая стадия бессимптомная. Во второй стадии появляются симптомы, зависящие от сдавливания позвоночной артерии, симпатического нерва и спинальных корешков или от сдавливания спинного мозга грыжей диска. Выделяют корешковый синдром, возникающий вследствие сужения меж-позвонковых отверстий, и синдром церебральных нарушений.

Одним из симптомов шейного остеохондроза является приступообразная, мучительная головная боль при определенном повороте головы. Эта боль имеет строго половинчатое распространение, она начинается в области шеи и распространяется в затылок, темя, висок, ухо, лоб и глаз. Наиболее сильные головные боли отмечаются ночью или утром, днем они уменьшаются или исчезают.

Последнее объясняется тем, что днем пациент рефлекторно удерживает голову в определенном положении, при котором остеофиты не сдавливают позвоночную артерию и симпатический нерв. Ночью, когда, по словам пациента, подушка кажется каменной из-за болей, внезапный, неосторожный поворот головы вызывает резкое усиление боли. В теплую, сухую, солнечную погоду такие пациенты чувствуют себя лучше, головные боли уменьшаются.

Падение барометрического давления, повышение влажности приводит к усилению головных болей. В период сильной боли появляется резко выраженная гипералгезия кожи волосистой части головы, боль возникает даже при прикосновении к волосам. Головная боль появляется из-за раздражения симпатического нерва, который проходит рядом с позвоночной артерией, и нарушения кровообращения в системе основной артерии. В момент сильной головной боли возникает боль в глазах, которая усиливается при чтении. На стороне поражения снижается острота зрения. Появляется пелена перед глазами, мелькание "мушек". Это связано с недостаточным питанием затылочных долей головного мозга. Нередко отмечаются снижение слуха, шум в ушах, иногда – головокружение. После окончания приступов головных болей слух восстанавливается, головокружения и шум в ушах исчезают. При шейном остеохондрозе могут быть боли в шее, плечевом поясе. Наблюдаются корешковые боли, усиливающиеся при длительном вынужденном положении головы.

Боковые грыжи дисков проявляются шейно-грудными радикулопатиями и плексопатиями. Пациенты жалуются на резкое усиление болей в области шеи

и руке при определенном повороте головы. Чаще боли иррадиируют в наружную поверхность плеча и предплечья вплоть до большого и указательного пальцев. При поражении сегментов С5–С6 наблюдается снижение или выпадение рефлексов с двуглавой мышцы плеча. При поражении сегментов С6 и С7 наблюдаются иррадиация болей и снижение чувствительности в области III и IV пальцев руки, при поражении корешков С7 и С8 – иррадиация болей по внутренней поверхности плеча и предплечья и в области IV и V пальцев. При этом снижены рефлексы с трехглавой мышцы плеча.

Иногда возникают онемение в руке, чувство ползания мурашек, мышечная слабость на стороне поражения. У таких пациентов может быть цервикальная гипертония. При пальпации определяется болезненность в области остистых отростков и по паравертебральной линии на уровне пораженных дисков, болезненность мест выхода большого и малого затылочных нервов.

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

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

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

Вначале массируют заднюю поверхность туловища, шею и надплечье, включая область лопаток, особенно на стороне поражения. После этого проводят подготовительный массаж переднебоковой поверхности шеи и приступают к массажу головы. В случаях расстройств на верхней конечности после массажа головы и воротниковой зоны переходят к массажу руки на стороне поражения.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Массаж области спины и лопаток

1. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и "ромбом" (продольное – по паравертебральным линиям до нижних углов лопаток, "ромбом" – по задней поверхности шеи, по надплечьям до плечевых суставов и по латеральному краю лопаток до их нижних углов).
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное поглаживание продольное и «ромбом».
4. Пиление.
5. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и "ромбом".
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и "ромбом".
8. Спиралевидное растирание большими пальцами по паравертебральным

линиям и возле внутреннего края лопатки.
9. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и "ромбом", а возле позвоночника – поглаживание большими пальцами.
10. Полукружное разминание.
11. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и "ромбом".
12. Накатывание.
13. Поглаживание.
14. Валик.
15. 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 вибратодом.
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 эбонитовым или шаровидным резиновым вибратодом.
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.

4.4.2.2. Классический массаж при поясничном остеохондрозе

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.

Лечение направлено главным образом на устранение болевого синдрома, нарушения функции корешков спинного мозга и предупреждение прогрессирования дистрофического процесса в структурах позвоночника. В большинстве случаев используют комплекс консервативных мероприятий, подобранных в соответствии с фазой и локализацией патологического процесса, характером неврологических и статико-динамических нарушений. 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 периневрального 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.

4.4.3. Классический массаж при плечелопаточном периартрозе.

Причины *феномена «замороженного плеча» достаточно многообразны.* Синдром *плечелопаточного периартроза* достаточно часто проявляется у больных, страдающих остеохондрозом шейного отдела. Развивается болезнь вследствие дистрофических изменений в мягких тканях, окружающих плечевой сустав на фоне длительно существующих признаков шейного остеохондроза. Кроме шейного остеохондроза непосредственной причиной возникновения плечелопаточного периартроза могут быть травмы руки и самого сустава, хроническая микротравма, которая вызвана постоянной работой с высоко поднятыми руками, физическое перенапряжение, переохлаждение, изменение гормонального фона (например, в период менопаузы) и др.
Так же следует исключать адгезивный капсулит, .когда «замороженное плечо» развивается как конечная стадия заболевания плечевого сустава. Этиология капсулита до настоящего времени неизвестна. Предполагается, что причиной являются нейротрофические нарушения в капсуле и синовиальной оболочке сустава, приводящие к специфичным морфологическим изменениям – фиброзу и значительному уменьшению объема полости сустава. Капсулит встречается самостоятельно или может развиваться на фоне какого-либо другого состояния. В последнем случае говорят о вторичном капсулите.
Однако собственно плечелопаточный периартроз не связан с воспалительным первичным страданием суставных образований. Он может развиваться в связи с функциональным блоком в суставе, после длительной его иммобилизации; как проявление мышечно-тонических и нейродистрофических рефлекторных синдромов при остеохондрозе; как вариант миофасциального болевого синдрома с первоначальной триггерной точкой в подлопаточной мышце.
Последнее время этот синдром нередко рассматривается в рамках комплексного регионального болевого синдрома (КРБС). Подобный вариант следует исключать, в первую очередь, при возникновении синдрома у больных, перенесших инфаркт миокарда или инсульт. В первом случае «замороженное плечо» чаще формируется слева, а во втором – на стороне гемипареза.
Плечелопаточный периартроз – может быть острым и хроническим, встречается в основном в возрасте 40-50 лет. Заболевание обычно одностороннее. Обострения и рецидивы чаще бывают в холодное время года. **Клиническая картина** характеризуется интенсивной болью в области плечевого сустава, которая может иррадиировать в шею, плечо, область лопатки. Боли усиливаются при повороте плеча, поднимании руки выше горизонтального уровня. Болевой синдром сочетается с выраженным ограничением пассивных и активных движений в

плечевом суставе с формированием состояния, определяемого как «замороженное плечо».

В начальных стадиях заболевания в покое и при незначительных движениях боли не беспокоят. По мере развития заболевания они усиливаются и возникают не только во время работы, но и после нее, особенно по ночам. Боли носят грызущий, ноющий или стреляющий характер.

Пациенту трудно причесываться, снимать пальто, застегивать и завязывать фартук сзади и т.п.

При осмотре отмечаются приподнятое на больной стороне плечо, скованность движений, затрудненное отведение, гиперемия кожи в области поражения. В наибольшей степени страдают приводящие плечо мышцы – подлопаточная, большая круглая и большая грудная. Мышечные спазмы и болезненные мышечные уплотнения наблюдаются практически во всех мышцах, приводящих в движение плечевой сустав. В запущенных случаях наблюдаются атрофия дельтовидной, двуглавой мышц плеча, сглаженность контуров плечевого сустава, при пальпации болезненность бугорков плечевой кости и области трапециевидной мышцы

Массаж занимает важное место в комплексном лечении данной патологии.

Цель массажа: *уменьшение и ликвидация болей, предупреждение развития грубой рубцовой ткани, предупреждение и ликвидация бурсита (воспаление слизистой сумки), тендовагинита, миозита, предупреждение и уменьшение мышечной атрофии, восстановление функции верхней конечности.*

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Применяют классический массаж воротниковой зоны, области большой грудной и дельтовидной мышц, плечевого сустава, области плеча.

Хорошие результаты отмечаются при применении соединительнотканного и рефлекторно-сегментарного массажа.

Исходное положение пациента – сидя на стуле, обнаженный до пояса.

Исходное положение массажиста – стоя или сидя позади пациента.

Массаж области воротниковой зоны и области лопаток

При массаже особое внимание уделяют широчайшей мышце спины, нижней и средней части трапециевидной мышцы, над- и подостным мышцам на больной стороне.

1. Плоскостное поглаживание снизу вверх и в стороны к плечевому суставу.
2. Попеременное растирание.
3. Глубокое плоскостное поглаживание.
4. Пиление одной или обеими руками.
5. Глубокое плоскостное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами: одной рукой выполняют прием на больной стороне, другой — фиксируют пациента за здоровое надплечье.
7. Глубокое плоскостное поглаживание.
8. Спиралевидное растирание большим пальцем по пара-вертебральной линии со стороны больной руки.
9. Глубокое плоскостное поглаживание.

10. Полукружное разминание.
11. Глубокое плоскостное поглаживание.
12. Накатывание.
13. Глубокое плоскостное поглаживание.

Массаж шеи и надплечья

1. *Обхватывающее поглаживание шеи и надплечья.*
2. *Плоскостное поглаживание «задним» ходом.*
3. *Попеременное растирание.*
4. *Пиление одной или двумя руками.*
5. *Глубокое плоскостное поглаживание «передним» ходом.*
6. *Спиралевидное растирание четырьмя пальцами «передним» ходом.*
7. *Глубокое плоскостное поглаживание «передним» ходом.*
8. *Щипцеобразное разминание.*
9. *Поглаживание «задним» ходом.*
10. *Полукружное разминание.*
11. *Обхватывающее поглаживание шеи и надплечья.*

При наличии болей необходимо с первых же дней применять механическую вибрацию шаровидным резиновым или полушаровидным вибратодом по паравертебральной линии на стороне поражения, вдоль внутреннего края лопатки, в над- и подостной ямке, в области болезненных участков широчайшей мышцы спины.

Массаж области большой грудной мышцы

1. *Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.*
2. *Попеременное растирание.*
3. *Глубокое плоскостное поглаживание вдоль волокон большой грудной мышцы.*
4. *Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.*
5. *Глубокое плоскостное поглаживание.*
6. *Полукружное (у мужчин) или щипцеобразное (у женщин) разминание.*
7. *Глубокое плоскостное поглаживание вдоль волокон большой грудной мышцы.*
8. *Механическая вибрация плоским резиновым или полушаровидным вибратодом.*
9. *Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.*

Массаж верхней конечности, выполняется в следующей последовательности:

- ✓ массаж дельтовидной области
- ✓ массаж плечевого сустава
- ✓ массаж области плеча

Массаж дельтовидной мышцы

Исходное положение массажиста – сидя сбоку от пациента со стороны больной руки.

1. *Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.*
2. *Попеременное растирание.*
3. *Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.*
4. *Пиление двумя руками.*

5. *Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.*
6. *Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.*
7. *Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.*
8. *Сотрясение или похлопывание.*
9. *Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.*

Этими приемами можно ограничиться в начале курса массажа при наличии выраженных болей. Для уменьшения и ликвидации болей с первых же дней применяют механическую вибрацию воронкообразным вибратодом. По мере уменьшения болей для ликвидации мышечной атрофии постепенно включают в массаж вначале валяние, затем полукружное разминание, и, наконец, непрерывистое и щипцеобразное разминание. Сила давления при выполнении массажных приемов увеличивается постепенно от процедуры к процедуре. После этого приступают к массажу плечевого сустава по общепринятой методике.

Массаж области плеча

Целесообразен избирательный (дифференцированный) массаж с учетом состояния двуглавой и трехглавой мышц плеча. Явления мышечной атрофии или гипотрофии чаще наблюдаются в двуглавой мышце плеча, ее массаж должен быть более глубоким, чем массаж трехглавой мышцы.

Массаж начинают с общего поглаживания и растирания всей области плеча.

Массаж двуглавой мышцы плеча

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Полукружное разминание.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Поперечное разминание.
7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
8. Щипцеобразное разминание.
9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
10. Механическая вибрация полушаровидным вибратодом.
11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Массаж трехглавой мышцы плеча

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Продолжительность массажа – 15-20 минут ежедневно. Курс массажа состоит из 15-20 процедур. Для получения стойкого лечебного результата необходимо провести не менее трех курсов массажа с перерывами между ними в 3-4 недели.

4.4.4. Классический массаж при синдроме "плечо-кисть"

Этот синдром относится к группе нейродистрофических поражений суставов. Причиной считают нарушение функционального состояния симпатической нервной системы вследствие патологических рефлекторных влияний, при этом поражаются плечо и кисть одной руки. Синдром может развиться при остеохондрозе, после травмы руки, операции, инфаркта миокарда, полиневрита, и других заболеваний.

Клиническая картина характеризуется болью, отеком, эритемой (покраснением кожи) и повышением температуры кисти и запястья. При пальпации определяется боль в области плеча и кисти. Движения в плече и лучезапястном суставе болезненны. В дальнейшем довольно быстро развиваются трофические изменения в виде похолодания и цианотичности в области кисти. Кожа становится тонкой. Указанные изменения развиваются только в мягких тканях. В костно-хрящевом аппарате нет особых изменений. Развиваются мышечная атрофия, контрактура пальцев, анкилозы (неподвижность) лучезапястного сустава. Одновременно наблюдаются явления плечелопаточного периартрита с развитием фиброзного анкилоза плечевого сустава. После травмы заболевание развивается остро.

При своевременно начатом и целенаправленном лечении в течение нескольких месяцев наступает выздоровление, однако сохраняется деформация кисти.

При заболевании необходимо возможно раннее и систематическое применение массажа.

Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей и трофических расстройств, улучшение кровообращения и питания мягких тканей, предупреждение и борьба с мышечной атрофией, профилактика контрактур и анкилозов.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Как можно раньше назначают массаж воротниковой зоны, где основное внимание уделяют массажу паравертебральных участков на уровне сегментов С4-D2, области плеча, предплечья, лучезапястного сустава и кисти.

Исходные положения: пациента – сидя на стуле или на массажном столе; массажиста – соответственно сидя или стоя позади пациента.

Массаж области воротниковой зоны и задней поверхности шеи

1. Общее обхватывающее поверхностное поглаживание шеи с переходом на надплечья.
2. Попеременное растирание, захватывая шею и надплечья.
3. Плоскостное глубокое поглаживание продольное и "ромбом".
4. Пиление с захватом шеи и надплечий.
5. Плоскостное глубокое поглаживание «передним» ходом от затылочной кости по задней поверхности шеи и по надплечью к ключично-акромиальному сочленению с одной и другой стороны.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами «передним» ходом.
7. Глубокое поглаживание большими пальцами по паравертебральным линиям.
8. Спиралевидное растирание большими пальцами.
9. Глубокое поглаживание большими пальцами.
10. Механическая вибрация шаровидным вибратодом.
11. Глубокое поглаживание большими пальцами.
12. Общее обхватывающее поверхностное поглаживание шеи и надплечий.

Массаж дельтовидной области плеча

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание от локтевого сустава до ключично-акромиального сочленения.
2. Попеременное растирание, особенно в области дельтовидной мышцы.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

4. Двойное кольцевое растирание, особенно в области плеча.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в области плеча со всех сторон и, особенно, в области дельтовидной мышцы.
7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
8. Валяние.
9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
10. Продольное разминание.
11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
12. Поперечное разминание.
13. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
14. Сотрясение.
15. Обхватывающее непрерывистое поглаживание от лучезапястного сустава до ключично-акромиального сочленения.

Последний прием является переходными к массажу предплечья, лучезапястного сустава и кисти.

Массаж области предплечья

Применяют дифференцированный массаж: достаточно глубокий массаж на тыльной стороне, и относительно легкий – на ладонной поверхности.

Массаж тыльной поверхности предплечья

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание, начиная на тыле кисти от основания пальцев и заканчивая в нижней трети плеча.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами той же поверхности.
3. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Поперечное или щипцеобразное разминание.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Массаж ладонной поверхности предплечья

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Массаж тыльной и боковых поверхностей лучезапястного сустава

1. Обхватывающее давящее поглаживание.
2. Попеременное растирание двумя большими пальцами.
3. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами вдоль суставной щели.
4. Кольцевое растирание.
5. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами вдоль суставной щели.
6. Спиралевидное растирание одним большим пальцем вдоль суставной щели.
7. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами вдоль суставной щели.
8. Обхватывающее давящее поглаживание.

Массаж кисти (дифференцированный)

Массаж тыльной поверхности кисти

1. Поглаживание ладонью.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Поглаживание ладонью.
4. Спиралевидное растирание большими пальцами.

5. Поглаживание ладонью.

Массаж ладонной поверхности кисти:

1. Поглаживание ладонью.
2. Пиление одной рукой.
3. Глажение (2 вариант).
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Поглаживание ладонью.

Массаж заканчивают общим обхватывающим поглаживанием всей руки.

Процедура массажа продолжается 15-20 минут. Курс массажа состоит из 15-20 процедур, при необходимости его повторяют через 2-3 недели.

4.4.5. Классический массаж *в* лечении эпикондилита

Эпикондилез плеча (периартроз локтевого сустава, эпикондилит фехтовальщиков, "теннисный локоть", "локоть гольфиста") – дистрофический процесс в местах прикрепления мышц к надмыщелкам плечевой кости, сопровождающийся реактивным воспалением соседних тканей. Различают наружный эпикондилит плеча (так называемый теннисный локоть), который встречается чаще, и внутренний эпикондилит плеча.

Наружный эпикондилит возникает преимущественно у лиц, производящих часто повторяющиеся, стереотипные движения (разгибание и супинацию предплечья), например массажистов, маляров, плотников, игроков в теннис, и бывает обычно правосторонним. Иногда он является следствием прямой травмы локтя. Мужчины страдают чаще женщин.

В клинической картине наружного эпикондилита ведущее место занимает локальная боль в области наружного надмыщелка, которая может иррадиировать вверх по наружному краю руки и вниз до середины предплечья. В покое боль отсутствует и появляется при пальпации или определенных движениях – разгибании и супинаций предплечья, и особенно при сочетании этих движений. Пассивные движения предплечья болезненны лишь при оказании сопротивления им. Боль усиливается при сжатии кисти в кулак и одновременном сгибании в лучезапястном суставе. Боль обычно носит прогрессирующий характер, она появляется даже при небольшом напряжении мышц, например удержании в руке какой-либо вещи.

Внешний вид локтевого сустава при эпикондилите не изменен, пассивные движения, как правило, не ограничены. При пальпации можно найти точку наибольшей болезненности. Она может располагаться как в сухожилиях разгибателей, так и в мышцах. Чаще это супинатор, но может быть и один из лучевых разгибателей кисти. В зависимости от этого выделяют сухожильно-надкостничную, мышечную, сухожильную и надмыщелковую формы эпикондилита. В некоторых случаях в результате сдавления глубокой ветви лучевого нерва супинатором, отмечают парез мышц разгибателей кисти и пальцев. Для уточнения диагноза производят ультразвуковое, электрофизиологическое и рентгенологическое исследования.

Течение наружного эпикондилита хроническое. Через несколько недель после создания покоя соответствующим мышцам боль стихает, иногда на это уходит несколько месяцев. При возобновлении нагрузки часто отмечают рецидивы боли.

Внутренний эпикондилит в отличие от наружного обычно наблюдается у лиц преимущественно легкого физического труда – машинисток, швей, монтажниц и т.п., чаще у женщин. Клинически он проявляется болями при надавливании на внутренний надмыщелок, а также при сгибании и пронации предплечья. Боль иррадиирует вдоль внутреннего края предплечья. Течение внутреннего эпикондилита, как и наружного, хроническое.

Лечение эпикондилита в большинстве случаев консервативное. Назначают покой для мышц, натяжение сухожилий которых сопровождается появлением или усилением боли. При выраженном болевом синдроме накладывают гипсовую повязку на 3-4 недели. Назначают противовоспалительные и обезболивающие лекарственные препараты. Проводят курс физиотерапевтического лечения – электрофорез раствора новокаина, амплипульстерапия, фонофорез гидрокортизона и др. Для купирования боли используют лазерную терапию, криотерапию (в том числе криомассаж).

При вертеброгенном синдроме эпикондилита проводят лечение основного заболевания – массаж воротниковой зоны, *области плеча и локтевого сустава,* лечебную гимнастику.

Цель массажа: *уменьшение и ликвидация болей, предупреждение болевых рефлекторных контрактур, улучшение крово - и лимфотока в мышцах плеча, предплечья и области надмыщелков плеча, восстановление функции пораженной конечности.*

Исходное положение пациента: сидя на стуле или на массажном столе (последнее положение наиболее удобно).

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Массаж воротниковой зоны и области лопаток

1. Плоскостное поглаживание снизу вверх и в стороны плечевых суставов.
2. Попеременное растирание с захватом шеи и надплечий.
3. Плоскостное поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами с захватом шеи и надплечий.
5. Плоскостное поглаживание.

Массаж шеи и надплечий

1. Обхватывающее поглаживание шеи и надплечий.
2. Пиление.
3. Поглаживание «задним» ходом.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами «передним»
5. Поглаживание «передним» ходом.
6. Спиралевидное растирание большим пальцем по паравертебральным линиям на уровне D_7-C_4.

7. Поглаживание задним ходом или обхватывающее поглаживание.

Массаж области плеча

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание, начиная с верхней трети предплечья и заканчивая возле ключично-акромиального сочленения.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Этот прием производят достаточно глубоко и прорабатывают область плеча со всех сторон.
3. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание
4. Валяние.
5. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание
6. Полукружное разминание.
7. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание
8. Продольное разминание.
9. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание
10. Сотрясение.
11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

В области надмыщелков применяют:

1. Обхватывающее поглаживание одной или обеими руками.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание.
4. Спиралевидное или круговое растирание: в начале курса лечения - четырьмя пальцами, затем, по мере уменьшения болей, подушечкой большого пальца.
5. Обхватывающее поглаживание.
6. Стабильная механическая вибрация воронкообразным вибратодом в области болезненного участка надмыщелков.
7. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Продолжительность процедуры – *15* минут ежедневно. Курс массажа, состоящий из 10-12 процедур, следует повторить через 3-4 недели.

4.4.6. Классический массаж при диабетическом поражении костно-суставного аппарата

Эндокринная система оказывает сложное влияние на структуру и функции костно-мышечных тканей. Поэтому как недостаточная, так и избыточная выработка того или иного гормона рано или поздно приводит к развитию патологических изменений в костях, суставах и мышцах.

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, с образованием целого спектра свободных радикалов. *П*ри недостатке инсулина нарушается состав кости и хряща. Гипергликемия является причиной развития диабетической нейропатии.

При сахарном диабете поражение костно-суставного аппарата проявляется в виде артралгий, 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 довольное частое. В результате остеопороза могут наблюдаться патологические переломы, заживление которых происходит крайне неблагоприятно.* Следует учитывать, что инсулин принимает непосредственное участие в процессах костеобразования. Кроме того, он влияет на продукцию инсулиноподобного фактора роста, который также участвует в образовании костной ткани.

Среди предполагаемых механизмов ускоренного развития остеопороза большое значение придают диабетическим поражениям мелких кровеносных сосудов – микроангиопатиям, ухудшающим кровоснабжение костей.

Повышенное выделение кальция с мочой – фактор риска развития остеопороза. Это явление отмечается у больных при некомпенсированном нарушении углеводного обмена, то есть при неправильном лечении диабета.

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 "мыши".*** *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 периартрит. В литературе встречается термин «болезненное плечо диабетика», под которым понимают сочетание плечелопаточного периартрита, синдрома ограниченной подвижности суставов и иногда сопутствующего им тендосиновиита (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. Любые физиотерапевтические виды лечения должны проводится на фоне адекватной медикаментозной компенсации основного заболевания.

Ввиду того, что сахарный диабет является общим заболеванием, связанным с нарушением углеводного обмена, лечение должно быть направлено на улучшение общего обмена веществ. Для этой цели в комплексной терапии пациентов, страдающих сахарным диабетом, используют ***общий массаж.***

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

Примерная схема и содержание массажной процедуры при диабетической артропатии

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.*
2. *Спиралевидное растирание двумя большими пальцами.*
3. Глубокое поглаживание *двумя большими пальцами.*
4. *Сдвигание.*
5. Глубокое поглаживание *двумя большими пальцами.*

6. *Перемежающееся надавливание двумя большими пальцами.*
7. Глубокое поглаживание *двумя большими пальцами.*
8. *Механическая вибрация шаровидным вибратодом по паравертебральным линиям.*
9. Глубокое поглаживание *двумя большими пальцами.*

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, уделяя больше внимания 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.

4.5. Классический массаж в лечении остеохондропатий (асептических некрозов костей)

В группу остеохондропатий объединены заболевания костей и хрящей у детей и подростков, характеризующиеся своеобразным изменением апофизов губчатого вещества коротких и эпифизов длинных трубчатых костей, различные по этиологии, патогенезу и клиническому течению.

Типичные изменения наступают в период ускоренного роста, когда процессы формирования и обмена веществ интенсивны. В это время среднесуточный стереотип функциональной нагрузки постоянно изменяется (в среднем до 25 лет) и сопровождается нарушением равновесия костеобразования и костеразрушения. Остеопороз или рабочая гипертрофия продолжаются до тех пор, пока не установится новый уровень среднесуточного стереотипа

функциональной нагрузки, когда интенсивность остеогенеза и остеорезорбции уравновешивают друг друга.

Независимо от локализации поражения в различных костях скелета остеохондропатии имеют хроническое доброкачественное течение и относительно благоприятный исход. Сущность заболевания состоит в местном нарушении кровообращения кости, возможно, под влиянием различных причин, и появлении участков асептического некроза в губчатой кости, подвергающейся наибольшей механической нагрузке и последующей патологической перестройке, а также возможным патологическим перело-мам. В основном процесс локализуется в костях нижних конечностей. У детей и подростков наиболее часто встречается остеохондропатия головки бедра, позвоночника, бугристости большеберцовой и пяточных костей.

Лечение независимо от локализации поражения преследует одну цель – восстановить нарушенное формирование кости с тем, чтобы к моменту завершения роста и формирования скелета она имела нормальные размеры и форму. При некоторых заболеваниях это возможно, при других – процессы нормализуются только в исключительных случаях. Патологические нагрузки приводят к преждевременному и усиленному развитию дегенеративных изменений. Результаты лечения зависят от того, в какой фазе выявлено заболевание и поставлен диагноз, а также от поведения пациента во время продолжительного (порой в течение нескольких месяцев и даже лет) лечения.

Рекомендуется следующая тактика лечения:

- ✓ устранение причины заболевания (если она известна);
- ✓ иммобилизация или разгрузка пораженного участка;
- ✓ стимулирование кровообращения и обмена веществ с помощью физических, физиотерапевтических или оперативных мероприятий, а также лекарственных средств.

4.5.1. Классический массаж при ***болезни Кенига (частичных остеохондропатиях суставных поверхностей)***

Болезнь Кенига (частичные остеохондропатии суставных поверхностей, рассекающий остеохондроз, остеохондрит мыщелков бедренной кости) – *это субхондральный некроз ограниченного участка суставной поверхности эпифиза кости.*

Заболевание впервые описал Франц Кениг в 1920 г. Наиболее часто рассекающий остеохондроз суставных поверхностей встречается у мужчин в возрасте 18-40 лет. Этиология заболевания, как и большинства остеохондропатий, не установлена. Основными предрасполагающими факторами являются повышенные физические нагрузки, сосудистые нарушения и микротравматизация. Заболевание возникает у молодых мужчин.

В 85-95 % случаев патологический процесс локализуется в коленном суставе (более чем в 2/3 случаев отмечается двусторонний процесс), могут поражаться локтевые, голеностопные, плечевые или тазобедренные суставы. Пациенты жалуются на боли в коленном суставе, усиливающиеся при нагрузке, беге, приседании, подъеме по лестнице.

В отличие от других остеохондропатий, при болезни Кенига поражается небольшой участок суставной поверхности кости с последующим развитием некроза, а затем замещением очага поражения соединительной тканью.

Если не произошло отделения участка эпифиза, подвергающегося некрозу, картина весьма скудная: незначительные боли, особенно при надавливании на мыщелок бедра. Нередко наблюдается выпот в суставе. Позднее, при отделении секвестрированного участка кости, возможна блокада сустава.

При полном сгибании колена на медиальном мыщелке бедра у медиального края надколенника обнаруживается при пальпации болезненный участок размером в 2см^2. **При резких болях необходим постельный режим!**

Клинически выделяют 3 стадии заболевания:

1-я стадия – формирование очага остеонекроза в области суставной поверхности кости, что проявляется непостоянным болевым синдромом; возможно развитие синовиита; рентгенологически определяется уплотнение кости с ободком просветления;

2-я стадия – отграничение костно-суставного фрагмента, что проявляется стойким болевым синдромом, усиливающимся при движениях в пораженной конечности, синовиитом, болезненностью при пальпации сустава; на рентгенограмме определяется отграничение уплотненного костно-хрящевого фрагмента с широкой зоной просветления;

3-я стадия – отторжение костно-хрящевого фрагмента с выходом его в полость сустава и образованием так называемой «суставной мыши»; болевой синдром умеренный, однако может резко усиливаться при развитии блокады сустава, при этом отмечается выраженное нарушение функции сустава, появление выпота; на рентгенограмме в полости сустава определяются костные дефекты полуовальной формы.

Лечение болезни Кенига индивидуальное *и во многом зависит от стадии заболевания и возраста больного.*

При 1-2 стадиях ограничиваются физические нагрузки, возможна иммобилизация пораженной кости лонгетой (на 10-12 дней), назначаются физиопроцедуры (фонофорез гидрокортизона, парафиновые или озокеритовые аппликации и др.), массаж и лечебная физкультура.

При выраженном синовиите выполняется пункция сустава с последующей фармакотерапией.

В 3-й стадии, наряду с медикаментозной терапией, при наличии в полости сустава свободного костно-хрящевого фрагмента необходимо проведение оперативного лечения с удалением «суставной мыши».На 2-3 недели накладывают заднюю гипсовую лангету или гипсовую повязку и назначают массаж голени, массаж бедра и массаж коленного сустава.

Цель массажа: *уменьшение и ликвидация боли, улучшение кровообращения и лимфотока в мягких тканях, окружающих сустав, и в пораженном участке, улучшение трофики, процессов обмена и регенерации, ускорение процесса рассасывания некротизированной костной ткани.*

Примерная схема и содержание массажной процедуры

На больной ноге применяют все массажные приемы, ***за исключением грубой ручной прерывистой вибрации.***

В области больного коленного сустава производят:

1. *Обхватывающее непрерывистое поглаживание обеими руками.*
2. *Попеременное растирание.*
3. *Обхватывающее поглаживание с отжиманием тенарами от надколенной чашечки в сторону подколенной ямки.*
4. *Спиралевидное растирание четырьмя пальцами со всех сторон, особенно в месте пораженного участка.*
5. *Общее обхватывающее поглаживание.*

Кроме того, можно использовать механическую стабильную вибрацию на очаге поражения воронкообразным вибратодом.

При одностороннем поражении одновременно применяют энергичный массаж всей здоровой ноги.

Для оказания рефлекторного влияния на пораженную конечность массируют пояснично-крестцовую область, особенно тщательно паравертебральную зону.

Продолжительность процедуры при массаже одной ноги и пояснично-крестцовой области – 15-20 минут, а при массаже пояснично-крестцовой области и обеих нижних конечностей – до 30 минут ежедневно.

Курс массажа состоит из 15 процедур с повторением через 1-1,5 месяца.

4.5.2. Классический массаж при остеохондропатии головки бедренной кости (болезнь Пертеса)

Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легга—Кальве—Пертеса) поражает детей и подростков, чаще болеют мальчики в возрасте от 5 до 12 лет.

Выявляется типичный для данного заболевания некроз головки бедренной кости. У ребенка отмечаются усталость при ходьбе, боли сравнительно умеренного характера в суставе могут иррадиировать в область коленного

сустава на стороне поражения, хромота, перемежающаяся хромота, атрофия мышц ягодичной области и бедра, ограничение отведения в тазобедренном суставе, укорочение конечности.

Раннее распознавание заболевания особенно важно потому, что при вертикальном положении головка бедренной кости испытывает значительную нагрузку, следовательно, опасность развития различного вида деформаций особенно велика.

Диагноз ставят на основании типичных для различных стадий течения данного заболевания изменений, выявляемых на рентгенограммах и при необходимости КТ, МРТ, денситометрией, сцинтиграфией.

Комплексное лечение начинают сразу после постановки диагноза.

М*ассаж назначают с первых дней лечения.*

Цель массажа: *уменьшение и ликвидация болей, улучшение кровообращения и лимфотока и регенерации костной ткани, ускорение процессов рассасывания некротизированной костной ткани, профилактика мышечной атрофии и тугоподвижности суставов.*

Примерная схема и содержание массажной процедуры

✓ Массажу необходимо подвергать пояснично-крестцовую область, ягодичную область, области тазобедренного сустава, бедра и голени.

✓ При вытяжении массажному воздействию недоступны область ягодиц и поясницы, поэтому ограничиваются энергичным массажем здоровой ноги и легким массажем ноги, находящейся на вытяжении.

✓ Больную ногу массируют осторожно, применяя: обхватывающее поглаживание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, обхватывающее непрерывистое поглаживание, поперечное простое непрерывистое или прерывистое разминание, заканчивают массаж обхватывающим непрерывистым поглаживанием.

Массажист приспосабливается к вынужденному положению пациента и выполняет массажные приемы задним ходом рук. Во время массажа необходимо стараться обработать больную ногу со всех доступных сторон.

✓ Кроме этого, можно массировать область большого вертела и вокруг него приемом спиралевидного растирания четырьмя пальцами и применять на самом вертеле механическую вибрацию полушаровидным вибратодом.

✓ После снятия гипса или вытяжения можно делать массаж пояснично-крестцовой и ягодичной областей вместе с тазобедренным суставом. В этом периоде нет нужды массировать здоровую ногу.

На пояснично-крестцовой области и ягодице применяют все массажные приемы средней интенсивности кроме прерывистой ручной вибрации.

На тазобедренном суставе после массажа ягодичной области применяют круговое или спиралевидное растирание четырьмя пальцами.

Пораженный сустав массируют осторожно во избежание травмы головки и шейки бедра. Об этом необходимо помнить и при проведении пассивных движений в тазобедренном суставе.

✓ В тяжелых случаях накладывают высокую гипсовую повязку на всю больную ногу, а массажу подвергают здоровую ногу.

Можно сделать окно в гипсовой повязке и массировать область сегментарных корешков на уровне от VIII грудного до V поясничного позвонков.
Массаж применяют ежедневно. **Продолжительность** массажа пояснично-крестцовой области, области ягодиц, тазобедренного сустава, бедра и голени в среднем 15-20 минут. *Курс массажа, состоящий из 25-30 процедур, регулярно повторяют через 1-1,5 месяца.*

4.5.3. Классический массаж при болезни Шейерманна-Мау
Болезнь Шейерманна-Мау, юношеский кифоз, остеохондропатия апофизов позвонков или апофизит – это возрастная аномалия строения позвонков, разные названия одной и той же болезни описанной Scheuermann в 1921г. Относится к группе остеохондропатий. Наиболее часто изменения обнаруживают в грудном отделе позвоночника. Болезнь Шейерманна-Мау встречается в юношеском возрасте. Может проявляться повышенной утомляемостью во время фиксированной позы, после физических нагрузок; болями в спине и дефектом осанки в виде усиления кифоза, которая обнаруживается при осмотре. При отсутствии лечения со временем усиливается кифоз и у ряда больных значительно ограничиваются движения в позвоночнике.
В происхождении болезни Шейерманна-Мау есть генетическая, как правило наследственная, предрасположенность, которая передается по аутосомно-доминантному типу с различной степенью вероятности. В семьях, где один из родителей страдает юношеским дорзальным кифозом, значительно повышен риск этого заболевания у детей. Датский рентгенолог Шейерманн, именем которого и названо это заболевание, считал, что причиной деформации позвоночника является аваскулярный некроз замыкательных пластинок тел нескольких позвонков. Замыкательные пластинки представляют собой тонкий слой гиалинового хряща, отделяющего тела позвонков от межпозвонковых дисков. При недостатке кровоснабжения наступает омертвление замыкательных пластинок, что нарушает рост кости и приводит к формированию клиновидной формы позвонков. Другие исследователи считают, что деформация позвоночника при болезни Шейерманна-Мау обусловлена избыточным ростом костной ткани в определенных участках тел позвонков.
Имеются данные, что в основе болезни Шейерманна-Мау лежит остеопороз, который приводит к компрессионным микропереломам тел позвонков и в конечном итоге к деформации позвоночника.
Иногда болезнь Шейерманна-Мау протекает бессимптомно и случайно обнаруживается при рентгенологическом исследовании, проводимом по другому поводу. С целью ранней, дорентгенологической диагностики болезни при профилактических осмотрах необходимо выявлять группы риска для более углубленного обследования: КТ, МРТ, денситометрия, сцинтиграфия, в будущем, по-видимому, и генетическое исследование.

В лечении заболевания Шейерманна-Мау два основных метода – консервативный и хирургический. **Выбор метода лечения зависит от многих факторов**: возраст, пол, выраженность симптоматики, подвижность позвонков.

В консервативные методы лечения входит – лечебная физкультура, массаж, различные виды мануальной терапии.

Массаж направлен на укрепление мышц спины. Необходимо делать упражнения для укрепления мышц брюшного пресса, которые являются антагонистами выпрямителей спины.

Ребенку, у которого выявлена болезнь Шейерманна-Мау, запрещены определенные виды физической нагрузки, например бег, прыжки, игровые виды спорта. При этом обязательно рекомендуются занятия плаванием, велосипедным спортом.

В юношеском возрасте на короткие промежутки времени возможно ношение корсета.

Оперативное лечение показано в тех случаях, когда угол кифоза достигает 75° и появляется нарушение функций органов дыхания и сердца.

4.6. Классический массаж в профилактике пролежней, пневмонии, атонии кишечника после травм и хирургических операций

Травмы, как правило, требуют длительной иммобилизации и ведут к резкому ограничению движений. Длительное вынужденное положение и постельный режим могут осложнять ход лечения образованием пролежней, застойных явлений в легких, атонических запоров.

С целью предупреждения пролежней с первых же дней после травмы (при отсутствии противопоказаний) производят массаж мест возможного образования пролежней.

Во время массажа массажист приспосабливается к вынужденному положению больного. Из массажных приемов применяют поглаживание, спиралевидное растирание пальцами, круговое растирание, перемежающееся надавливание.

При выполнении массажных процедур массажист осторожно подводит свою руку под область воздействия, не изменяя положения пациента, и медленно выполняет указанные приемы. На каждом участке достаточно массировать 3-4 мин.

После снятия иммобилизации применяют более глубокий массаж пояснично-крестцовой области, области ягодиц, бедра и голени, используя все виды массажных приемов, характерных для данных областей, осторожно включая и приемы прерывистой ручной вибрации.

Для предупреждения застойной пневмонии применяют дыхательную гимнастику (или упражнения), приподнимают и немного поворачивают туловище больного, не нарушая иммобилизации. Кроме этого возможен массаж грудной клетки по общепринятой методике.

Иммобилизация при травмах таза, нижних конечностей (в случаях переломов шейки бедра, диафиза бедра) и т.п. очень продолжительная. У пациентов появляется наклонность к атоническим запорам. Поэтому возникает необходимость в массаже живота. В таких случаях применяют упрощенную методику массажа

при атонических запорах, исключая приемы раскачивания живота, сотрясения и встряхивания, которые могут нарушить иммобилизацию.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при атонических запорах при травмах

Массаж брюшного пресса.

1. Легкое круговое плоскостное поглаживание по часовой стрелке.
2. Попеременное растирание.
3. Круговое поглаживание более глубокое, чем в п.1.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами на мышцах брюшного пресса.
5. Поглаживание.
6. Поперечное прерывистое разминание прямых и косых мышц живота.
7. Поглаживание.
8. Накатывание (на косых мышцах живота).
9. Поглаживание.

Массаж области толстой кишки

1. Глубокое медленное поглаживание по ходу толстой кишки.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Поглаживание.
4. Перемежающееся надавливание.
5. Поглаживание.

Завершают массаж общим легким, круговым поглаживанием всего живота.

Продолжительность массажной процедуры 10 минут ежедневно.

4.7. Классический массаж после ушибов, растяжений и разрывов мышц, связок и сухожилий

Ушиб – это повреждение мягких тканей вследствие сдавливания между ударяющим предметом и подлежащей костью. **В месте ушиба** часто образуется гематома в результате травмы мелких кровеносных сосудов, происходит изменение цвета кожи до багрово-синего оттенка. ***Излившаяся в ткани кровь распадается,*** вызывая в них боль, воспаление и отек. ***Если ушибы не вызывают травмы кожи, массаж назначают независимо от наличия или отсутствия кровоизлияния.***

Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей и отека, ускорение процессов рассасывания продуктов кровоизлияния, улучшение крово - и лимфотока, питания, обмена и регенерации поврежденных тканей.

Безболезненный массаж в ***первые часы после ушиба*** более эффективен.

Начинают массировать с участка, расположенного выше места ушиба, постепенно приближаясь к нему.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при ушибах

Начинают массировать с участка, расположенного выше места ушиба, постепенно приближаясь к нему.

Применяют плоскостное или обхватывающее, поверхностное или глубокое поглаживание и растирание. Использование уже с первых процедур

механической вибрации воронкообразным вибратодом помогает уменьшить или ликвидировать боль.

Глубокое поглаживание и разминание ***выше места ушиба*** выполняют ***обязательно по ходу крупных венозных и лимфатических сосудов - по направлению венозной крови и лимфы.***

На месте ушиба **применяют легкое** поглаживание и механическую вибрацию. При сильных болях в первые дни можно ограничиться одним легким поглаживанием, а по мере стихания боли интенсивность массажа постепенно увеличивают, включая более глубокие массажные приемы – растирание и разминание. **Особое внимание** уделяют слизистым сумкам сухожилий и сухожильных влагалищ.

Первые массажные процедуры (1- 2 раза в день) продолжаются 5-10 минут и постепенно увеличиваются до 15 мин. Средняя продолжительность курса – 10-15 процедур. Массаж проводят ежедневно.

Растяжение – **это** совокупность повреждений в результате форсированных движений в суставе, значительно превышающих нормальный объем движений, но не приводящих к полному смещению суставных поверхностей. Такое явление рассматривают как начало вывиха. **Причина** –резкие активные или пассивные движения в суставе, что приводит к чрезмерному вытяжению сумочно-связочного аппарата. Растяжения чаще наблюдаются в плечевом, коленном, голеностопном суставах.

При ***легкой*** степени растяжения наблюдаются: небольшое удлинение коллагеновых волокон (без разрыва), возникновение слабой боли, незначительное кровоизлияние и отек мягких тканей.

При более ***сильном*** натяжении связок происходит надрыв коллагеновых волокон, сильная боль, нарушение функции сустава, гемартроз, сглаживание контуров сустава.

При тяжелых формах растяжения ощущается сильная боль, резкое нарушение движения, быстро возникают припухлость и воспалительные явления. Возможны повреждения суставной капсулы и хряща, сухожилия, синовиальной оболочки, мышц, сосудов и нервов, непосредственно относящиеся к суставу. В связках и мышцах наблюдаются надрывы, разрывы и отрывы вместе с участком кости в месте прикрепления. Иногда возникают трещины суставных концов костей. **Последствием растяжения** является реактивное воспаление с серозным выпотом в сустав или суставную сумку с последующим синовиитом (воспаление синовиальной оболочки). Тяжелые формы вызывают тугоподвижность сустава.

При назначении массажа необходимо учитывать характер повреждений.

При легкой степени растяжения можно начинать массаж в тот же день.

При более сильном растяжении –на второй - третий день после травмы.

При отрывах сухожилий, травме хряща суставной капсулы требуется вмешательство хирурга, и массаж начинают только после полного заживления послеоперационного шва.

Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, отека; ускорение рассасывания выпотов и кровоизлияний в полости сустава; улучшение

кровообращенияи лимфотока, питания, обмена и регенерации тканей; укрепление сумочно-связочного аппарата; восстановление функции поврежденного сустава.

4.7.1. Классический массаж при растяжении связок голеностопного сустава

Примерная схема и содержание массажной процедуры.

Массаж задней поверхности голени.

Исходные положения: пациента –лежа на массажном столе лицом вниз, под сгиб стопы подложен валик; массажиста –стоя у массажного стола со стороны больной ноги.

Массаж начинают от места прикрепления ахиллова сухожилия к бугру пяточной кости и заканчивают в области подколенной ямки. В начале движения сила давления рук должна быть незначительной, а выше ахиллова сухожилия –увеличиваться. Чем ближе к подколенной ямке продвигаются руки массажиста, тем больше усилие и медленнее скорость движения рук. Такое правило нужно соблюдать при выполнении всех приемов.

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание обеими руками одновременно.
2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее непрерывистое глубокое поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Полукружное, продольное или поперечное непрерывистое разминание.
7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание

Приемы разминания необходимо постепенно включать в указанном порядке на последующих процедурах.

Массаж ахиллова сухожилия

1. Щипцеобразное поглаживание большим и указательным пальцами.
2. Щипцеобразное растирание теми же пальцами.
3. Щипцеобразное поглаживание.
4. Щипцеобразное разминание (при значительном уменьшении боли).
5. Щипцеобразное поглаживание.

Для массажа капсулы сустава стопу обхватывают двумя руками с тыльной стороны «гамачком» и подушечками больших пальцев одновременно производят поглаживание из-под лодыжек снизу вверх. Теми же пальцами и в том же направлении производят спиралевидное растирание поочередно то - одним, то другим большим пальцем, стараясь как бы проникнуть в полость сустава спереди от ахиллова сухожилия. Массаж заканчивают обхватывающим непрерывистым поглаживанием задней поверхности голени.

Пациенту предлагают лечь на спину, под ногу в области подколенной ямки подкладывают валик и в таком положении массируют тыл стопы, переднюю поверхность голени и голеностопный сустав спереди. Массаж начинают

общим, обхватывающим непрерывистым поглаживанием одновременно обеими руками от основания пальцев до коленного сустава.
Далее применяют попеременное растирание той же поверхности, обхватывающее непрерывистое поглаживание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами и заканчивают общим, обхватывающим непрерывистым поглаживанием.
Массаж тыла стопы.

1. Обхватывающее давящее поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Поглаживание.

Закрытые повреждения голеностопного сустава вызывают припухлость и деформацию под лодыжками и по обе стороны от ахиллова сухожилия, поэтому после массажа голени и тыла стопы приступают к массажу передней и боковой сторон сустава.
Стопу подхватывают под пятку пальцами обеих рук, и подушечками больших пальцев, установленных на тыльной поверхности голеностопного сустава, производят поглаживание и спиралевидное растирание из-под лодыжек снизу вверх, (как на задней поверхности). При этом пальцы массажиста осторожно раздвигают сухожилия разгибателей пальцев стопы, стараясь проникнуть, как можно глубже, в суставную щель голеностопного сустава.
Массаж заканчивают общим поглаживанием стопы и голени.
После этого в суставе производят осторожные активные или пассивные движения. Продолжительность массажной процедуры вместе с гимнастикой –10-15 минут ежедневно. Во время первых трех-четырех процедур постепенно увеличивают интенсивность приемов, движения становятся более энергичными. На пятой-шестой процедурах применяют все массажные приемы.

4.7.2. Классический массаж при растяжении связок коленного сустава

Примерная схема и содержание массажной процедуры
Исходное положение пациента –лежа на спине, под область подколенной ямки подложен валик.
Предварительный деплеторный (отсасывающий) массаж в области бедра

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одновременно обеими руками от колена к паховым лимфатическим узлам.
2. Попеременное растирание.
3. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками.
5. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Валяние.
7. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.

8. Продольное непрерывистое разминание.
9. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
10. Простое поперечное непрерывистое разминание.
11. Глубокое обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Предварительный массаж области коленного сустава

Приемы начинают с верхней трети голени и заканчивают в нижней трети бедра.

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание с отжиманием тенарами спереди назад от надколенника в сторону подколенной ямки.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками.
5. Круговое поглаживание.

Массаж коленного сустава

1. Поглаживание (плотно прилегающими) большими пальцами вокруг надколенника и по суставной щели спереди назад.
2. Спиралевидное растирание теми же пальцами по тем же линиям и в том же направлении.
3. Поглаживание большими пальцами.
4. Общее, обхватывающее непрерывистое поглаживание от верхней трети голени до паховой складки.

Продолжительность массажной процедуры –10-15 минут ежедневно. Курс массажа состоит из 10-15 процедур

4.8. Классический массаж в лечении травматических вывихов и подвывихов суставов верхних и нижних конечностей

Вывих – это нарушение конгруэнтности суставных поверхностей костей, как с нарушением целостности суставной капсулы, так и без нарушения, под действием механических сил (травма) либо деструктивных процессов в суставе (артрозы, артриты).

4.8.1. Классический массаж в лечении травматического вывиха плечевого сустава

Вывихи в этом суставе встречаются чаще всего. Причины: сустав имеет слабый связочный аппарат (одна связка); несоответствие суставных поверхностей; большой объем движений. Происходит полное смещение суставных поверхностей, разрыв связок и синовиальных влагалищ, возможны переломы суставных концов костей, отрыв мышц, сухожилий, повреждение сосудов и нервов.

Массаж сустава при переломе суставных концов костей противопоказан, так как под его влиянием может развиться избыточная костная мозоль, которая будет нарушать движения в суставе.

Массаж назначают после вправления вывиха и снятия временной иммобилизации. С первых дней после вывиха сустава можно применять массаж шеи и надплечья (для оказания рефлекторного влияния на сустав) и дельтовидной мышцы (после иммобилизации).

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Массаж шеи и надплечья

1. Обхватывающее поглаживание от затылочной кости сверху вниз и в стороны к плечевым суставам.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание задним ходом рук массажиста в том же направлении.
4. Пиление.
5. Поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами: на первых процедурах –задним ходом, на последующих –передним.
7. Обхватывающее поглаживание.

Массаж дельтовидной мышцы

1. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание.
4. Пиление.
5. Поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Поглаживание.

На последующих процедурах применяют полукружное, поперечное или щипцеобразное разминание, в зависимости от выраженности дельтовидной мышцы, или валяние.

Уже на первых процедурах можно применять механическую вибрацию плоским или воронкообразным вибратодом по всей поверхности мышцы и плечевого сустава.

Массаж плечевого сустава производят круговым стабильным растиранием большим пальцем его передней, наружной и задней поверхностей.

Продолжительность процедуры –10-15 минут ежедневно.

Курс массажа–15-20 процедур. Необходимо провести два-три курса массажа, чтобы получить стойкий положительный лечебный эффект. Интервалы между курсами массажа – 3-4 недели.

Перед массажем желательно применять тепловую процедуру.

В плечевом суставе часто наблюдается привычный вывих. Лечение состоит из вправления вывиха, наложения иммобилизации, массажа дельтовидной, двуглавой, трехглавой мышц плеча и непосредственно сустава для укрепления суставной капсулы, мышц, окружающих сустав и удерживающих суставные поверхности в тесном соприкосновении.

Продолжительность процедуры массажа –15-20 минут ежедневно.

Курс массажа состоит из 20-25 процедур и регулярно повторяется через 1-1,5 месяца.

Внимание! Пациенту запрещают широкие размашистые движения рукой.
При неэффективности консервативного лечения прибегают к оперативному вмешательству и после заживления послеоперационного шва применяют массаж по описанной выше методике.

4.8.2. Классический массаж в лечении травматического вывиха локтевого сустава

После вправления вывиха локтевого сустава и иммобилизации назначают массаж области плеча на третий-седьмой день после травмы, в зависимости от степени повреждения сумочно-связочного аппарата.
Применяют деплеторный (отсасывающий) массаж, состоящий главным образом из глубокого поглаживания и разминания.
Массаж в области локтевого сустава противопоказан во избежание часто наблюдающихся миозитов (воспалений скелетных мышц).

4.8.3. Классический массаж в лечении травматических вывихов суставов пальцев кисти

При вывихе суставов пальцев на третий-шестой день начинают применять массаж.
На первых двух процедурах массируют области предплечья, затем – кисть и на 3-4 процедуре начинают массаж пальцев, обращая особое внимание на растирание тыльной и боковой поверхностей суставов. Массаж пальцев заканчивают активными или пассивными движениями.

4.8.4. Классический массаж в лечении травматического вывиха коленного сустава

После вправления вывиха сустава и иммобилизации начинают деплеторный (отсасывающий) массаж в области бедра.
После снятия иммобилизации приступают к массажу всей больной ноги для ликвидации тугоподвижности коленного сустава и профилактики разгибательной фиксационной контрактуры.

4.9. Классический массаж в лечении переломов костей

Перелом кости – это полное или частичное нарушение целостности кости при нагрузке, превышающей прочность травмируемого участка скелета.
Переломы могут возникать как вследствие травмы, так и в результате различных заболеваний, сопровождающихся изменениями в прочностных характеристиках костной ткани.
Тяжесть состояния при переломах обусловлена размерами повреждённых костей и их количеством. Множественные переломы крупных трубчатых костей приводят к развитию массивной кровопотери и травматическому шоку. Больные после таких травм медленно восстанавливаются, выздоровление может занять несколько месяцев.

Травматические переломы костей, в отличие от патологических, возникают под воздействием большой механической силы, превышающей запас прочности кости. Различают переломы полные и неполные, открытые и закрытые, поперечные, косые, винтообразные, оскольчатые, вколоченные, со смещением и без него.

Симптомы переломов: патологическая подвижность кости, крепитация (хруст) отломков, деформация конечности в месте перелома, боль при пальпации и попытке к движению, припухлость, нарушение двигательной функции. Диагноз подтверждается рентгенограммой.

Заживление переломов происходит путем образования костной мозоли. В момент перелома костными отломками могут повреждаться окружающие мягкие ткани, нервы, мышцы, сосуды, фасции, что сопровождается образованием гематомы.

Общепринятым методом лечения переломов является целесообразное и целенаправленное сочетание покоя и движения в соответствии с лечебным режимом. Такой метод обеспечивает быстрое и всестороннее восстановление функции опорно-двигательного аппарата. Особое место при этом отводится массажу.

Массаж помогает устранить многие нарушения, возникшие не только в результате переломов, но и при длительной иммобилизации. Переломы рассматривают как заболевание всего организма, а не части его. Кровопотеря, психотравма, боль, длительный вынужденный покой поражают центральную нервную систему. При этом нарушаются кровообращение, питание тканей, функция дыхания, пищеварение, функции обмена.

Массаж и лечебная гимнастика нормализуют функцию центральной нервной системы, предупреждают мышечную атрофию, контрактуры, тугоподвижность суставов, развитие спаечных процессов, стимулируют регенерацию тканей, способствуют восстановлению нормальной функции опорно-двигательного аппарата, улучшают местное и общее лимфо - и кровообращение, способствуют быстрому образованию качественно полноценной костной мозоли и рубцовой ткани.

Использование медикаментозной терапии позволяет применять массаж на раннем этапе, когда он наиболее эффективен. Приемы массажа по-разному действуют на организм.

Глубокое поглаживание улучшает обмен веществ в мышцах, оказывает рефлекторное интенсивное действие на сосуды, расположенные в толще мягких тканей.

Легкое поглаживание способствует расслаблению мышц, снимает рефлекторное болевое напряжение.

Глубокое растирание повышает мышечный тонус, возбуждает сократительную способность мышц, восстанавливает подвижность тканей, предотвращает их сращение, улучшает функцию сумочно-связочного аппарата суставов.

Спиралевидное растирание и штрихование помогают восстановить эластичность суставной сумки. Под влиянием выраженного рассасывающего

действия растирания разрыхляются и размельчаются патологические отложения, растягиваются и разрыхляются рубцы и спайки.
Разминание является основным приемом воздействия на функциональное состояние мышц: стимулирует сократительную деятельность мышц, улучшает течение трофических процессов в них, способствует укреплению мышц.
Вибрация усиливает сократительную функцию мышц, повышает их тонус. Нежная ручная вибрация снимает повышенный мышечный тонус, прерывистая – повышает его.
Физические упражнения и массаж взаимно дополняют друг друга, улучшая функциональное состояние опорно-двигательного аппарата.

4.9.1. Классический массаж после переломов проксимального отдела плечевой кости

Переломы шейки плеча чаще встречаются *у пожилых людей при падении на отведенную или согнутую руку.* Костная мозоль в этом месте образуется довольно быстро вследствие хорошего кровоснабжения, но *функция сустава нарушается,* что объясняется *внутрисуставным характером перелома и значительными реактивными изменениями в капсуле сустава и периартикулярных тканях.*
Симптомы перелома: боль, отек, гематома, рефлекторное напряжение мышц вследствие боли при попытке к движению.
Иммобилизация проводится гипсовой лангетой или отводящей шиной в течение пяти-семи дней. Затем иммобилизацию заменяют тугой косынкой.
После снятия иммобилизации применяют *массаж шеи, надплечья и области плеча.*
Массаж плечевого сустава начинают при вялом образовании костной мозоли.
При *нормальном образовании костной мозоли массаж сустава противопоказан* из-за возможности появления пышной костной мозоли, которая может нарушить движения в суставе. В этом случае массаж сустава начинают спустя 2-2,5 месяца после перелома.
Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, отека; рассасывание гематомы и регенерация костной ткани; улучшение трофики и обмена в поврежденных тканях; устранение рефлекторного напряжения мышц; восстановление функции сустава.
Массаж указанных областей можно выполнять уже на третий-пятый день после травмы.
Примерная схема и содержание массажной процедуры
Массаж области шеи и надплечья

1. Обхватывающее поглаживание от затылочной кости сверху вниз и в стороны к плечевым суставам.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное поглаживание задним ходом к плечевым суставам.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами задним ходом.
5. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.

6. Спиралевидное растирание большим пальцем по паравертебральным линиям.
7. Щипцеобразное поглаживание валика трапециевидной мышцы сверху вниз и в стороны к плечевым суставам по ходу волокон верхней части трапециевидной мышцы.
8. Щипцеобразное разминание в том же направлении.
9. Обхватывающее поглаживание.

В области большой грудной мышцы и лопатки применяют поглаживание и растирание.

Массаж области плеча

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Продольное разминание.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Первые три-четыре процедуры занимают 7-10 минут, затем продолжительность массажа постепенно увеличивают до 15-20 минут ежедневно.

Курс массажа в среднем состоит из 15-20 процедур, повторяется через 20 дней, при этом интенсивность приемов увеличивается от процедуры к процедуре.

4.9.2. Классический массаж после переломов диафиза плечевой кости

Переломы плечевой кости (поперечные, косые, винтообразные) в верхней, средней или нижней трети часто встречаются у молодых людей и лиц среднего возраста.

При оскольчатых переломах костными отломками могут быть повреждены сосуды, нервы, мышцы. Лечение подобных переломов требует большой осторожности из-за опасности смещения костных отломков.

При переломе плечевой кости в средней трети костными отломками часто повреждается лучевой нерв, в результате возникает парез или паралич мышц, которые этим нервом иннервируются (разгибатели кисти и пальцев; мышцы, отводящие и разгибающие большой палец).

В первые дни после травмы наблюдается рефлекторное напряжение мышц руки, которое затем сменяется расслаблением и гипотонией.

Цель массажа: ликвидация болей, отека, рефлекторного напряжения мышц; улучшение мышечного тонуса, лимфо - и кровообращения, трофики и обмена; ускорение регенерации; предупреждение тугоподвижности локтевого и плечевого суставов; борьба с парезами; стимуляция регенерации поврежденного нерва.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

При переломе хирургической шейки плеча с первых же дней применяют:

1. Массаж области шеи и надплечий.

2. Массаж открытых, свободных от иммобилизации частей предплечья и кисти. Применяют плоскостное поглаживание и спиралевидное растирание четырьмя пальцами до локтевого сустава.

Через 2-3 три недели, когда следует начать осторожные движения в локтевом суставе, поглаживают и растирают всю поверхность предплечья, не снимая руки с шины.

При наличии клинических признаков консолидации и благоприятных данных рентгенографии шину удаляют, а руку подвешивают на широкой косынке.

В этот период можно расширить границы функционального лечения и начинать массаж: области плеча, дельтовидной области, области локтевого сустава (при необходимости).

Первые 3-4 процедуры включают: поглаживание, растирание, механическую вибрацию плоским или полушаровидным вибратодом.

Особенно показана механическая вибрация при парализованных мышцах и по ходу лучевого нерва, а при вялой консолидации –в месте перелома.

Затем включают продольное и поперечное разминание, и щипцеобразное разминание.

Продолжительность массажной процедуры постепенно увеличивают до 15-20 минут ежедневно. Курс массажа 2-3 месяца до полного восстановления функции поврежденной конечности, но он может быть значительно сокращен при хороших результатах функционального лечения.

4.9.3. Классический массаж после переломов костей локтевого сустава

К переломам костей локтевого сустава относятся переломы дистального конца плечевой кости, проксимального конца локтевой и лучевой костей.

Эти внутрисуставные переломы дают стойкое ограничение подвижности в суставе и контрактуры.

Повышенная реактивность локтевого сустава на раздражение вызывается тем, что капсула локтевого сустава снабжена большим числом нервных окончаний. Они отходят от нескольких нервов, в частности срединного нерва, несущего большое число нервных волокон нервной вегетативной нервной системы. Этим и объясняется обширная зона иррадиации болей, возникающих во время травмы, и повышенная рефлекторная реакция со стороны окружающей мускулатуры. Здесь существует тесная связь между суставной сумкой и мышцами, а также определенная зависимость между реактивными явлениями со стороны сосудов, ведущих к длительному сохранению отечности окружающих тканей, и стойкостью ограничения подвижности в суставе. Все это требует особой осторожности при проведении восстановительного лечения.

Цель массажа в период иммобилизации: улучшение кровообращения в зоне повреждения рефлекторным путем.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

1. Массаж шеи и надплечья.

2. Деплеторный (отсасывающий) массаж дельтовидной области и области плеча, если они свободны от иммобилизации; (ручная вибрация исключена).
3. Массаж области лопатки и большой грудной мышцы приемами поглаживания и растирания.

Массаж в области локтевого сустава противопоказан из-за возможного образования в нем пышной костной мозоли, которая может нарушить функцию сустава.

Область самого сустава можно массировать через 2-2,5 месяца после травмы, чтобы ликвидировать тугоподвижность и сморщивание суставной капсулы и периартикулярных тканей, тугоподвижность и обеспечить дальнейшее восстановление функции локтевого сустава.

После снятия иммобилизации расширяют сферу действия массажа: массируют область плеча и предплечья, обходя локтевой сустав.

Первые две-три процедуры на плече и предплечье включают только обхватывающее непрерывистое поглаживание. Затем (осторожно!) спиралевидное растирание четырьмя пальцами, а в дальнейшем и продольное разминание. Более глубокие массажные приемы и особенно грубая ручная вибрация должны быть исключены из-за возможных нарушений консолидации отломков.

По мере расширения массажа в области плеча и предплечья отпадает необходимость в массаже шеи, надплечья, лопатки и большой грудной мышцы. За счет этого увеличивают продолжительность массажа плеча и предплечья.

Средняя продолжительность массажной процедуры 15-20 минут ежедневно.

Первый курс массажа состоит из 15 процедур. После трехнедельного перерыва проводят второй курс, через месяц после его окончания –третий курс массажа, при этом уже можно массировать и область локтевого сустава.

4.9.4. Классический массаж после переломов костей предплечья и кисти

Один из наиболее частых переломов – перелом костей предплечья в типичном месте при падении на вытянутую руку. При этом особенно страдает дистальный конец лучевой кости. Возможно смещение костных отломков, нарушение движения кисти, деформация предплечья, появление боли и припухлость. Правильное соотношение костных отломков восстанавливают путем ручной репозиции (вправления).

Частое осложнение после снятия иммобилизации –тугоподвижность пальцев, и лучезапястного и плечевого суставов. Для профилактики этих осложнений необходим своевременный массаж верхней конечности в области, свободной от гипсовой лангеты.

Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, отека застойных явлений, улучшение крово - и лимфотока, питания, обмена и регенерации костной ткани, предупреждение и борьба с контрактурами и тугоподвижностью суставов, профилактика мышечной атрофии.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

На второй-третий день после травмы начинают массировать область дельтовидной мышцы и плеча.

Применяют деплеторный (отсасывающий) массаж:

1. Обхватывающее непрерывистое глубокое поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Продольное и поперечное разминание.
4. Механическую вибрацию шаровидным, плоским или полушаровидным вибратодом прямо через гипсовую лангету над местом перелома.

Механическая вибрация значительно ускоряет образование костной мозоли и сокращает срок иммобилизации.

Массаж дельтовидной области, области плеча производят ежедневно по 10 минут.

Пальцы и кисть обычно свободны от гипса, поэтому их можно массировать на первый-второй день после травмы.

На тыльной стороне кисти и пальцев достаточно применять поглаживание и спиралевидное растирание большим пальцем в течение 5 минут ежедневно, чтобы предупредить застойные явления и тугоподвижность пальцев, а также облегчить проведение деплеторного (отсасывающего) массажа на плече и дельтовидной области.

После удаления тыльной гипсовой лангеты на тыльной поверхности предплечья проводят массаж:

1. Плоскостное поглаживание.
2. Легкое пиление.
3. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.

На тыле лучезапястного сустава – поглаживание по суставной щели подушечками больших пальцев, попеременное и спиралевидное растирание большими пальцами.

Если рентгенограмма показывает хорошую консолидацию костных отломков, можно на время вынимать руку из лангеты и осторожно массировать ее со всех сторон, ограничиваясь приемами поглаживания и растирания в течение трех-четырех дней. Механическую вибрацию после снятия тыльной лангеты продолжают, но уже воронкообразным вибратодом и не ограничиваются местом перелома, а подвергают действию вибрации тыл кисти и пальцы.

Через 3-4 дня на предплечье начинают осторожно применять продольное непрерывистое разминание от кисти к локтевому суставу.

Лучезапястный сустав массируют со всех сторон, применяя только указанные выше приемы.

При дальнейшей положительной динамике массаж дельтовидной области и плеча прекращают.

Массируют предплечье, лучезапястный сустав, кисть (в том числе межкостные мышцы) и пальцы. Кисть и локтевой сустав массируют по общему плану, на лучезапястном суставе кольцевое растирание не применяют из-за возможности нарушения целостности костной мозоли.

Продолжительность массажной процедуры 15-20 минут ежедневно.

Курс массажа состоит из 15-20 процедур и через три недели повторяется.

4.9.5. Классический массаж после переломов бедренной кости

Перелом шейки бедра чаще встречается у пожилых людей. Нарушение кровообращения и питания тканей возникает из-за длительного вынужденного покоя, связанного с иммобилизацией. В некоторых случаях при ранней нагрузке и остеопорозе образуется ложный сустав. При переломе шейки бедра у пожилых людей применяют скелетное вытяжение, а молодым людям накладывают высокую гипсовую повязку.

С первых дней после травмы применяют энергичный массаж здоровой конечности для оказания рефлекторного воздействия на больную ногу.

При наличии скелетного вытяжения на 3-4 день после травмы применяют легкий массаж больной ноги.

Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, мышечного гипертонуса, предупреждение осложнений от длительной иммобилизации, улучшение кровообращения, трофики, обмена в тканях и регенеративных процессов кости.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

1. Массаж здоровой нижней конечности.
2. Массаж больной нижней конечности, находящейся на вытяжении .
3. Массаж коленного сустава.
4. Массаж тазобедренного сустава.

На здоровой ноге применяют все массажные приемы, кроме глубокой ручной вибрации, так как при ее выполнении происходит сотрясение таза, что может привести к смещению отломков и нарушению консолидации.

При массаже больной ноги, находящейся на вытяжении, вначале применяют легкое, обхватывающее непрерывистое поглаживание и осторожное спиралевидное растирание четырьмя пальцами, при этом растирание лучше делать одной рукой, а другой –фиксировать больную ногу. Эти приемы удобнее производить задним ходом рук массажиста в проксимальном направлении. Массируют, по возможности, всю поверхность ноги, стараясь, чтобы больная нога в это время оставалась неподвижной.

По мере уменьшения реактивных явлений постепенно увеличивают силу давления рук при выполнении массажных приемов. Когда боль и гипертонус мышц значительно уменьшаются, начинают применять простое поперечное разминание, приспосабливаясь к вынужденному положению пациента.

Для стимуляции образования костной мозоли с первых дней после травмы применяют механическую вибрацию шаровидным или полушаровидным вибратодом в области большого вертела. На больной ноге противопоказаны все виды прерывистой и непрерывистой ручной вибрации.

Здоровую ногу вначале массируют 15 минут, а затем время массажа умень-шают, чтобы больше внимания уделять больной ноге.

Продолжительность массажа больной ноги, напротив, постепенно доводят от 5-7 минут до 15 минут.

Чтобы избежать пролежней, с первых же дней массируют участки их возможного образования, применяя поглаживание, спиралевидное растирание и перемежающееся надавливание. Для этого массажист осторожно подводит руку под массируемый участок, не изменяя положения

его тела, и медленно выполняет указанные приемы. Эти зоны достаточно массировать 3-4 минуты.

После снятия иммобилизации применяют более глубокий *массаж пояснично-крестцовой области, ягодиц, бедра и голени*, используя все виды массажных приемов, включая похлопывание, поколачивание и рубление.

После снятия вытяжения наблюдаются тугоподвижность коленного сустава и сгибательная фиксационная контрактура. Поэтому необходимо массировать не только мышцы, но и тазобедренный и коленный суставы, делая акцент на приемы растирания. Суставы массируют по общей методике.

Перед тем, как пациента начнут обучать ходить после внесуставного перелома, применяют энергичный массаж пояснично-крестцовой области и спины по общему плану, большую часть времени отводят приемам разминания.

Массаж производится ежедневно до дня выписки из стационара.

После выписки массаж проводят отдельными курсами по 10-12 процедур с перерывами в 1-1,5 месяца до полного восстановления функции пораженной конечности.

При наложении высокой гипсовой повязки массажу подвергают здоровую ногу. Желательно также массировать область проекции сегментарных корешков от L5 до D7, если можно вырезать окно в гипсовой повязке на соответствующем уровне.

Механическую вибрацию в этом случае делают через гипсовую повязку полушаровидным вибратодом, который устанавливают над большим вертелом.

Если стопа и голень свободны от гипса, их также массируют, применяя все приемы.

Для предупреждения тугоподвижности коленного сустава через окно, вырезанное в гипсовой повязке, массируют в области надколенника, используя главным образом, приемы растирания.

После снятия гипсовой повязки в первые дни делают щадящий массаж больной ноги, состоящий из легкого плоскостного и обхватывающего прерывистого поглаживания, попеременного растирания, спиралевидного растирания четырьмя пальцами и валяния. Другие массажные приемы не применяют, чтобы не повредить кожу и мелкие сосуды. После гипсовой повязки в коже возникают некоторые трофические нарушения и лимфостаз.

Постепенно, по мере улучшения состояния покровных тканей, увеличивают силу давления рук и включают полукружное, продольное и поперечное разминания.

При оперативном лечении перелома шейки бедра описанную методику массажа применяют после заживления операционного шва.

4.9.6. Классический массаж после переломов диафиза бедра

Переломы бедренной кости чаще наблюдаются в средней трети бедра у людей любого возраста. Консервативный метод лечения заключается в применении скелетного вытяжения, гипсовая повязка применяется реже.

Цель массажа: предупреждение застойной пневмонии, стимуляция процессов консолидации костных отломков, сохранение функции суставов, восстановление функции конечности.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

1. С первых дней после травмы применяют энергичный массаж здоровой ноги с использованием всех массажных приемов.
2. Со 2-3 дня после травмы применяют легкий массаж бедра, голени и стопы больной ноги, состоящий из приемов:

— легкого плоскостного и обхватывающего непрерывного поглаживания,
— спиралевидного растирания четырьмя пальцами задним ходом рук.

3. В конце периода иммобилизации постепенно увеличивают силу давления рук и включают простое поперечное непрерывистое разминание.
4. В течение всего времени вытяжения необходимо при массаже осторожно обходить места проведения спицы.

Продолжительность массажной процедуры на больной ноге постепенно увеличивается с 5-7 минут до 15 минут ежедневно. Здоровую ногу можно массировать по 15 минут ежедневно, начиная с первой процедуры.

При переломах шейки и диафиза бедра срок иммобилизации довольно продолжительный, и у пациентов появляется наклонность к атоническим запорам.

Для улучшения функции кишечника необходимо массировать живот, применяя методику массажа при атонических запорах, но не полную, так как приемы раскачивания, встряхивания и сотрясения живота могут нарушить иммобилизацию, а упрощенную.

1. Легкое круговое плоскостное поглаживание живота по ходу часовой стрелки.
2. Попеременное растирание.
3. Круговое плоскостное поглаживание, более глубокое.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами на мышцах брюшного пресса
5. Поглаживание.
6. Поперечное прерывистое разминание.
7. Круговое плоскостное поглаживание.

Далее массируют область толстой кишки

1. Глажение (1 вариант) без отягощения по направлению перистальтики толстой кишки. В этом же направлении проводятся и все последующие приемы.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Глажение (1 вариант с отягощением).
4. Перемежающееся надавливание.
5. Круговое плоскостное поглаживание по всему животу.

Вместо ручной вибрации и для усиления лечебного действия массажа можно с успехом применять механическую вибрацию полушаровидным вибратодом по ходу перистальтики кишечника, а также по краю реберной дуги и по гребню подвздошной кости.

Продолжительность массажа живота до 10 минут ежедневно.
После снятия иммобилизации применяют более глубокий массаж больной ноги.
Когда пациенту разрешают поворачиваться на живот, массируют пояснично-крестцовую область, ягодицы и всю заднюю поверхность больной ноги.
После массажа передней поверхности ноги массируют область коленного сустава по общей методике.
При вялой консолидации и замедленном образовании костной мозоли применяют механическую вибрацию плоским или полушаровидным вибратодом в месте перелома.
При избыточной костной мозоли избегают массировать место перелома.
Во время пребывания пациента в стационаре массаж применяют в сочетании с тепловыми процедурами и лечебной гимнастикой.
После выписки из стационара массаж применяют отдельными курсами по 12-15 процедур с перерывами в 1-1,5 месяца до возможно полного восстановления функции пораженной конечности.

4.9.7. Классический массаж после травм коленного сустава
Переломы костей, образующих коленный сустав, разделяются на внутрисуставные переломы мыщелков бедренной и большеберцовой кости, переломы надколенника, отрывные переломы межмыщелкового возвышения. Переломы мыщелков большеберцовой кости встречаются в несколько раз чаще переломов мыщелков бедренной кости. Внутрисуставные переломы часто сочетаются с подвывихом голени.
Задача лечения - восстановление правильной конгруэнтности (совмещаемости) суставных поверхностей.
Несоблюдение этого правила приводит в дальнейшем к резким статическим нарушениям, развитию деформирующего артроза, появлению болей.
Лечебная гимнастика и массаж помогают восстановить достаточную амплитуду движений в коленном суставе.
При переломе костей коленного сустава иммобилизацию производят при помощи гипсовой повязки или скелетного вытяжения.
Внимание! Движения в коленном суставе разрешается производить только при удовлетворительном положении и консолидации костных отломков - обычно через две недели после травмы. Нагрузка допускается, в зависимости от положения отломков, через 3-5 месяцев.
Иммобилизация продолжается четыре недели и более.
Длительная иммобилизация приводит к резкому ограничению движений в коленном суставе.
Своевременно начатые и целенаправленные массаж и лечебная гимнастика значительно укорачивают указанные сроки, способствуют быстрейшему восстановлению функции коленного сустава.
При скелетном вытяжении со 2-3 дня после травмы начинают массаж бедра и голени.

В первые дни применяют легкий массаж больной конечности: плоскостное и обхватывающее поглаживания, спиралевидное растирания четырьмя пальцами. Позднее осторожно включают поперечное разминание.
Во всех случаях переломов костей нижних конечностей на этом этапе лечения совершенно исключаются все приемы ручной вибрации из-за возможности нарушения иммобилизации, консолидации и повреждения свежей костной мозоли. Ручную вибрацию можно заменить механической.
Массаж коленного сустава разрешается, как и при других внутрисуставных переломах, не раньше чем через 2-2,5 месяца после травмы.
Массажу подвергают переднебоковую поверхность коленного сустава, применяя круговое или спиралевидное растирание.
Курс массажа состоит из 12-15 процедур и повторяется через 1-1,5 месяца до полного восстановления функции пораженной конечности.

4.9.7.1. Классический массаж после переломов диафиза бедра
В данном случае массаж применяют в зависимости от характера клинических проявлений и последствий травмы коленного сустава.
Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, улучшение лимфо - и кровообращения, ликвидация отека, выпота, улучшение трофики, обмена и регенерации, предупреждение и ликвидация мышечной гипотрофии или атрофии.
Коленный сустав в послеоперационный период не массируют!
Через 1,5 месяца после операции проводят массаж боковой поверхности коленного сустава, применяя поглаживание и растирание.
Лечебный эффект усиливается при проведении массажа в теплой или горячей воде. Можно применять подводный массаж, направляя водяную струю под давлением 2-3 атмосферы на бедро и голень, имитируя приемы ручного массажа: поглаживание, разминание и вибрацию.
Подводный массаж проводят через день по 10-15 минут.

4.9.8. Классический массаж после переломов костей голени
Переломы диафиза одной или обеих костей голени могут быть поперечными, косыми, винтообразными, оскольчатыми, со смещением и без смещения.
При изолированном переломе большеберцовой и малоберцовой костей, при поперечном переломе диафиза обеих костей без смещения накладывают гипсовую повязку.
При переломах со смещением, а также при косых, винтообразных и оскольчатых переломах применяют скелетное вытяжение в течение 3-4 недель, а затем накладывают гипсовую повязку на 2-2,5 месяца.
В период иммобилизации пациентам рекомендуют напрягать и расслаблять мышцы больной ноги.
При наличии гипсовой повязки применяют массаж на свободной части бедра и стопы.
Цель массажа: ликвидация трофических нарушений, мышечной гипотонии, тугоподвижности коленного и голеностопного суставов, возникающей из-за

длительной иммобилизации, улучшение лимфо - и кровообращения, мышечного тонуса.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

1. Энергичный массаж здоровой конечности – для рефлекторного воздействия.
2. Массаж нижней конечности на стороне травмы:
   – на бедре применяют деплеторный (отсасывающий) массаж, состоящий, главным образом, из глубокого поглаживания и простого поперечного непрерывистого разминания;
   – на открытой части стопы используют поглаживание и спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. После снятия гипсовой повязки начинают массировать всю больную конечность, включая коленный и голеностопный суставы.

Первые 2-3 процедуры массажа состоят из обхватывающего легкого прерывистого поглаживания, попеременного растирания, спиралевидного растирания четырьмя пальцами, валяния, полукружного, продольного и поперечного разминания, похлопывания на задней поверхности голени и бедра. Сила давления рук при выполнении указанных приемов увеличивается от процедуры к процедуре.

Внимание! В месте перелома массажные приемы следует выполнять осторожнее, чем на других участках.

Ногу массируют в течение 15-20 минут ежедневно. Курс массажа состоит из 15-20 процедур, при необходимости его повторяют через 3-4 недели.

4.9.9. Классический массаж после травм голеностопного сустава и стопы

Переломы лодыжек могут быть со смещением и без смешения, одно- и двусторонние.

Иммобилизацию осуществляют гипсовой повязкой:

- ✓ при переломах без смещения – на 4-5 недель,
- ✓ со смещением и вывихом (после вправления вывиха) – на 7-8 недель.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

1. С первых дней после травмы начинают применять деплеторный (отсасывающий) массаж в области бедра:
   – на бедре и голени применяют глубокий массаж, состоящий главным образом из поглаживания и разминания;
   – необходимость в массаже бедра постепенно отпадает по мере появления возможности применять глубокий массаж голени.
2. После снятия гипсовой повязки массируют область голени, стопы и голеностопного сустава:
   – на стопе и в области голеностопного сустава применяют, в основном, приемы поглаживания и спиралевидного растирания;
   – в области поврежденных лодыжек, кроме того, применяют механическую вибрацию плоским воронкообразным или даже шаровидным вибратодом.

Процедура массажа, в среднем, продолжается15-20 минут ежедневно.

Курс массажа состоит из 12-15 процедур и при необходимости повторяется через 2-3 недели.

4.9.9.1. Классический массаж при травмах ахиллова сухожилия

Повреждение ахиллова сухожилия довольно часто встречается у спортсменов и артистов балета. При неполном повреждении накладывают гипсовую повязку на 3-4 недели, при полном разрыве сухожилия вначале делают пластическую операцию, а затем накладывают гипсовую повязку на 6 недель. В это время массируют области, свободные от гипсовой повязки.

Массаж области голени и бедра

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее непрерывистое и прерывистое поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Поперечное непрерывистое разминание
6. Вибрация механическая.

Массаж области ахиллова сухожилия производят после снятия гипсовой повязки:

1. Щипцеобразное поглаживание.
2. Спиралевидное растирание подушечкой большого пальца.
3. Щипцеобразное поглаживание.
4. Щипцеобразное разминание двумя руками.
5. Щипцеобразное поглаживание.
6. Механическая вибрация.
7. Щипцеобразное поглаживание.

Все приемы мягко проводят от пяточного бугра вверх к икроножной мышце.

Курс массажа и продолжительность процедуры зависят от характера восстановительного процесса.

При необходимости курс повторяют через 1-1,5 месяца.

4.10. Классический массаж для подготовки культи нижней конечности к протезированию

Типичная ампутация нижней конечности производится по лоскутному способу. Если заживление идет вторичным натяжением, и образуются грубые рубцы, такая культя не пригодна для протезирования.

В методике подготовки культи к протезированию различают три периода:

1- иммобилизация культи;

2- формирование культи и подготовка ее к протезированию, выработка подвижности, силы и опороспособности культи;

3- обучение пациента пользованию протезом.

В первом периоде при положении пациента лежа на спине, проводят общеукрепляющую лечебную гимнастику, начиная со 2-3 дня после операции.

В первые дни движения культей не производят, на нее накладывают заднюю гипсовую лангету на непродолжительный срок.

Непосредственно после операции культе необходимо придать правильное положение для профилактики контрактур: при высокой ампутации бедра может наблюдаться наклонность к развитию сгибательно-отводящей контрактуры, при ампутации голени – сгибательной контрактуры.

Через 12-14 дней после операции начинается второй период, самый важный в восстановительном лечении. В этом периоде наряду с лечебной гимнастикой важная роль принадлежит массажу.

При двусторонней ампутации необходимо укрепить мышечный корсет спины и поясницы, ягодичные мышцы, мышцы верхних конечностей и плечевого пояса, а при односторонней – кроме выше перечисленного, массируют так же и мышцы здоровой ноги.

Большое значение имеет подготовка выносливой и опороспособной культи при помощи массажа. Массаж культи способствует улучшению кровообращения, ликвидирует уплотнение, застой и отечность, стимулирует регенеративные процессы, улучшает функциональное состояние сохранившихся мышц. Через две недели после ампутации, до получения протеза, проводят ежедневный массаж и специальную лечебную гимнастику.

Для уменьшения отечности культи и увеличения ее подвижности, начиная с третьей недели после операции, на проксимальной части культи применяют *деплеторный массаж*, состоящий из глубокого обхватывающего непрерывистого поглаживания, спиралевидного растирания четырьмя пальцами, простого поперечного непрерывистого разминания.

На послеоперационном рубце применяют: поглаживание, штрихование, спиралевидное растирание, сдвигание, валик, пощипывание-подергивание. Эти приемы предупреждают развитие грубой рубцовой ткани, сращение рубца с подлежащими тканями и делают его мягким, эластичным, подвижным и безболезненным.

При высокой ампутации бедра массаж необходимо сочетать с активными движениями и движениями с сопротивлением на приведение и разгибание бедра в тазобедренном суставе, при ампутации голени – на разгибание в коленном суставе. Соответственно этому при ампутации бедра применяют глубокий массаж, состоящий из приемов разминания на приводящих мышцах и мышцах ягодиц, при ампутации голени – на четырехглавой мышце бедра.

С улучшением состояния культи, исчезновением отечности и болезненности переходят к *тренировке опорной поверхности культи на выносливость*.

Для этого *на опорной поверхности* применяют круговое плоскостное поглаживание, пиление, спиралевидное растирание четырьмя пальцами, надавливание, похлопывание или поколачивание.

Массаж сочетают со специальными упражнениями для опорной поверхности культи. Упражнения заключаются в многократном надавливании дистальным концом культи сначала на мягкую подушку, затем на войлочную подстилку, на деревянную скамейку и даже на каменную плитку. Такую процедуру следует повторять по несколько раз в день.

Пациента необходимо обучить приемам *самомассажа*, так как он должен ежедневно делать себе массаж культи до и после пользования протезом. В

первый год пользования протезом пациенту необходимо получать массаж в поликлинике по 10-12 процедур через каждые 2-3 месяца.

4.11. Классический массаж после переломов костей таза

Переломы костей таза часто сочетаются с повреждениями других костей или внутренних органов.

Выделяют 4 основных вида переломов костей таза: краевые переломы, переломы костей таза без нарушения непрерывности тазового кольца, с нарушением его непрерывности и переломы вертлужной впадины.

К краевым переломам относят: отрывы остей подвздошных костей, копчика, крестца ниже крестцово-подвздошного сочленения, переломы крыла подвздошной кости.

К переломам тазового кольца без нарушения его непрерывности относят одно- или двусторонний перелом лобковой кости, одно- или двусторонний перелом седалищных костей, перелом лобковой кости с одной стороны и седалищной с другой.

Повреждения с нарушением непрерывности тазового кольца – вертикальный перелом крестца, разрыв крестцово-подвздошного сочленения, вертикальный перелом подвздошной кости, перелом лобковой и седалищной костей с одной или с обеих сторон (перелом типа бабочки), разрыв симфиза и др.

Переломы вертлужной впадины – перелом края вертлужной впадины; может сопровождаться задневерхним вывихом бедра, перелом дна вертлужной впадины; может сопровождаться центральным вывихом бедра – смещением его головки внутрь в сторону полости таза.

Симптоматика при переломах костей таза зависит от характера перелома и наличия сопутствующих повреждений.

Наиболее характерные симптомы переломов костей таза: деформация тазовой области, сильная болезненность при попытке к движению и при пальпации, подвижность тазовых костей, крепитация (хруст) костных отломков, гематома в месте повреждения, иногда забрюшинное кровоизлияние.

При переломах тазовых костей могут быть повреждения тазовых органов, сопровождаемые шоком.

Диагноз подтверждается *рентгенограммой.*

При изолированном переломе *без нарушения целостности тазового кольца* пациента укладывают на спину, под матрац подкладывают деревянный щит. Ноги должны быть полусогнуты в коленных и тазобедренных суставах и лежать на толстом мягком валике. Бедра слегка разведены.

В первые же дни, после стихания острых реактивных явлений и при *общем удовлетворительном состоянии, пациенту,* назначают *массаж нижних конечностей, живота и мест возможного образования пролежней.*

Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, улучшение крово - и лимфотока, профилактика пролежней и запоров, рефлекторное воздействие

на стимуляцию регенеративных процессов, предупреждение тугоподвижности суставов и мышечной гипотонии.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

В местах возможного образования пролежней используют поглаживание, круговое или спиралевидное растирание четырьмя пальцами, перемежающееся надавливание.

В области живота применяют:

1. Круговое плоскостное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Круговое поглаживание.
4. Пиление.
5. Глубокое круговое плоскостное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Круговое поглаживание.
8. Накатывание.
9. Поглаживание.
10. Поперечное простое прерывистое разминание.
11. Поглаживание.

Массаж нижних конечностей при указанном выше положении пациента, выполняют, стараясь *охватить переднюю, заднюю, наружную и внутреннюю поверхности* конечностей. Применяют следующие приемамы:

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеими руками.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Полукружное, продольное и поперечное разминание.

Массаж ноги заканчивают обхватывающим непрерывистым поглаживанием.

Коленный и голеностопный суставы массируют по общей методике.

Внимание! Приемы ручной вибрации в области живота и на нижних конечностях не применяют.

Общая *продолжительность массажной процедуры* 20-25 минут. Массаж проводится ежедневно в течение стационарного лечения.

Курс массажа состоит из 10-15 процедур с недельным перерывом между повторными курсами.

При расхождении симфиза после иммобилизации применяют описанную выше методику массажа.

При переломах тазовых костей со смещением накладывают скелетное вытяжение за бедро или голень на стороне смещения тазовых костей.

Массируют *живот, нижние конечности и места возможного образования пролежней.* К описанной выше методике массажа живота и мест возможного образования пролежней прибавляют *методику массажа при переломе диафиза бедра,* когда нога находится на скелетном вытяжении.

В случае значительного расхождения симфиза и крестцово-подвздошного сочленения после иммобилизации массажу подвергают *спину, часть живота и нижние конечности.* Для этого можно использовать *все массажные приемы.*

4.12. Классический массаж после переломов позвоночника

При травме позвоночника наблюдаются переломы тел позвонков, часто компрессионные, дужек, остистых и поперечных отростков. Нередко переломы тел позвонков сопровождаются повреждением межпозвонковых хрящевых дисков.

Возникает разрыв фиброзного кольца диска, куда может проникнуть студенистое ядро и образоваться так называемая грыжа диска. Эта грыжа сдавливает корешки спинномозговых нервов, обусловливая соответствующую симптоматику. Тяжелые переломы позвоночника со сдавлением или разрывом спинного мозга сопровождаются глубокими парезами или параличами мышц конечностей и туловища, нарушением функции тазовых органов.

Перелом позвоночника ведет к снижению его гибкости, подвижности, нарушению движений и утрате рессорных качеств. При попытке к движению и при пальпации возникает сильная боль в месте перелома, где образуется гематома.

Компрессионные переломы позвоночника

Самая распространенная разновидность переломов позвоночника. Возникает в результате сдавления позвонка (при прыжке с высоты, падении на ягодицы). Характеризуется уменьшением высоты позвонка. Чаще всего наблюдаются компрессионные переломы XI, XII грудных позвонков и I поясничного позвонка.

Риск возникновения компрессионного перелома позвоночника увеличивается при остеопорозе. Почти у половины женщин в возрасте старше 80 лет на рентгенограммах выявляются признаки старого компрессионного перелома позвонков. При этом больные травмируются во время незначительного падения и часто не обращаются к врачу, считая боли в спине признаком возрастных изменений.

Патологические компрессионные переломы позвоночника нередко возникают при метастазировании злокачественных опухолей, когда разрушенный метастазом позвонок ломается в результате минимальной травмы.

Основная задача лечения компрессионных переломов тел позвонков – предупреждение дальнейшей деформации тел поврежденных позвонков и спинного мозга от сдавливания, исправление формы тела поврежденных позвонков, разгрузка позвоночника, сохранение функциональной способности позвоночника.

Методика лечения компрессионного перелома тел позвонков определяется локализацией, характером, объемом повреждений, возрастом и общим состоянием пациента.

Лечение переломов позвоночника

При неосложненных компрессионных переломах показана консервативная терапия: обезболивание в сочетании с фиксирующими приспособлениями (корсеты, реклинаторы) и специальным режимом.

Пациента укладывают на щит с валиком под областью повреждения. В течение 12-14 недель запрещают поднимать тяжести, сидеть, наклоняться вперед и резко поворачивать туловище. В отдельных случаях накладывают гипсовый корсет сроком до 6 месяцев.

Большое значение имеет лечебная физкультура. Развитые мышцы спины «берут на себя» часть нагрузки, разгружая, таким образом, позвонки и способствуя их хорошему сращению.

Оперативное лечение проводится при нестабильных переломах позвоночника, сдавлении нервных корешков и спинного мозга. Для стабилизации позвонков используют различные фиксаторы, а при невозможности восстановления позвонков применяют имплантаты из искусственных материалов.

При неосложенных переломах ***шейных и верхнегрудных позвонков*** накладывают воротник Шанца или гипсовый корсет сроком до 4 месяцев.

При угрозе смещения отломков проводят вытяжение петлей Глиссона или аппаратное вытяжение за череп сроком до 1 месяца, после чего выполняют иммобилизацию жестким воротником на срок до 4 месяцев.

При тяжелых повреждениях производят фиксирующие операции с использованием пластин и фиксаторов.

Петлю Глиссона или подмышечные лямки, применяемые при переломе поясничных или нижнегрудных позвонков, укрепляют за головной конец кровати, который приподнимают, чтобы образовать наклонную плоскость.

Пациент находится на **строгом постельном режиме,** ему не разрешают вставать, сидеть, поворачиваться на бок.

Массаж пациентам с переломами тел позвонков производится по периодам.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

1 период (первые 15 дней после травмы)

С 5-7 дня после перелома начинают **общий массаж конечностей** для улучшения кровообращения и лимфотока, стимуляции регенеративных процессов.

На верхних конечностях применяют:

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Поглаживание.
6. Продольное разминание.
7. Поглаживание.
8. Двойное кольцевое разминание.
9. Поглаживание.

Каждую руку достаточно массировать 5-7 минут ежедневно.

*На **нижних конечностях** применяют:*

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание от основания пальцев стопы до паховой складки.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Поглаживание.
6. Продольное непрерывистое разминание.
7. Поглаживание.
8. Поперечное простое непрерывистое разминание.
9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

На массаж каждой ноги достаточно 7-10 минут ежедневно.

Внимание! При массаже верхних и нижних конечностей ручную вибрацию не применяют.

С первых же дней, с целью профилактики пролежней, массируют места возможного их образования.

Живот массируют только при наклонности к запорам.

2 период (с 15 по 21 день)

Цель массажа этого периода***:*** дальнейшее укрепление мышц конечностей, плечевого и тазового пояса, мышц брюшного пресса и мышц спины.

В конце периода пациенту разрешают поворачиваться со спины на живот при условии сохранения прямого положения позвоночника.

В этом периоде продолжают *массировать конечности*. Глубина массажного воздействия возрастает, и больший акцент делается на разминание.

После поворота на живот первые 2-3 дня делают *легкий массаж спины* (щадя место перелома):

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Глубокое поглаживание в три тура.
4. Пиление.
5. Обхватывающее поглаживание в два тура.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Плоскостное поверхностное поглаживание.

В последующие дни постепенно увеличивают силу давления при выполнении массажных приемов и включают полукружное разминание, поперечное непрерывистое разминание, накатывание.

3 период (с 21 по 28 день)

Цель массажа прежняя. Нагрузку во время массажа постепенно увеличивают. Пациент становится более активным, **отпадает необходимость в массаже конечностей и живота,** и теперь *больше времени уделяют массажу спины и особенно массажу мягких тканей вдоль позвоночника по паравертебральным линиям*.

Здесь начинают применять:

1. Глубокое поглаживание большими пальцами.
2. Спиралевидное растирание двумя большими пальцами.

3. Глубокое поглаживание большими пальцами.
4. Сдвигание.
5. Глубокое поглаживание большими пальцами.
6. Перемежающееся надавливание.
7. Глубокое поглаживание большими пальцами.
8. Механическую вибрацию шаровидным вибратодом.

4 период (с 28 по 35 день)

В этом периоде пациента готовят к вставанию.

На спине применяют все массажные приемы, кроме ручной прерывистой вибрации.

Внимание! Вставать на ноги пациент должен из положения лежа на животе, не сгибая спины и опираясь на выпрямленные руки. Во избежание вторичного радикулита сидеть разрешается только спустя три месяца после травмы.

При лечении пациентов с переломами шейных позвонков применяют массаж шеи. Массаж шеи улучшает мышечный тонус, усиливает крово - и лимфообращение, питание тканей, стимулирует регенеративные процессы, уменьшает и ликвидирует боли.

Особое внимание уделяют *трапециевидным и грудино-ключично-сосцевидным мышцам.*

Приспосабливаясь к вынужденному положению пациента, применяют:

1. Плоскостное и щипцеобразное поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Щипцеобразное разминание.

Приемы удобнее выполнять одной рукой задним ходом, свободной рукой фиксируя голову пациента.

При явлениях пареза и слабости мускулатуры верхних конечностей по методике массажа при вялых параличах избирательно массируют наиболее вялые мышцы, используя главным образом щипцеобразное разминание, механическую вибрацию полушаровидным вибратодом.

Массаж области шеи и надплечий начинают на следующий день после снятия жесткого воротника или гипсового корсета.

Исходное положение пациента – сидя; исходное положение массажиста – стоя сзади пациента.

Массаж передней поверхности шеи

1. Общее поглаживание обеими руками – от подбородка к углу нижней челюсти, далее по грудино-ключично-сосцевидной мышце до рукоятки грудины и над ключицами в стороны к плечевым суставам.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками – в этом же направлении по тем же линиям.
3. Раздельное поглаживание поочередно – то левой, то правой рукой, каждой последовательно на своей стороне.

Массаж грудино-ключично-сосцевидных мышц выполняют одновременно с обеих сторон, продвигая руки передним ходом сверху вниз от верхушки

сосцевидного отростка к грудине и ключице, пальцы обращены концевыми фалангами в сторону грудины. Из массажных приемов применяют:

1. Плоскостное поглаживание подушечками II, III и IV пальцев.
2. Спиралевидное растирание тремя пальцами.
3. Щипцеобразное поглаживание подушечками большого и указательного пальцев.
4. Щипцеобразное разминание теми же пальцами.
5. Плоскостное поглаживание.

Массаж задней поверхности шеи и надплечий:

1. Обхватывающее поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное поглаживание от основания затылочной кости к плечевым суставам задним ходом.
4. Пиление.
5. Плоскостное поглаживание задним ходом.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами задним ходом.
7. Поглаживание задним ходом.
8. Спиралевидное растирание большим пальцем мягких тканей по паравертебральным линиям между остистыми и поперечными отростками шейных позвонков.
9. Поглаживание.
10. Щипцеобразное разминание.
11. Обхватывающее поглаживание.

Массаж передней и задней поверхностей шеи и надплечий продолжается 15 минут ежедневно. Курс массажа состоит из 15 процедур.

При переломах поперечных и остистых отростков производят разгрузку позвоночника на кровати со щитом в течение 2-3 недель.

На 2-3 день после травмы назначают массаж спины и мягких тканей вдоль позвоночника для улучшения функционального состояния мышц, снятия боли и рефлекторного напряжения мышц, ускорения процесса регенерации. Процедуры массажа производят ежедневно по 15-20 минут на всем протяжении стационарного лечения, а при необходимости продолжают амбулаторно.

Лечение пациентов после переломов позвоночника, осложненных повреждением спинного мозга.

В случае легкого сдавления спинного мозга и его корешков, когда наблюдаются нестойкое нарушение чувствительности и снижение функциональной способности мышц, применяют избирательный массаж мышц и мышечных групп.

Тяжелые повреждения спинного мозга ведут к развитию вялых или спастических парезов или параличей. В этом случае применяют соответствующую методику массажа.

5. Классический массаж при нарушении обмена веществ

В комплексном лечении ожирения, сахарного диабета и подагры показано применение общего массажа. Интенсивность воздействия, выбор массажных приемов и длительность процедуры зависят от исходного состояния пациента, его ответной реакции на массаж и динамики общего самочувствия после массажной процедуры.

Противопоказания: острый приступ подагры, субкомпенсированные и декомпенсированные формы сахарного диабета, злокачественные и доброкачественные опухоли.

5.1. Классический массаж при ожирении

Ожирение – это излишнее, выше физиологической нормы накопление жира в организме, обычно в подкожной клетчатке и внутренних органах. Увеличение жировой клетчатки вызывает увеличение капиллярной сети питающих ее сосудов и, следовательно, нагрузки на сердце. Различают две основные формы ожирения — экзогенную и эндогенную, а также выделяют легкую, среднюю и тяжелую степени ожирения.

Экзогенное ожирение вызывается перееданием, сидячим образом жизни, недостаточностью физической нагрузки, злоупотреблением алкоголя и т. п., эндогенное – нарушением функции желез внутренней секреции.
Пациенты жалуются на быструю утомляемость, слабость, вялость, головокружение, неприятные ощущения в области сердца, головные боли, потливость, одышку, сердцебиение, сонливость.
Увеличение количества жира в органах сверх нормы и повышение внутрибрюшного давления приводят к высокому стоянию диафрагмы, что затрудняет работу сердца, уменьшает экскурсию диафрагмы и жизненную емкость легких. В результате нарушаются общее кровообращение, легочный и тканевый газообмен и угнетаются окислительные процессы в организме.

Пациентам, страдающим ожирением, назначают общий глубокий энергичный (но не грубый!) массаж с применением всех массажных приемов, главным образом глубокого поглаживания и разминания.

Цель массажа: стимуляция общего тонуса организма, активизация окислительных процессов, улучшение легочного и тканевого газообмена, лимфо- и кровообращения, облегчение работы сердца, ликвидация застойных явлений, нормализация внутрибрюшного давления.

Общий массаж начинают с области спины, затем массируют ягодицы, нижние и верхние конечности, грудь и в последнюю очередь живот. Во время массажа особое внимание обращают на проработку крупных мышечных групп. Массаж живота делать осторожно – глубокий и

энергичный массаж может вызвать резкое падение кровяного давления и привести к обмороку.

Пациентам с большим весом после массажа спины, пояснично-крестцовой области и ягодиц остальные массажные зоны массируют в положении пациента лежа на спине.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Исходное положение пациента – лежа на животе.

Массаж области спины

Одновременно с областью спины массируют область поясницы и ягодичную область.

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Пиление.
3. Плоскостное спиралевидное поглаживание.
4. Строгание или строгание с отягощением, в зависимости от выраженности подкожно-жирового слоя и чувствительности тканей.
5. Глажение (2 вариант) или с отягощением.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеих рук.
7. Гребнеобразное поглаживание.
8. Гребнеобразное растирание.
9. Гребнеобразное поглаживание.
10. Поглаживание с отягощением.
11. Поперечное разминание.
12. Раздельно-последовательное поглаживание.
13. Поколачивание.
14. Поверхностное плоскостное поглаживание.

Массаж нижних конечностей

Исходное положение пациента – лежа на спине, в области подколенной ямки – валик для фиксации свободной конечности в среднем физиологическом положении, массируемая нога при массаже задней поверхности согнута во всех суставах и опирается на стопу.

Необходимо охватить массажем все поверхности нижних конечностей.

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук.
3. Прерывистое обхватывающее поглаживание.
4. Продольное прерывистое или непрерывистое разминание.
5. Обхватывающее прерывистое поглаживание.
6. Поперечное прерывистое или непрерывистое разминание.

7. Обхватывающее прерывистое поглаживание.
8. Похлопывание, в основном на бедре.
9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Массаж верхних конечностей

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
2. Двойное кольцевое растирание обеими руками.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Продольное прерывистое разминание.
7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
8. Двойное кольцевое разминание.
9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
10. Сотрясение или встряхивание.
11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Массаж передней и боковой поверхностей груди

1. Поглаживание в два тура.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеими руками одновременно.
3. Раздельно-последовательное поглаживание.
4. Похлопывание.
5. Поглаживание в два тура.

Массаж области живота

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук одновременно.
3. Глубокое круговое плоскостное поглаживание.
4. Накатывание.
5. Комбинированное поглаживание.
6. Поперечное прерывистое разминание.
7. Комбинированное поглаживание.
8. Похлопывание.
9. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

Продолжительность процедуры массажа 60 минут. Массаж применяют ежедневно или через день. Курс массажа состоит из 25-30 процедур. Лечение массажем должно проводиться на фоне диетотерапии, правильного режима питания и двигательной активности.

5.2. Классический массаж в лечении сахарного диабета

Сахарный диабет развивается в результате недостаточной функции поджелудочной железы из-за психических и физических травм, перенапряжений, инфекций, склероза сосудов поджелудочной железы, переедания. Недостаток инсулина в организме ведет к нарушению углеводного обмена – недостаточному использованию углеводов, вводимых в организм с пищей. В результате нарушения усвояемости углеводов мышечными клетками и печенью развиваются гипергликемия (повышенное содержание сахара в крови) и глюкозурия (появление сахара в моче).

Понижение усвояемости сахара мышечными клетками приводит к снижению работоспособности. Все вместе это может стать причиной общего истощения организма.

Сахарным диабетом страдают преимущественно мужчины в возрасте 30-60 лет, особенно ведущие сидячий образ жизни. Болезнь характеризуется усилением жажды и аппетита, увеличением количества выделяемой мочи, нарастанием адинамии и мышечной слабости, кожным зудом. Вследствие большой потери воды организмом кожа и слизистые оболочки становятся сухими. Снижается сопротивляемость организма инфекциям, часто наблюдается фурункулез. У таких пациентов медленно заживают раны, могут развиваться трофические язвы, наблюдаются диабетический полиневрит, невралгии, радикулиты, артралгии. У детей и подростков запаздывает физическое и половое развитие, задерживается рост.

Пациентам, страдающим сахарным диабетом, назначают общий массаж средней интенсивности с применением всех массажных приемов.

Цель массажа: улучшение общего обмена веществ, стимуляция функции инсулярного аппарата поджелудочной железы, активизация деятельности вводимого в организм инсулина, стимуляция гликогенообразовательной функции печени и усвояемости сахара мышечными клетками, повышение работоспособности.

При проведении общего массажа обращать особое внимание на крупные мышечные группы, но не вызывая утомления пациента. Необходимо всегда помнить о дозировке – слишком сильный и энергичный массаж таким больным не показан. При проведении общего массажа нагрузка должна нарастать плавно от процедуры к процедуре и равномерно распределяться на крупные мышечные группы.

Продолжительность процедуры массажа в начале курса лечения 20-30 минут, к концу курса может быть увеличена до 40 минут. Если пациент переносит

массаж хорошо, его можно применять ежедневно. Курс массажа состоит из 25-30 процедур и повторяется регулярно через 1,5-2 месяца.

При сахарном диабете массаж можно делать только после предварительного введения инсулина. Если во время массажа у пациента возникает быстро нарастающее утомление, массаж следует прекратить и показать больного врачу.

При сахарном диабете можно пользоваться схемой проведения общего массажа, исключив из нее глубокие массажные приемы. При наличии у пациента полиневрита, невралгии, радикулита или артралгии дополнительно включают в процедуру соответствующую методику массажа, не увеличивая продолжительности всей процедуры.

5.3. Классический массаж при подагре и подагрическом артрите

Подагра является общим заболеванием, при котором нарушается белковый обмен. Она характеризуется отложением кристаллов мочекислого натра в хрящах, суставах и связках, периодическим возникновением приступов острых болей в суставах и повышением температуры тела. Подагрой чаще болеют мужчины в возрасте 40-50 лет.

Заболеванию способствуют переедание, избыточное употребление мясных продуктов, злоупотребление алкоголем и сидячий образ жизни.

Причиной обострения подагры могут быть переохлаждение, инфекционные заболевания, травмы, нервно-психические перенапряжения, резкие изменения метеорологических условий. Течение болезни – длительное, хроническое, с периодами затишья и обострения.

Одним из симптомов подагры является подагрический артрит, который развивается в результате отложения в суставах мочекислых солей (уратов).

Поскольку подагра – общее заболевание, назначают общий массаж с акцентом на пораженные суставы.

Цель массажа: стимуляция общего обмена веществ, улучшение общего лимфо- и кровообращения и особенно в пораженном суставе и мышцах, имеющих к нему непосредственное отношение, уменьшение болей, предупреждение приступов.

При выполнении общего массажа применяют все массажные приемы. Массируют не только больные суставы, но и непосредственно относящиеся к

ним мягкие ткани. Особенно тщательно массируют места прикрепления к кости суставной капсулы, сухожилий и места перехода мышц в сухожилие. В области сустава и окружающих его мышц применяют глубокий, энергичный массаж, состоящий главным образом из приемов растирания.

Общий массаж при подагре выполняют по общей схеме, уделяя внимание крупным мышечным группам с использованием на них глубоких приемов разминания и энергичного растирания.

Продолжительность процедуры массажа 60 минут. Массаж применяют ежедневно или через день.

Чаще практически назначают массаж голени и стопы. Продолжительность процедуры массажа голени и стопы с межфаланговыми и плюснефаланговыми суставами первого пальца 15-20 минут. Массаж применяют ежедневно. Курс массажа состоит из 15-20 процедур и повторяется регулярно через 1,5-2 месяца.

6. Классический массаж при заболеваниях и повреждениях нервной системы

При лечении и реабилитации больных в клинике нервных болезней массаж является важным звеном комплексной терапии.

Цели массажа: уменьшение и ликвидация болевого синдрома, улучшение питания тканей и их трофики, восстановление процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга, нормализация мышечного тонуса, предупреждение развития контрактур и мышечных атрофий, восстановление функциональной деятельности нервно-мышечного аппарата.

Лечение поражений нервной системы требует обязательного сочетания массажа с лечебной гимнастикой, активными и пассивными упражнениями, движениями с сопротивлением, движениями с помощью массажиста или под его руководством.

При упорных болевых синдромах, массаж следует проводить с крайней осторожностью, а иногда, первые сеансы классического массажа, можно по показаниям заменить рефлекторно-сегментарным массажем.

Противопоказания к применению массажа в неврологии: острая боль, воспалительные процессы головного, спинного мозга и их оболочек, опухоли и туберкулёзные поражения нервной системы, выраженный склероз мозговых сосудов, наклонность к тромбозам и кровоизлияниям.

6.1. Классический массаж при неврастении

Неврастения – психическое расстройство из группы неврозов, проявляющееся в повышенной раздражительности, утомляемости, утрате способности к длительному умственному и физическому напряжению.

Впервые описана американским врачом Георгом Бирдом в 1869г. Неврастения возникает обычно при сочетании психической травмы с чрезмерно напряжённой работой и физиологическими лишениями (хроническое недосыпание, отсутствие отдыха и т. п.). Возникновению неврастении способствуют ослабляющие организм инфекции и интоксикации (алкоголь, курение), эндокринные расстройства, недостаточное питание и др.
Характерный признак неврастении – раздражительная слабость, выражающаяся в повышенной возбудимости и быстро наступающем истощении, утомляемости нервной системы. В клинике заболевания выявляется: дрожание век и пальцев вытянутых рук, высокие сухожильные рефлексы, гиперестезия кожи, особенно волосистой части головы, похолодание конечностей, гипергидроз (повышенная потливость). На ощупь у больных холодные пальцы рук, влажная кожа ладоней, при волнении потливость усиливается.
Пациенты, страдающие неврастенией, постепенно утрачивают интерес к окружающему, становятся малоинициативными. У них снижается трудоспособность, ухудшается память, нарушается сон, появляются головные боли, головокружение, шум в ушах, мелькание перед глазами, покалывания в области сердца, сердцебиение. У мужчин возникает импотенция (половая слабость).
Различают две основные формы неврастении (по И.П.Павлову):
- ✓ гиперстеническую,
- ✓ гипостеническую.

Гиперстеническая форма неврастении характеризуется слабостью тормозного процесса и выраженным преобладанием процессов возбуждения в коре головного мозга, гипостеническая форма, напротив, – ослаблением процессов возбуждения и преобладанием тормозных процессов.

6.1.1. Классический массаж при гиперстенической форме неврастении

Гиперстеническая форма неврастении, проявляется повышенной психической возбудимостью, выраженной раздражительностью. Больных раздражает малейший шум, разговоры окружающих, любые звуки, быстрое передвижение людей, просто толпа окружающих, многолюдные сборища. Они легко раздражаются, кричат на близких, сотрудников, собеседников, способны оскорбить, т. е. легко теряют самообладание, отличаются большой нетерпеливостью. Наряду с этим работоспособность больных снижена, главным образом, за счет их психической несобранности, рассеянности, неспособности сосредоточиться и начать необходимое дело. Начав же занятие, больной долго не выдерживает необходимого психического напряжения, часто отвлекается на посторонние раздражители, затем опять "трудное начало" занятия и так многократно, вследствие больших потерь времени, производительность труда ничтожно мала. Всегда выражены нарушения сна: засыпает больной с трудом, часто просыпается, снова засыпает, переживая обильные сновидения, навеянные дневными заботами. В результате утром поднимается с запозданием и с трудом, не отдохнувшим, с

тяжелой "неясной" головой, дурным настроением, с чувством усталости и разбитости. Часты жалобы на головную боль, общую слабость, плохую память. Больные испытывают тяжесть в голове, чувство давления в висках, опоясывающие головные боли ("неврастеническая каска").

Цель массажа: усиление процессов торможения в коре головного мозга; нормализация общего тонуса организма; улучшение ответной реакции организма на различные раздражители.

Массаж должен быть спокойным: ритмичные, монотонные приемы выполняются в относительно замедленном темпе, с легкой или средней силой давления рук. Необходимо соблюдать постепенность нагрузки во время массажной процедуры, а также от процедуры к процедуре. В методике массажа должны преобладать приемы поглаживания и растирания.

При неврастении показан общий массаж, или массаж головы и воротниковой зоны. В том случае, когда массаж головы пациенты переносят плохо, то данная область из плана массажа исключается.

Массаж начинают с передне-верхней поверхности грудной клетки. Общий массаж должен продолжаться 46-60 минут, массаж головы и воротниковой зоны – 16-20 минут ежедневно.

Исходные положения: пациента – сидя на стуле обнаженным до пояса; массажиста – стоя позади пациента.

Массажист должен предложить пациенту полностью расслабиться, закрыть глаза. Массаж должен проводиться в спокойной обстановке, в кабинете, изолированном от шума и посторонних раздражителей.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при гиперстенической форме неврастении

Массаж передне-верхней поверхности грудной клетки (от III-IV ребра до ключиц)

1. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание обеими руками.
2. Легкое и медленное попеременное растирание на том же участке.
3. Легкое плоскостное поглаживание одновременно обеими руками снизу вверх и в стороны от средней линии груди к плечевым суставам вдоль волокон большой грудной мышцы.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками по тем же линиям и в том же направлении.
5. Легкое плоскостное поглаживание.
6. Легкое медленное попеременное растирание.
7. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание.

Массаж передней поверхности шеи

1. Плоскостное поверхностное поглаживание одновременно обеими руками.
2. Легкое спиралевидное растирание одновременно обеими руками по тем же линиям и в том же направлении.
3. Раздельно-последовательное поглаживание шеи.

Массаж области лба

1. Длинное переднее поглаживание.

2. Круговое стабильное растирание тенаром лобных, височных и затылочных мышц, при этом массажист одной рукой фиксирует голову пациента.
3. Плоскостное поглаживание лба от средней линии к вискам одновременно обеими руками.
4. Спиралевидное растирание лба тремя пальцами от средней линии к вискам.
5. Плоскостное поглаживание лба вдоль волокон лобных мышц от бровей к передней границе волосистой части головы.
6. Легкое пунктирование подушечками пальцев обеих рук(пальцевой душ).
7. Длинное переднее и длинное заднее поглаживание.

После этого массажист занимает исходное положение спереди и сбоку от пациента.

Массаж волосистой части головы

1. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание ото лба к макушке в сагиттальном направлении.
2. Зигзагообразное растирание подушечками четырех пальцев.
3. Поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Поглаживание.
6. Сдвигание подушечками четырех пальцев.
7. Поглаживание.
8. Пунктирование.
9. Длинное переднее и длинное заднее поглаживание.

Далее исходное положение массажиста – позади пациента.

Массаж воротниковой зоны

1. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание с захватом надплечий.
2. Легкое попеременное растирание.
3. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание.
4. Пиление в относительно замедленном темпе.
5. Легкое плоскостное круговое поглаживание.
6. Легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно двумя руками снизу вверх и в стороны веерообразно.
7. Легкое плоскостное круговое поглаживание.
8. "Валик" выполняют в том же направлении, что и спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
9. Легкое плоскостное круговое поглаживание.
10. Легкое и частое похлопывание.
11. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание.

6.1.2. Классический массаж при гипостенической форме неврастении

Гипостеническая форма неврастении возникает у астеничных и тревожно-мнительных субъектов. Клиническая картина заболевания представлена

выраженной общей физической и психической слабостью, вялостью и пассивностью, которые приобретают устойчивый характер. Больные не способны мобилизовать себя на рабочее усилие, постоянно испытывают чувство большой усталости, подавлены мыслями о своих соматических ощущениях. На этом этапе болезни налицо постоянная массивная астения на фоне сниженного настроения. Фон настроения несколько тревожный, с оттенком грусти и ослаблением интересов. Здесь нет аффектов тоски или тревоги, сниженное настроение имеет невротический характер, пронизано астенией и отличается слезливостью и эмоциональной лабильностью. Часты ипохондрические жалобы и фиксация больных на своих внутренних ощущениях. Следует отметить, что при повторных приступах неврастении продолжительность приступов возрастает, а депрессивные явления, углубляются.

Под влиянием лечения с течением времени у больных улучшается сон, с чего, в сущности, и начинается процесс выздоровления.

Цель массажа: усиление процессов возбуждения в коре головного мозга; нормализация общего тонуса организма; формирование адекватной ответной реакции организма на различные раздражители.

Массажные приемы должны носить четкий характер, выполняться энергично, достаточно глубоко и в относительно ускоренном темпе. В методике массажа должны преобладать приемы разминания и прерывистой вибрации. При массаже головы и воротниковой области исходные положения пациента и массажиста указаны выше, но план массажа иной.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при гипостенической форме неврастении

Массаж передней части воротниковой зоны.

1. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание.
2. Попеременное растирание в относительно ускоренном темпе.
3. Плоскостное глубокое поглаживание снизу вверх и в стороны к плечевым суставам вдоль волокон больших грудных мышц.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами обеих рук по тем же линиям и в том же направлении.
5. Плоскостное глубокое поглаживание.
6. Энергичное похлопывание.
7. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание.

Массаж передней поверхности шеи

1. Поглаживание обеими руками одновременно от подбородка к углам нижней челюсти, вниз к рукоятке грудины и над ключицами в стороны к плечевым суставам.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении и по тем же линиям одновременно обеими руками.
3. Длинное переднее поглаживание (переходный прием к массажу следующей области).

Массаж области лба

1. Длинное переднее поглаживание.

2. Круговое энергичное растирание тенаром лобных, височных и затылочных мышц.
3. Глубокое плоскостное поглаживание от средней линии лба к вискам одновременно обеими руками.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами от средней линии лба к вискам: правой рукой – к левому виску, левой – к правому. Свободной рукой фиксируют голову пациента.
5. Поглаживание вдоль лобных мышц подушечками четырех пальцев одновременно обеими руками от бровей к передней границе волосистой части головы, при этом обе руки опираются основаниями ладоней о теменную область головы.
6. Перемежающееся надавливание от средней линии лба к вискам.
7. Плоскостное поглаживание от средней линии лба к вискам.
8. Пунктирование.
9. Длинное переднее и длинное заднее поглаживание.

Массаж волосистой части головы

1. Раздельно-последовательное поглаживание обеими руками в сагиттальном направлении.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.
3. Раздельно-последовательное поглаживание.
4. Сдвигание.
5. Раздельно-последовательное поглаживание.
6. Перемежающееся надавливание от макушки в стороны по радиусам.
7. Раздельно-последовательное поглаживание.
8. Пунктирование.
9. Раздельно-последовательное поглаживание волосистой части головы.

Массаж области заканчивают длинным передним и длинным задним поглаживанием.

Массаж задней части воротниковой зоны

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Энергично попеременное растирание.
3. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и «ромбом».
4. Энергичное пиление одной или обеими руками.
5. Глубокое плоскостное спиралевидное растирание четырьмя пальцами веерообразно снизу вверх с захватом области надплечий одной или обеими руками.
6. Глубокое плоскостное поглаживание продольное и «ромбом».
7. Полукружное разминание одновременно обеими руками.
8. Поглаживание.
9. Поперечное разминание.
10. Поглаживание.
11. Накатывание на кулак.
12. Поглаживание.
13. Энергичное похлопывание.
14. Плоскостное поверхностное круговое поглаживание.

Переход от приема к приему нужно делать четко, контрастно и в то же время следить, чтобы при выполнении приемов растирания, разминания и вибрации не возникла болевая реакция. Продолжительность массажа головы и воротниковой зоны – 16-20 минут ежедневно.

Методические указания к массажу при обеих формах неврастении

Пациенты должны испытывать физическую удовлетворенность от массажной процедуры. При правильном подборе методики массажа и разумном ее применении у пациентов скоро исчезают головные боли, головокружение, шум в ушах. Они становятся более спокойными и уравновешенными, нормализуются сон, аппетит, повышается работоспособность.

При гиперстенической форме наглядно проявляется выраженное успокаивающее действие массажа. Это можно легко заметить по появлению дремотного состояния пациента во время массажной процедуры.

Пациенты с гипостенической формой неврастении уже через несколько процедур становятся более активными, охотно вступают в речевой контакт с массажистом. При работе с такими пациентами особо важное значение имеют слово как лечебный фактор и положительная эмоциональная окраска массажной процедуры.

При обеих формах неврастении курс массажа должен состоять из 16-20 процедур и регулярно повторяться через 1,6-2 месяца.

6.2. Классический массаж при писчем спазме

Синонимы болезни – графоспазм, дизграфия или писчая судорога.

Это специфическое нарушение синергического комплекса движений, характерных для функции письма при сохранности остальных движений, выполняемых теми же мышцами руки в полном объёме.

Этиология и патогенез заболевания до сих пор остаются спорными. С одной стороны идиопатический писчий спазм расценивают как разновидность фокальной мышечной дистонии. Точные причины этой формы патологии мышечного тонуса неизвестны, но предполагается, что заболевание связано с дисфункцией базальных ганглиев и повышением активности нейронов в премоторных областях коры. Возникновение писчего спазма может быть связано с расстройством рефлекторного влияния ретикулярной формации ствола мозга на постуральный тонус и фазовые движения мелкой моторики. Повышение активности гамма-мотонейронов при избирательной специфической нагрузке на группы мышц, участвующих в акте письма, создает фон высокой активности в корково-ретикулярных и ретикулоспинальных связях, что может частично объяснить природу писчего спазма.

Реже встречаются такие причины писчего спазма, как грыжа диска С6, использование лития, опухоли в области базальных ганглиев и шейного отдела спинного мозга, артериовенозная аномалия развития, инсульт. В таких случаях писчий спазм выступает как симптом. Всегда необходимы тщательное обследование у специалиста и дифференциальная диагностика.

В лечении идиопатического писчего спазма на сегодняшний день наиболее эффективным считается метод лечения с применением инъекций препаратов ботулотоксина ("Ботокс", "Диспорт") в мышцы предплечья и кисти под контролем электромиографии.

С другой стороны писчий спазм как координаторный невроз дифференцируют с различной психо-невротической патологией, когда необходимы консультации и помощь не только невролога, но и высоко квалифицированных психиатра, психотерапевта и психолога. Проводится многостороннее исследование личности (тестирование), выявляется и оценивается степень депрессии или тревоги. Психогенная дистония чаще начинается с нижней конечности и примерно в половине случаев впоследствии переходит на верхние конечности. Есть описание клинического случая, когда в психогенной ситуации у пациентки на фоне смены профессионального стереотипа (смена игры на музыкальных инструментах) появились болезненные мышечные судороги, а затем и контрактуры в кистях. Через несколько лет при разрешении психогенной ситуации двигательные расстройства полностью исчезли.

Выделяют различные клинические формы писчего спазма: спастическую, паралитическую, дрожательную и невралгическую. Чаще наблюдаются их комбинации на фоне невротических симптомов. У пациентов наблюдается боль и судороги в мышцах, дрожание или слабость в пальцах кисти во время письма. При этом в клинике преобладают признаки какой-либо одной из форм. При спастической форме писчего спазма отмечаются судороги и подёргивание пальцев и мышц предплечья. При паралитической форме преобладает слабость мышц руки, что мешает писать. При дрожательной форме пациент не может управлять движениями руки при письме. При невралгической форме во время письма появляется боль в мышцах руки. Всё это ухудшает почерк, а в дальнейшем процесс письма становится невозможным.

Чаще писчий спазм развивается при чрезмерной профессиональной нагрузке, особенно при быстром письме и волнении, а также при недостаточном отдыхе работающих мышечных групп. Развитию болезни способствует неправильная рабочая поза, неправильное положение кисти во время письма, тонкая ручка и прочее. Лучшие результаты лечения наблюдаются в начальных стадиях заболевания: временное прекращение функции письма, транквилизаторы, витамины комплекса В, лечебная физкультура, массаж, ванны и другие физиотерапевтические процедуры.

Массаж играет большую роль в комплексном лечении пациентов с дизграфией. Систематическое применение массажа может оказать положительное влияние на функцию нервной системы и наладить регуляторную и координаторную функции мионеврального аппарата. Для успешного лечения пациентов массаж не следует ограничивать только дистальными отделами руки.

Примерная схема и содержание массажной процедуры при графоспазме.

1. Массаж шейно-воротниковой зоны и мышц плечевого пояса.

2. Массаж верхней конечности.

Исходное положение пациента – сидя, он должен быть обнажён до пояса.

Исходное положение массажиста – зависит от того, какую область он массирует в данный момент.

Массаж начинают с паравертебральной области на уровне сегментов D7-C4:

1. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами по паравертебральным линиям.
2. Спиралевидное растирание двумя большими пальцами.
3. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
4. Сдвигание.
5. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.

Массаж области надплечий и задней поверхности шеи

1. Обхватывающее поглаживание от затылка сверху вниз и по надплечьям к плечевым суставам.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное поглаживание задним ходом.
4. Пиление.
5. Поглаживание задним ходом.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами задним ходом.
7. Плоскостное поглаживание задним ходом.
8. Щипцеобразное разминание.
9. Плоскостное поглаживание задним ходом.
10. Похлопывание.
11. Обхватывающее поглаживание.

Массаж области лопаток

1. Плоскостное поглаживание снизу вверх и в сторону подмышечных лимфатических узлов.
2. Попеременное растирание той же области.
3. Поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Поглаживание.

Массаж области большой грудной мышцы

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

Только после этого приступают к массажу верхней конечности.

Вначале производят общий подготовительный массаж всей руки от лучезапястного сустава до ключично-акромиального сочленения:

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание поочерёдно то правой, то левой рукой.
2. Двойное кольцевое растирание.
3. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.

После этого приступают к избирательному, дифференцированному и детальному массажу верхней конечности.

Массаж дельтовидной области

1. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание.
4. Пиление.
5. Поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Поглаживание.
8. Поперечное или щипцеобразное разминание.
9. Поглаживание.
10. Похлопывание.
11. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.

Массаж области плеча

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Поглаживание.
4. Валяние.
5. Поглаживание.
6. Продольное разминание.
7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Область предплечья и кисти требуют по показаниям индивидуального подхода при выборе необходимой и соответствующей методики массажа. Поскольку здесь в патологический процесс вовлечены, в первую очередь, сгибатели кисти и пальцев, на них необходимо обратить особое внимание.

В области кисти акцентируют внимание на *массаж тенара и мышц первого межкостного промежутка.*

При паралитической форме на предплечье применяют достаточно глубокий массаж с преимущественным использованием приёмов разминания и лёгкого рубления, что улучшает тонус и трофику мышц.

При спастической и дрожательной форме применяют избирательный легкий массаж сгибателей в форме поглаживания и растирания. А на разгибателях все массажные приёмы используют с достаточной силой давления рук массажиста.

При невралгической форме массируют болезненные участки при помощи медленного и продолжительного лёгкого поглаживания, растирания и стабильной механической вибрации воронкообразным вибратодом.

При паралитической форме писчего спазма массаж выполняется в следующем порядке:

Массаж тыльной поверхности предплечья

1. Лёгкое плоскостное непрерывистое поглаживание от основания пальцев до локтевого сустава.
2. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами на той же поверхности.
3. Лёгкое плоскостное непрерывистое поглаживание.

Массаж ладонной поверхности предплечья

1. Лёгкое плоскостное непрерывистое поглаживание. Приём начинают с ладони у основания пальцев и заканчивают у внутреннего надмыщелка плечевой кости.
2. Глубокое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Глубокое плоскостное непрерывистое поглаживание.
4. Поперечное или щипцеобразное разминание.
5. Глубокое плоскостное поглаживание.
6. Лёгкое рубление.
7. Плоскостное поглаживание.

Подготовительный массаж области ладони

1. Глубокое поглаживание тенарами.
2. Пиление одной рукой, вторая рука массажиста в это время фиксирует кисть пациента.
3. Глажение (второй вариант).
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Глубокое поглаживание тенарами.

Массаж межкостных мышц

1. Глубокое поглаживание межкостных мышц большими пальцами (поочередно).
2. Спиралевидное растирание межкостных мышц большим пальцем.
3. Глубокое поглаживание межкостных мышц.
4. Надавливание большим пальцем.
5. Глубокое поглаживание межкостных мышц.

При этом особенно тщательно массируют межкостные мышцы в первом межкостном промежутке, между первой и второй пястными костями с ладонной стороны.

Массаж области тенара

1. Глубокое щипцеобразное поглаживание.
2. Глубокое медленное спиралевидное растирание подушечкой большого пальца.
3. Глубокое щипцеобразное поглаживание.
4. Щипцеобразное разминание.
5. Щипцеобразное поглаживание.

Процедуру массажа завершают общим растиранием и поглаживанием всей руки.

При спастической и дрожательной форме писчего спазма порядок массажа несколько иной:

Массаж ладонной поверхности предплечья

1. Лёгкое плоскостное поглаживание.
2. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Лёгкое плоскостное непрерывистое поглаживание.

Массаж тыльную поверхности предплечья

1. Лёгкое плоскостное непрерывистое поглаживание.
2. Глубокое медленное спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Глубокое плоскостное непрерывистое поглаживание.

4. Глубокое поперечное или щипцеобразное разминание.
5. Глубокое плоскостное непрерывистое поглаживание.

Массаж межкостных мышц со стороны ладонной поверхности

1. Лёгкое поглаживание подушечкой большого пальца.
2. Лёгкое спиралевидное растирание подушечкой большого пальца.
3. Лёгкое поглаживание.

Массаж области тенара

1. Лёгкое щипцеобразное поглаживание.
2. Лёгкое спиралевидное растирание подушечкой большого пальца.
3. Лёгкое щипцеобразное поглаживание.

Невралгическая форма писчего спазма может сочетаться со спастической или дрожательной, поэтому методики могут быть комбинированными. При этом учитывают преобладающие симптомы.

Массаж проводят ежедневно. Продолжительность массажной процедуры – 20 минут. Лечение длится один-два месяца. Курсы массажа регулярно повторяют через каждые два месяца.

6.3. Классический массаж при параличах

Паралич — отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных центров спинного и/или головного мозга, проводящих путей центральной или периферической нервной системы, в частности, пирамидного пути.

Некоторые характерные виды параличей обозначаются соответствующими терминами, например гемиплегия, параплегия (суффикс «-плегия» означает паралич). Неполный паралич (то есть снижение произвольных движений, а не полное их отсутствие) называется парез.

По локализации поражения различают две группы параличей, существенно отличающихся клиническими проявлениями:

- ✓ периферические (вялые) параличи, характеризуются снижением сухожильных рефлексов на стороне пареза, вплоть до арефлексии; мышечной атонией и быстро прогрессирующей атрофией мягких тканей конечностей;
- ✓ центральные (спастические) параличи, характеризуются повышением сухожильных рефлексов на стороне пареза; избирательной мышечной гипертонией (максимально проявляющейся на сгибателях конечностей) и более медленной атрофией тканей.

6.3.1. Массаж при спастических (центральных) параличах

Центральный (спастический) паралич возникает в результате поражения центрального двигательного нейрона в любом его отделе.

Доминирующим симптомом в восстановительной стадии этого страдания является мышечный гипертонус, который неравномерно выражен в различных мышцах на стороне поражения. На верхней конечности тонус повышен в приводящих мышцах плеча, в сгибателях и пронаторах предплечья, в сгибателях кисти и пальцев; на нижней конечности – в

разгибателях бедра и голени, приводящих мышцах бедра, в пронаторах и подошвенных сгибателях стопы.

Для пирамидных гемиплегий также характерны *синкинезии* – содружественные движения, непроизвольные сокращения различных мышечных групп в паретичной конечности при напряжении мускулатуры здоровой конечности.

Координаторная синкинезия – содружественное разгибание больной конечности, согнутой в коленном суставе, при активном сгибании здоровой ноги. Форсированное сгибание голени в коленном суставе на стороне поражения вызывает одновременно тыльную флексию стопы и разгибание большого пальца.

Глобальные синкинезии обусловленны иррадиацией возбуждения в коре и подкорке головного мозга. Например, при попытке выполнить изолированное сгибание в локтевом суставе паретичной конечности возникает общая синергия – в больной руке плечо приподнимается и отводится, предплечье сгибается и пронируется, кисть и пальцы сгибаются, нога же разгибается во всех суставах, приводится и усиливается пронация стопы. Одновременно происходит поворот головы в сторону больной руки и общее напряжение мышц туловища. Глобальные синкинезии в паретических конечностях возникают также при сильном напряжении мышц здоровой стороны. Сильное сжатие пальцев здоровой руки в кулак вызывает пронацию и ладонную флексию кисти и пальцев на больной стороне.

Нарушение проприоцептивной чувствительности обусловливает появление имитационных синкинезий, при которых содружественные движения происходят в симметричных конечностях. Например, сгибание и разгибание пальцев здоровой руки рефлекторно вызывает эти же движения в больной руке. Характер и тяжесть двигательных расстройств зависят от локализации и обширности поражения.

Чем глубже и распространеннее после инсультное торможение, которое обычно бывает наиболее выражено вблизи очага поражения, чем длительнее оно сохраняется в коре больших полушарий головного мозга, тем медленнее протекает процесс восстановления двигательных функций.

При пирамидных гемиплегиях частым осложнением является аддукторная контрактура плеча, в развитии которой большую роль играет наряду с нарушением пирамидного пути еще и нарушение функции экстрапирамидной системы. Эта вторичная контрактура плеча обычно сочетается с контрактурой мышц, управляющих ротацией плеча кнутри. Нередко развивается и периартрит плечевого сустава на почве трофоневротических расстройств.

В области нижних конечностей постоянным спутником гемиплегии является аддукторная контрактура мышц бедра и подошвенная контрактура стопы, которая носит особенно стойкий характер ввиду динамического перевеса сгибателей стопы, мышечная сила которых у здорового человека 4 раза превосходит силу ее разгибателей.

Поэтому с первого дня заболевания исключительно важное значение приобретает лечение положением, сущность которого сводится к правильной укладке больного, предупреждающей как образование контрактуры спастически сокращенных мышц, так и перерастяжение мышц-антагонистов.
Наличие мышечного гипертонуса, патологические синкинезии и связанные с этим дискоординация движений, частое возникновение трофоневротических расстройств в паретичных конечностях (цианотичность, отечность их дистальных отделов, гипотермия) значительно осложняют функциональную терапию спастических параличей. Массаж при неправильной методике может привести к усилению двигательных расстройств и к ухудшению общего состояния больного. ***Критерием правильности дозировки массажных движений считают <u>отсутствие</u> усиления мышечного тонуса и появления синкинезий.***
После инсульта при отсутствии противопоказаний массаж назначают при неосложненном ишемическом варианте – на 2-е - 4-е сутки, а при геморрагическом – на 6-е - 8-е сутки. Продолжительность массажа постепенно увеличивают с 10 до 20 мин. Во время строгого постельного режима массаж должен выполняться только высококвалифицированным массажистом и под наблюдением врача.
Перед началом курса массажа необходимо обучить больного максимально расслаблять мышцы на пораженной стороне с помощью специальных упражнений, которые проводятся сначала на здоровой конечности.
Массажист должен объяснить пациенту сущность мышечного расслабления, как оно вызывается, какие признаки свидетельствуют о его наступлении (ощущение отяжеления и в дальнейшем потепления больной конечности). Далее показать ему на себе, каково состояние тонуса мышц в покое и при напряженном и расслабленном состоянии.
Придав больному спокойное, удобное лежачее положение, предлагают ему расслабить свои мышцы, начиная с дистальных отделов конечности. Это расслабление выполнить легче, если оно перемежается с произвольным напряжением данной мышцы или группы мышц.
Упражнения в расслаблении мышц не должны проводиться длительно, так как их выполнение связано с активным торможением со стороны больного и вызывает большое напряжение его нервной системы. Нестойкость навыков в расслаблении мышц у таких больных требует повторения этих упражнений перед каждой массажной процедурой.
После того как больной научился расслаблять мышцы на здоровой конечности, переходят к таким же упражнениям на больной конечности. Необходимо учесть, что произвольное расслабление спастически сокращенных мышц на стороне пареза происходит значительно медленнее, чем на здоровой конечности, ввиду ослабления у больных возбудительного процесса, внутреннего торможения и снижения подвижности нервных процессов.

По мере овладения навыком расслабления мышц у пациента мышечный гипертонус на больной конечности прогрессивно снижается, увеличивается амплитуда суставных движений, а также уменьшаются явления синкинезий.
Облегчает расслабление мышц предварительное согревание паретичных конечностей, что является обязательным условием при их массировании. Важно также, чтобы и руки массажиста были теплыми, так как массирование холодными руками вызывает усиление гиперкинетических рефлексов.
Исследования показали, что у больных с гемипарезами нарушения в двигательно-кинестетическом анализаторе появлялись также в здоровом полушарии головного мозга, в том числе у лиц без очаговой симптоматики и спустя год после инсульта. Поэтому с целью адаптации больного к экстрапроприоцептивным раздражениям, которые вызывает применение массажа, сначала массируют здоровую соименную конечность, применяя обычные массажные приемы, однако стараясь избегать энергичных воздействий.
Учитывая гипертонус, а также неравномерное его повышение в отдельных мышцах на стороне поражения, массаж паретичных конечностей должен быть еще более щадящим и дифференцированным. При массировании спастически сокращенных мышц массажные движения должны быть мягкими, плавными и медленными.
Массаж начинают с нижней конечности, где рефлекторная нервно-мышечная возбудимость менее выражена, чем на верхней конечности. При этом рекомендуется применение методики деплеторного (отсасывающего) массажа: в первую очередь массируют бедро с захватом тазового пояса, затем голень и, наконец, стопу. Такой же последовательности рекомендуется придерживаться при массировании верхней конечности, включая плечелопаточный пояс.
Кроме того массаж разгибателей важен как для их собственной стимуляции, так и для рефлекторного расслабления сгибателей. Под влиянием массажа стимуляция функции паретичных мышц-разгибателей вызывает сопряженное расслабление их антагонистов – гипертоничных мышц-разгибателей, которые формируют рефлекторные контрактуры.
Ручная прерывистая вибрация в форме рубления или похлопывания, на паретичных конечностях противопоказана.
Благоприятное воздействие в направлении снижения мышечного гипертонуса оказывает нежная непрерывистая вибрация с помощью электромассажера.
После адаптации больного к массажным движениям с целью растяжения мышечных контрактур во время массажа включают пассивные движения в суставах, которые должны производиться медленно, плавно, с постепенным увеличением объема.
Растяжение мышц, вызвавших аддукторную контрактуру плеча, должно производиться при фиксации лопатки, а мышц, вызвавших аддукторную контрактуру бедра, при фиксации таза.

Пассивные движения следует сочетать с упражнениями, направленными на активное торможение нарастающего при этом мышечного тонуса, а также появления синкинезий вследствие повышения проприоцептивных рефлексов, возникающих при растяжении спастически сокращенных мышц.
При медленном выполнении пассивных движений снижается действие проприоцептивных рефлексов.
Если упражнения в активном расслаблении мышечных контрактур нужно начинать с дистальных отделов конечности, то пассивные движения для растяжения этих мышц рекомендуется производить в проксимальных отделах конечностях, где движения быстрее восстанавливаются.
Растягивая спастически сокращенные мышцы, пассивные движения оказывают не только механическое воздействие, но и ведут к понижению их рефлекторной возбудимости и улучшению трофики тканей. Их терапевтический эффект зависит от правильной дозировки.
По мере снижения мышечного гипертонуса и ослабления непроизвольных содружественных движений, в первую очередь глобальных синкинезий, переходят к активным движениям, перемежая их с пассивными, что облегчает выполнение активных движений. Этому способствует также выполнение активных движений на скользящей горизонтальной плоскости в воде, температура которой должна соответствовать температуре тела.
Тренировка мышц должна соответствовать функциональным возможностям больного. Двигательную терапию при спастических параличах не следует сводить к тренировке отдельных мышц. Массаж, как и физические упражнения, необходимо производить длительно. Они способствуют восстановлению угасших двигательных условно рефлекторных связей, координации движений, развитию в организме компенсаторных процессов,
Необходимо обратить внимание и на то, что волнение, физическое перенапряжение, усталость и холод резко ухудшают функциональное состояние мышц при спастических парезах и параличах и поэтому нужно оберегать от подобных влияний больного.
Массаж и физические упражнения при параличах должны проводиться систематически, целенаправленно и длительно – годами. В связи с этим рекомендуется обучать технике выполнения соответствующих массажных приемов, а также физических упражнений кого-нибудь из членов семьи больного при непременном условии периодического инструктажа и врачебного контроля.
Цели массажа при спастических параличах: нормализация крово- и лимфообращения в парализованных конечностях и во всем организме; улучшение питания всех тканей; возможное восстановление функции движения в пораженных конечностях; противодействие образованию контрактур; снижение мышечного тонуса в спастических мышцах и уменьшение выраженности содружественных движений; уменьшение или устранение боли; повышение эмоционального статуса (настроения) больного; предупреждение застойных явлений со стороны дыхательной и

пищеварительной систем (особенно у лиц пожилого возраста); предупреждение образования пролежней.

Классический массаж при грамотной технике может полноправно являться важной составной частью в ранней реабилитации и лечении последствий острого нарушения мозгового кровообращения.

Примерная схема и содержание массажной процедуры и курса лечения при последствиях нарушений мозгового кровообращения

1-4 процедуры – не изменяя положения больного(!), массируют только проксимальные отделы конечностей.

6-8 процедуры – массируют полностью конечности и грудную клетку спереди.

Только с разрешения лечащего врача, если позволяет состояние больного, можно массировать спину и воротниковую зону в положении больного на здоровом боку.

Начиная с 8-й процедуры, при разрешении врачом изменять положение больного (лежа на спине, на животе), наряду с конечностями и грудью можно массировать спину и поясницу.

Массаж нижних конечностей

Массаж передней поверхности бедра.

Передняя группа мышц бедра (четырехглавая и портняжная), а также внутренняя группа (приводящие мышцы) при гемипарезе спастичны. Это приводит к усилению разгибательной контрактуры на ноге (разогнуто колено, бедро приведено и ротировано кнаружи).

Исходное положение пациента – лежа на спине, голова на подушке, под коленом валик.

Выполняют следующие приемы:

1. Обхватывающее поглаживание передневнутренней поверхности бедра.
2. Попеременное растирание вдоль бедра в умеренном темпе.
3. Обхватывающее поглаживание передневнутренней поверхности бедра
4. Сотрясение (потряхивание) мышц бедра.
5. Обхватывающее поглаживание передневнутренней поверхности бедра
6. Спиралевидное растирание II-IV пальцами обеих рук.
7. Обхватывающее поглаживание передневнутренней поверхности бедра.
8. Сотрясение (потряхивание) мышц бедра.
9. Поперечное непрерывистое разминание (выполнять мягко, плавно, медленно!)
10. Обхватывающее поглаживание передневнутренней поверхности бедра.
11. Сотрясение (потряхивание) мышц бедра.
12. Валяние.
13. Обхватывающее поглаживание передневнутренней поверхности бедра

Массаж передней поверхности голени.

Это область, где расположены разгибатели стопы. Обычно они ослаблены, поэтому их надо стимулировать. Приемы надо проводить более интенсивно, глубоко, но не причиняя боли.

1. Обхватывающее поглаживание голени.

2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее поглаживание голени.
4. Щипцеобразное поглаживание переднелатеральной группы мышц голени.
5. Попеременное растирание двумя большими пальцами.
6. Щипцеобразное поглаживание переднелатеральной группы мышц голени.
7. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
8. Щипцеобразное поглаживание переднелатеральной группы мышц голени.
9. Щипцеобразное разминание.
10. Щипцеобразное поглаживание переднелатеральной группы мышц голени.
11. Полукружное разминание (видоизмененное – прием выполняют большим пальцем и средней фалангой согнутого указательного пальца).
12. Щипцеобразное поглаживание переднелатеральной группы мышц голени.
13. Пощипывание-подергивание или поколачивание кончиками пальцев.
14. Щипцеобразное поглаживание переднелатеральной группы мышц голени.
15. Обхватывающее поглаживание голени.

Массаж стопы.

На тыльной стороне стопы находятся мышцы разгибатели пальцев с невыраженной спастичностью. Все приемы нужно проводить умеренно, делая акцент на наружный край стопы.

1. Обхватывающее поглаживание одной рукой (дальней рукой фиксировать стопу со стороны подошвенной поверхности).
2. Попеременное растирание одной рукой.
3. Обхватывающее поглаживание одной рукой.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Обхватывающее поглаживание одной рукой.
6. Обработка межплюсневых промежутков (поглаживание большими пальцами, спиралевидное растирание, надавливание)
7. Щипцеобразное глубокое поглаживание латерального края стопы.
8. Щипцеобразное растирание.
9. Щипцеобразное глубокое поглаживание латерального края стопы.
10. Спиралевидное растирание большим пальцем.
11. Щипцеобразное глубокое поглаживание латерального края стопы.
12. Щипцеобразное надавливание.
13. Щипцеобразное глубокое поглаживание латерального края стопы.

После массажа передней поверхности нижней конечности переходят к массажу большой грудной мышцы на пораженной стороне.

При гемипарезе у пациента большая грудная мышца имеет очень высокий тонус, поэтому все приемы следует проводить поверхностно, медленно. В основном применяют приемы поглаживания, непрерывистую лабильную вибрацию, мягко и плавно спиралевидное растирание пальцами, сотрясение.

Массаж верхней конечности.

Предварительно расслабляют мышцы руки. Для этого массажист встает продольно лицом к больному, затем одном рукой поддерживает снизу локоть больного, а другой – захватывает ее за кисть, осторожно, медленно приподнимает и опускает руку встряхивающими движениями.

Снижению тонуса способствует также пассивные упражнения. Так, круговые движения в плечевом суставе, осторожные, с небольшой амплитудой и одновременным давлением на головку плечевой кости понижают тонус сгибателей плеча.

Массаж области надплечий (массаж широчайшей мышцы спины, трапециевидной и дельтовидной мышц).

Исходное положение пациента в период постельного режима: лежа на здоровом боку, под его голову подложена подушка.

Сначала массируют широчайшую мышцу спины, потом трапециевидную, а затем дельтовидную мышцу.

При гемипарезах в этих мышцах тонус не повышен, и можно проводить более энергичные приемы, используя глубокое поглаживание, растирание (пиление, лучевым краем кисти) и разминание (основанием ладони и фалангами согнутых пальцев, полукружное разминание, простое поперечное).

Дельтовидная мышца при центральных гемипарезах обычно растянута и слегка атрофична из-за гипоподвижности плечевого сустава. Поэтому приемы здесь, особенно разминание, можно проводить более энергично, глубоко, включая еще и глубокое растирание подушечками четырех пальцев плечевого сустава для предупреждения дистрофических нарушений в суставе.

Массаж мышц плеча (дифференцированный, с учетом мышечного тонуса).

Исходное положение пациента: лежа на спине.

Массаж двуглавой мышцы плеча: применяют расслабляющий массаж.

Массаж трехглавой мышцы плеча: выполняют тонизирующий массаж.

Массаж предплечья (дифференцированный, с учетом мышечного тонуса): на передней поверхности выполняют в щадящем режиме, на задней поверхности – энергично.

Кисть можно достаточно энергично массировать с обеих сторон, но на ладонной поверхности применять более щадящий режим.

Массаж области ягодичных мышц и задней поверхности бедра

Если больному еще не разрешают или он сам не в состоянии лежать на животе, то массаж можно проводить из положения лежа на здоровом боку.

Эти мышцы, участвующие в разгибании бедра, расслаблены и их необходимо тонизировать, используя приемы более энергичного растирания, разминания и вибрации.

Массаж задней поверхности голени.

Мышцы здесь напряжены и массаж здесь предельно щадящий. С особой осторожностью массировать пяточное сухожилие (учитывать повышенные сухожильные рефлексы!), чтобы не усилить тонус мышц стопы.

Массаж обязательно сочетают с лечебной гимнастикой.

В первом восстановительном периоде (до 8 недель) основное внимание уделяется расширению радиуса действия пораженных конечностей. Для этого назначаются пассивные движения. Они способствуют растяжению

спастически сокращенных мышц, сохранению подвижности суставов, уменьшению образования контрактур.
Пассивные движения начинают с суставов здоровой конечности, с дистальных сегментов, постепенно переходя на проксимальные.
В начальном периоде восстановления пассивные движения следует начинать с кисти и стопы, через несколько дней следует включать движения в локтевом, плечевом, коленном и тазобедренном суставах.
Однако, когда наблюдается повышенный мышечный тонус, движения рекомендуется начинать с крупных суставов конечностей, переходя к более мелким. Пассивные движения должны выполняться плавно, в медленном темпе, с постепенным увеличением амплитуды. Они должны выполняться изолированно в каждом суставе.
Продолжительность сеанса массажа должна увеличиваться постепенно – вначале 10-16 минут и затем от 16 до 26 минут, в связи со значительной утомляемостью паретичных мышц. Курс массажа 16-20 сеансов ежедневно или через день. Массаж должен применяться длительно, с перерывами между курсами не менее 10-12 дней.

6.3.2. Классический массаж при вялых параличах

Вялый паралич (парез) развивается при поражении периферического (нижнего) нейрона на любом участке: передний рог, корешок, сплетение, периферический нерв. При этом мышцы теряют как произвольную, так и непроизвольную, или рефлекторную, иннервацию.
В отличие от спастических, вялые параличи характеризуются более глубокими функциональными нарушениями двигательного аппарата. При вялых параличах нижних конечностей пациент не может самостоятельно передвигаться и вынужден долгое время находиться в постели, изменяя положение своего тела при помощи рук и плечевого пояса, поэтому они у него хорошо развиты.
Вялые или периферические параличи возникают вследствие повреждения периферического двигательного нейрона или нарушения целостности поперечника спинного мозга (полный или частичный разрыв спинного мозга). Тонус мышц пораженной конечности резко понижен или полностью отсутствует.
На ощупь мышцы вялые, дряблые, атрофичные, вследствие чего ограничена амплитуда движений, сухожильные рефлексы отсутствуют или заметно понижены.
При проведении пассивных движений такие мышцы не оказывают сопротивления рукам массажиста. Движения в суставах свободные.
Вялые параличи характеризуются арефлексией, атрофией и атонией мышц. Из-за мышечной атонии и слабости сумочно-связочного аппарата возникает разболтанность суставов, активные движения совершаются с трудом.
Наблюдаются глубокие трофические нарушения, поэтому в комплексном лечении необходимо использовать тепло в сочетании с массажем для развития активных нервных импульсов и улучшения трофики тканей.

Массаж является своеобразной пассивной гимнастикой для мионеврального аппарата и оказывает непосредственное влияние на кожу, сосуды, мышцы, нервно-рецепторный аппарат. При вялых параличах необходим глубокий, регулярный, ежедневный массаж с использованием всех массажных приемов, особенно разминания, ручной и механической вибрации, которые значительно улучшают сократительную функцию мышц, повышают их тонус, работоспособность, восстанавливают угасшие и усиливают ослабленные сухожильные рефлексы, улучшают крово- и лимфообращение, трофику и обмен в мышечных волокнах, предупреждают мышечную атрофию.

При сохранении механической возбудимости мышц рекомендуется применять прерывистую ручную или механическую вибрацию полушаровидным или вибратодом.

При нарушении движений в суставах пораженной конечности, например, при длительном вынужденном покое, развиваются вторичные изменения в капсуле сустава, связках и мышцах. Массаж на суставах в этих случаях рекомендуется производить в сочетании с пассивной гимнастикой.

Под влиянием массажа укрепляется сумочно-связочный аппарат и предупреждаются вывихи и подвывихи, которые часто наблюдаются при вялых параличах.

Когда пациент обретает способность к активным мышечным сокращениям, массаж начинают сочетать с активными движениями, постепенно усиливая нагрузку и включая движения с сопротивлением для увеличения объема и силы мышц.

Перед массажем пораженной конечности необходимо промассировать область соответствующих сегментов. Из-за нарушения кровоснабжения температура пораженной конечности значительно понижена, поэтому перед массажем ее согревают.

Массаж необходимо строго дозировать. Чрезмерно сильный и продолжительный массаж вызывает переутомление пораженных, ослабленных мышц и нарушает в них кровообращение. Продолжительность массажа одной конечности в течение первых 6-7 дней не должна превышать 7-10 минут, а затем постепенно доводится до 16-20 минут.

Курс массажа состоит из 20 процедур и регулярно повторяется через 1,6-2 месяца.

6.4. Классический массаж при арахноидите

Арахноидит — серозное воспаление мягкой паутинной мозговой оболочки, возникающее при инфекции, травме черепа или позвоночника, заболевании придаточных полостей носа. В результате воспалительного процесса между оболочками с веществом головного или спинного мозга появляются спайки.

Различают ограниченный и разлитой арахноидит. При ограниченном арахноидите воспалительный процесс локализуется в каком-либо определенном участке головного или спинного мозга, при разлитом — захватывает и головной, и спинной мозг. Отсюда различают арахноидит церебральный (поражение головного мозга) и арахноидит спинальный

(поражение спинного мозга). В зависимости от локализации процесса наблюдается различная симптоматика.

Арахноидит проявляется общемозговыми симптомами в виде головных болей, головокружения, тошноты, рвоты, болей при движении глазными яблоками, болезненности мест выхода тройничного и затылочных нервов. При локализации воспалительного процесса на выпуклой поверхности головного мозга у пациента наблюдаются эпилептические припадки, моно- и гемипарезы. В этом случае массаж противопоказан, так как во время массажа может возникнуть эпилептический припадок.

Ограниченный спинальный арахноидит встречается часто. При нем наблюдаются выраженные двигательные и чувствительные расстройства. В зависимости от уровня поражения спинного мозга развиваются парезы и параличи периферического и центрального характера. Спастические параличи осложняются иногда тяжелыми сгибательными контрактурами.

Массаж назначают после завершения острого периода, когда начинают проявляться последствия арахноидита!

При спастических парезах и параличах применяют соответствующую методику, при этом массаж дистальных отделов конечностей должен быть более активным с проработкой всех участков кисти и стоп. Продолжительность массажа каждой конечности постепенно увеличивается с 5 до 20 минут. При массаже напряженных и укороченных мышц применяют легкое поглаживание и растирание, чередуя с пассивными или активными упражнениями, направленными на растяжение мышц. На растянутых и ослабленных мышцах применяют более глубокий массаж, состоящий из глубокого поглаживания, глубокого растирания, разминания.

При повышенном внутричерепном давлении, головных болях, болезненности мест выхода тройничного и затылочного нервов, кроме массажа пораженных конечностей, назначают массаж головы и воротниковой зоны. При этом нужно быть особенно осторожным во время массажа шеи, так как у таких пациентов возможно быстрое падение кровяного давления, что приводит к головокружениям. Все массажные приемы должны выполняться ритмично и в относительно замедленном темпе.

Продолжительность массажа головы и воротниковой зоны – 15 минут ежедневно. Курс массажа состоит из 20 процедур и регулярно повторяется через 1 - 1,5 месяца.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Исходные положения: пациента – сидя на стуле, обнаженным до пояса; массажиста – стоя позади пациента.

Массаж передней поверхности воротниковой зоны

1. Поверхностное плоскостное круговое поглаживание одновременно обеими руками.
2. Легкое попеременное растирание.
3. Глубокое плоскостное поглаживание вдоль волокон большой грудной мышцы.
4. Легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.

5. Глубокое плоскостное поглаживание вдоль волокон большой грудной мышцы.
6. Легкое попеременное растирание или пиление.
7. Поверхностное плоскостное круговое поглаживание.

Массаж переднебоковой поверхности шеи

1. Общее поглаживание шеи одновременно обеими руками.
2. Легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Поглаживание лба и передней поверхности шеи.

Массаж волосистой части головы

1. Длинное переднее поглаживание.
2. Растирание тенаром лобных, височных и затылочных мышц.
3. Длинное переднее и длинное заднее поглаживание.
4. Зигзагообразное растирание четырьмя пальцами кожи волосистой части головы.
5. Раздельно-последовательное поглаживание кожи волосистой части головы в сагиттальном направлении.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.
7. Раздельно-последовательное поглаживание.
8. Спиралевидное растирание одним большим пальцем.
9. Раздельно-последовательное поглаживание.

Массаж заканчивают длинным передним и длинным задним поглаживанием.

Массаж задней поверхности шеи и надплечий

1. Обхватывающее поглаживание от затылка по надплечьям к плечевым суставам.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами передним ходом.
3. Плоскостное поглаживание задним ходом.
4. Щипцеобразное разминание.
5. Плоскостное поглаживание передним ходом.
6. Полукружное разминание.
7. Плоскостное поглаживание передним ходом.
8. Поперечное простое непрерывистое разминание.
9. Обхватывающее поглаживание.

Процедуру можно закончить поглаживанием затылка и задней поверхности шеи.

При наличии болезненности в местах выхода затылочных нервов применяют круговое стабильное поглаживание, круговое стабильное растирание подушечкой большого или среднего пальца и механическую вибрацию воронкообразным вибратодом. Такой же массаж применяют в местах выхода верхней и средней ветвей тройничного нерва.

6.5. Классический массаж при инфекционном миелите

Миелит — это воспаление серого и белого вещества спинного мозга. К инфекционным миелитам относятся заболевания, в основе которых лежит острое очаговое или диффузное воспаление спинного мозга. Различают первичный миелит, вызванный вирусом, и вторичный, являющийся следствием гриппа, скарлатины, дифтерии, ангины. Вторичные миелиты

встречаются чаще. Могут быть миелиты травматические и токсические, вызванные отравлением ядовитыми веществами. При этом возникают очаги воспаления в спинном мозгу на различных уровнях, которые могут захватить часть или весь поперечник спинного мозга. Во всех случаях в спинном мозгу, наряду с грубо измененными и погибшими нервными клетками, имеются способные обратимо восстанавливаться участки нервных клеток, что обусловливает возможность обратного развития болезненного процесса.

Первичный миелит развивается после продромального периода, продолжающегося один-два дня. В это время появляются головные боли, сонливость, слабость, боли в мышцах, повышается температура до 38-39 °С. Время развития симптомов поражения спинного мозга – от нескольких минут до нескольких часов. Симптоматика зависит от уровня поражения спинного мозга, а прогноз – от обширности поражения поперечника спинного мозга. Обычно поражаются от двух до четырех рядом лежащих сегментов спинного мозга.

На уровне поражения развиваются вялые параличи и сегментарные нарушения чувствительности, ниже уровня поражения возникают нарушения чувствительности по проводниковому типу и спастические параличи конечностей.

При миелите часто образуются пролежни на крестце, большом вертеле, пятках, лопатках в результате нарушения трофики тканей и давления на область, потерявшую чувствительность. Заболевание развивается в течение нескольких дней и остается без изменения в течение длительного периода (один-два года). Вначале восстанавливаются чувствительность и деятельность сфинктеров (сжимающих мышц), а позднее уменьшаются парезы и параличи.

Через 7-10 дней с начала заболевания назначают массаж парализованных конечностей, при этом важно не утомлять пациента.

В остром периоде заболевания массаж не применяют!

Массаж назначают как при частичном, так и при полном поражении поперечника спинного мозга, рассчитывая на то, что даже в последнем случае остаются обратимо измененные участки, благодаря которым можно получить положительный лечебный результат от применения массажа.

Цель массажа: борьба с мышечной атрофией, предупреждение или уменьшение вялых или спастических параличей и парезов, улучшение проводимости нервных стволов, профилактика или ликвидация контрактур, нормализация мышечного тонуса, профилактика пролежней.

Массаж наиболее эффективен в первые два года заболевания, когда процесс восстановления протекает достаточно энергично.

Для профилактики пролежней производят массаж участков возможного их образования, применяя плоскостное поглаживание, спиралевидное растирание четырьмя пальцами и перемежающееся надавливание таким образом, чтобы не изменять положения пациента в постели. Каждый участок достаточно массировать один-два раза в день по 3-5 минут. При возможности изменения положения пациента на указанных местах применяют, кроме

поглаживания, растирания и разминания, механическую вибрацию плоским или полушаровидным вибратодом в течение 1 -1,5 минут на каждом участке.
При наличии инфицированных пролежней массаж противопоказан!
На пораженных конечностях, в зависимости от характера параличей или парезов, применяют методику массажа, как при вялых или спастических параличах. Перед массажем конечностей необходимо промассировать соответствующие сегментарные области. Средняя продолжительность ежедневного массажа одной конечности и соответствующей сегментарной области – 15 минут.
Курс массажа, состоящий из 15 процедур, регулярно повторяют через 15-20 дней на протяжении одного-двух лет с начала заболевания.

6.6. Классический массаж при сирингомиелии

Сирингомиелия, медленно прогрессируя, развивается в результате аномалии внутриутробного развития спинного мозга плода. Характерным для заболевания является разрастание и распад нейроглии с образованием в ней полостей, чаще в шейном и грудном отделах спинного мозга. Стенки полостей из-за разрастания глиозной ткани давят на серое вещество спинного мозга и постепенно разрушают его. В результате нарушается температурная и болевая чувствительность, но сохраняется тактильная и глубокая чувствительность. Наблюдаются сегментарные расстройства чувствительности в верхних конечностях и туловище в виде жилетки, на лице – в области иннервации тройничного нерва. Отмечаются боли в руках.
Двигательные расстройства обусловлены поражением передних рогов и проявляются в виде вялых атрофических параличей или парезов верхних конечностей, особенно дистальных отделов. В результате сдавливания нейроглией боковых столбов спинного мозга развиваются центральный парез или параличи нижних конечностей. Трофические и вазомоторные расстройства связаны с поражением клеток боковых рогов спинного мозга и проявляются в виде трофических язв. Чаще заболевают мужчины 25-40 лет.
Цель массажа: улучшение возбудимости и проводимости нервной системы; профилактика мышечной атрофии, контрактур; борьба с парезами и параличами; улучшение крово- и лимфообращения, питания тканей; укрепление мышечного корсета.
Своевременное назначение и регулярное применение массажа улучшает состояние пациента и задерживает дальнейшее развитие дисфункции опорно-двигательного аппарата.
Методика массажа, его интенсивность и продолжительность зависят от стадии развитая заболевания, характера и степени дисфункции опорно-двигательного аппарата, давности заболевания.
Массажу подвергают пораженные части тела и соответствующие корешковые зоны, где применяют:

1. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
2. Круговое или спиралевидное растирание двумя большими пальцами.
3. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.

4. Штрихование или сдвигание.
5. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
6. Перемежающееся надавливание двумя большими пальцами.
7. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
8. Механическую вибрацию малым шаровидным вибратодом.
9. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.

Приемы производят только по паравертебральным линиям снизу вверх на уровне поражения спинного мозга. На массаж области проекции выхода спинномозговых нервов каждый раз затрачивают до 5 минут.

На пораженных участках тела применяют плоскостное или обхватывающее поглаживание, осторожное спиралевидное растирание четырьмя пальцами, щипцеобразное разминание, валяние, полукружное или продольное разминание, непрерывистую вибрацию.

Помня о выпадении чувствительности и нарушении трофики тканей, массажные приемы необходимо производить легко и осторожно, чтобы не вызвать нарушения целостности тканей и мелких сосудов.

При наличии трофических язв и воспалительных очагов массаж данной области противопоказан.

Массаж должен быть ежедневным. Курс массажа состоит из 15-20 процедур и регулярно повторяется через 1-1,5 месяца на протяжении ряда лет.

6.7. Классический массаж при боковом амиотрофическом склерозе

Это прогрессирующее заболевание развивается у людей среднего возраста и характеризуется склерозом боковых столбов спинного мозга и мышечной атрофией. Основной чертой болезни является поражение центральных и периферических двигательных путей.

Патологоанатомические изменения особенно заметны в шейном отделе (больше всего в нижних шейных сегментах), где при вскрытии в месте поражения обнаруживается уменьшение толщины спинного мозга. В коре головного мозга, передней центральной извилине наблюдаются атрофия и уменьшение количества нервных клеток. В продолговатом мозгу поражаются двигательные ядра черепно-мозговых нервов 12, 11, 10, 9, 7 и 5 пар. Воспалительные изменения наблюдаются и в оболочках спинного мозга.

Клиника характеризуется развитием атрофических, спастических параличей и бульбарными явлениями.

Атрофические параличи развиваются в мелких мышцах кисти, что указывает на локализацию процесса в передних рогах серого вещества спинного мозга, в его нижне-шейных сегментах. Атрофия прогрессирует медленно. Кисть сначала становится сглаженной, затем резко обозначаются межкостные промежутки, и она напоминает "когтистую лапу". В дальнейшем атрофируются мышцы предплечья, плеча и туловища.

На нижних конечностях развиваются спастические парезы с повышенными сухожильными рефлексами. Это объясняется неравномерным и неодинаковым по силе поражением периферических и центральных отделов двигательных путей. Поражение периферических отделов не вызывает

полного перерыва рефлекторной дуги сухожильных рефлексов, так как гибнут не все клетки передних рогов спинного мозга. В мышцах нижних конечностей отмечаются повышение тонуса, усиление сухожильных рефлексов и снижение мышечной силы. На поздних стадиях ходьба становится невозможной.

Бульбарные явления проявляются на поздних стадиях заболевания. Они обусловлены поражением двигательных ядер черепно-мозговых нервов в стволе мозга. При этом нарушается речь, затрудняются глотание, жевание и дыхание. В мышцах губ, глотки, жевательных мышцах появляется атрофия. Чувствительность не изменена. Заболевание развивается медленно и неуклонно прогрессирует. Появление бульбарных явлений – грозный признак полного паралича.

При обнаружении заболевания пациенту в комплексе с лекарственной терапией назначают массаж и лечебную гимнастику.

Массаж направлен на борьбу с парезами и параличами, предупреждение тугоподвижности суставов. Массаж на пораженных конечностях производится по соответствующим методикам и должен быть строго избирательным, мягким, щадящим. Предварительно выполняют массаж области проекции соответствующих спинномозговых сегментов.

Продолжительность массажа каждой конечности и соответствующей области сегментарных корешков – 15-20 минут ежедневно. Курс массажа состоит из 15-20 процедур и регулярно повторяется через 1-1,5 месяца в течение длительного времени.

6.8. Классический массаж при рассеянном склерозе

Рассеянный склероз – заболевание центральной нервной системы, начинающееся в молодом возрасте; характеризуется признаками многоочагового поражения нервной системы, хроническим ремиттирующим или прогрессирующим течением. Относится к демиелинизирующим, первично миелинокластическим заболеваниям.

Предполагается, что рассеянный склероз является следствием вирусного поражения у генетически предрасположенных лиц. Определенное значение имеет и географический фактор.

Локализация очагов демиелинизации в различных отделах проводящих систем центральной нервной системы обусловливает полиморфизм клинической картины.

Разнообразие клинических симптомов, их неустойчивость, наслоения проявлений поражения различных систем позволяют называть Рассеянный склероз «неврологическим хамелеоном».

По преимущественной локализации очагов поражения различают 3 основные формы рассеянный склероз:1) церебральную, 2) спиналъную и 3) цереброспинальную (наиболее частую). Иногда выделяют также гиперкинетическую форму.

Чаще всего в клинической картине наблюдаются слабость ног (нижний спастический парапарез) или руки и ноги с одной стороны (гемипарез, реже)

с усилением сухожильных и периостальных рефлексов, расширением зон их вызывания. Может изменяться походка: больной ходит неуверенно, пошатываясь, широко расставляя ноги. Нарушаются координация движений, почерк. В некоторых случаях выражен тремор рук, ног, головы, туловища, усиливающийся при попытках выполнить направленное движение, при волнении. Часто такие больные абсолютно беспомощны, нуждаются в постоянном постороннем уходе. Мышечный тонус может быть как пониженным, так и повышенным, особенно в ногах.

Примерно у 1/3 больных отмечаются поражения периферических нервов, наблюдается поражение спинномозговых нервов с болевым корешковым синдромом.

У тяжело и длительно болеющих, как правило, снижается память, интеллект, критика собственного состояния и поведения, отмечаются полиморфные эмоционально-психические расстройства. При этом чаще наблюдается эйфория или депрессия, иногда до полной апатии, возможны кратковременные гневливые, злобные реакции либо явления раздражительной слабости. Нередки нарушения мочеиспускания в виде задержки или недержания мочи, императивные позывы.

Характерно длительное течение заболевания с тенденцией к обратимости симптомов (в большинстве случаев временной), особенно на ранних стадиях заболевания. В более поздних стадиях признаки болезни становятся стойкими и резко выраженными, инвалидизирующими больных. Для рассеянного склероза характерно значительное колебание выраженности даже одних и тех же симптомов в течение очень короткого промежутка времени (часы, сутки). В современных условиях все чаще встречается неуклонно прогрессирующее течение рассеянного склероза, нередко наблюдаются его острые и подострые формы.

В качестве реабилитационных мероприятий полезны легкие физические упражнения без перегревания, избирательный массаж.

Противопоказаны перегревание, горячие ванны, бальнео- и грязелечение. Рекомендуется, по возможности, избегать респираторных вирусных инфекций.

Рекомендуемые методики массажа:

- ✓ Методика общего массажа – как общеукрепляющего средства.
- ✓ Методика массажа при неврастении – при явлениях раздражительной слабости.
- ✓ Методика массажа при спастических параличах.
- ✓ Методика массажа при вялых параличах.
- ✓ Методика массажа при профилактике пролежней.

Описание методик смотреть в соответствующих главах.

Методики лечебного массажа подбираются в зависимости от преобладающих клинических симптомов.

Курсы массажа длительные до 16-20 процедур, повторяющиеся после непродолжительного перерыва и отдыха.

Интенсивность массажа увеличивается очень осторожно и постепенно, с учетом исходного состояния пациента и выраженности у него мышечной слабости.

6.9. Классический массаж при параличе Белла (идиопатической невропатии лицевого нерва)

Причиной поражения лицевого нерва являются инфекции, грипп, ангина, воспаление среднего уха, паротит, травмы. Способствует заболеванию и переохлаждение. Невропатия лицевого нерва развивается быстро, остро, в течение нескольких часов или дней.

Лицевой нерв относится к группе двигательных черепно-мозговых нервов, но кроме моторных волокон в его составе имеются чувствительные и вегетативные волокна. Поэтому при нейропатиях лицевого нерва, прежде всего, страдает мимическая мускулатура лица. Развивается прозопопарез (или лицевой паралич, прозопоплегия) при сохранности жевательной мускулатуры: височно-нижнечелюстной мышцы, наружной и внутренней крылонебных мышц, жевательной мышцы, мышц языка и диафрагмы рта.

Поражения лицевой мускулатуры носят признаки периферического паралича. Снижаются или отсутствуют защитные рефлексы – роговичный и надбровный, снижается тонус мышц – наблюдается отвисание щеки. Атрофия мышц лица не ярко выражена, так как мимические мышцы тонкие и плоские и разделены жировой тканью, за исключением щечной мышцы и круговой мышцы рта – их истончение можно выявить визуально и при пальпации.

Лицо становится асимметричным, мимика – вялой, маловыразительной. Кожа на пораженной стороне бледнеет, в лобной области исчезают кожные складки и морщины, сглаживается носогубная складка, угол рта опускается. Лицо перекашивается в здоровую сторону за счет тяги непораженных антагонистов. При попытке пациента надуть щеки из-за мышечной атонии на больной стороне воздух проходит между неплотно сомкнутыми губами, а щека при попытке говорить колеблется как парус.

Вследствие поражения круговой мышцы глаза глазная щель не закрывается, состояние осложняется еще и слезотечением. При попытке зажмурить глаз возникает окуло-пальпебральная синкинезия в виде содружественного приподнимания глазного яблока (феномен Белла), которая усиливает функцию нижнего века.

При параличе лицевого нерва в результате демиелинизации и расстройства тока аксоплазмы нарушается функция проведения нервного импульса и транспортно-трофическая функция нерва. Мимические мышцы лишаются управления со стороны высших отделов центральной нервной системы и становятся информационно и двигательно "безучастными" к любым стимулам.

В острой стадии через 2-3 дня после начала заболевания в паретичной мимической мускулатуре при пальпации выявляются гипотония и

гипотрофия, растяжение мышц совершается без боли и триггерные точки (ТТ) ещё отсутствуют. Бестриггерный период длится от 7 до 12 дней. На этой стадии заболевания в лечении ведущими методами являются медикаментозная терапия, лечебная гимнастика, лечение положением, лейкопластырные повязки и физиопроцедуры (ДДТ, УВЧ, УФО, магнитотерапия и другие).

В условиях нормы в области лица при многих физиологических реакциях жевательные и мимические мышцы функционируют в тесном содружестве. Однако при парезе лицевого нерва мимическая мускулатура выпадает из содружественных движений, а группа жевательных мышц получает иннервацию от двигательной порции тройничного нерва. Поэтому функция жевательных мышц усиливается, повышается их тонус и создаются условия формирования в них миофасциального "триггерного" синдрома, вплоть до тризма нижней челюсти (тонического спазма жевательной мускулатуры).

При регенерации нервных волокон восстановление их трофической и проводящей импульсной активности идет не синхронно. Через 10-12 дней в мышцах щеки появляются болезненные уплотнения (триггерные точки), иногда небольшая отечность мягких тканей лица. Пассивное растяжение мышц становится болезненным. Формирование триггерных точек в мимических мышцах идет в определенной последовательности: в щечной, скуловой, в поднимающей угол рта, верхнюю губу, в круговой мышце глаза, лобном брюшке апоневроза головы, в подкожной мышце шеи. Появление триггерных точек расценивают , в принципе, как благоприятный прогностический фактор, так как данный синдромокомплекс свидетельствует о восстановлении аксонального транспорта в нервной ткани. Но нарушения электропроводности нерва и паралич мимических мышц при этом еще могут сохраняться длительное время. По мере формирования триггерных точек у больного появляются спонтанные ноющие глубинные боли в лице, чувство стягивания. Кожа над точками несколько уплотняется, выявляются зоны гипералгезии.

Со временем количество и выраженность миофасциальных болевых проявлений в жевательной и мимической мускулатуре уравнивается и даже преобладает в последних. Наступает триггерная стадия нейропатии. Ее дальнейшее развитие и усугубление способствует формированию контрактуры мимических мышц.

По клиническому течению нейропатии лицевого нерва делят на тяжелые, средней тяжести и легкие. При легкой степени длительность болезни не превышает 2-3-х недель; средняя степень поражения соответствует клинике заболевания на протяжении 4-7 недель; при тяжелой степени поражения восстановление наступает лишь спустя много месяцев после начала заболевания и оно, как правило, бывает неполным.

Дальнейшее лечение и реабилитация при лицевом параличе состоит из лечебной гимнастики, физиотерапевтических процедур, постизометрической

релаксации мышц, рефлексотерапии (акупунктуры, лазеропунктуры), электромиостимуляции и массажа.

Массаж целесообразно применять после стихания острых явлений, когда уже полностью сформирована клиническая картина и возможные мышечные напряжения.

Цели массажа: ликвидация отека и застойных явлений в канале лицевого нерва, улучшение его проводимости и возбудимости, крово- и лимфообращения в мышцах лица, восстановление функции мимической мускулатуры, предотвращение или уменьшение признаков мышечных контрактур.

Непосредственно перед каждой процедурой пациент в исходном положении сидя или стоя должен выполнить специальный комплекс упражнений для мышц шеи с целью улучшения крово- и лимфообращения в тканях лица и шеи.

1. Наклоны головы вперед и назад (8-10 раз). Движения должны выполняться в среднем темпе и с умеренной амплитудой.
2. Наклоны головы вправо и влево (8-10 раз).
3. Повороты головы вправо и влево (8-10 раз).
4. Круговые движения головой по 8-10 раз вправо и влево.

Через 3-6 минут после окончания выполнения упражнений можно приступать к массажу.

Массажу подвергают больную и здоровую стороны лица, кроме этого, массируют область затылка, сосцевидных отростков, передней и задней поверхностей шеи.

Примерная схема и содержание процедуры массажа

- ✓ Массаж задней поверхности шеи и надплечья.
- ✓ Массаж области затылка и сосцевидных отростков.
- ✓ Массаж переднебоковой поверхности шеи.
- ✓ Массаж области лица.

Массаж задней поверхности шеи и надплечий

Все приемы следует выполнять относительно энергично.

1. Обхватывающее поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное поглаживание задним ходом рук.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами передним ходом рук массажиста.
5. Поглаживание передним ходом от затылка по задней поверхности шеи и надплечьям к ключично-акромиальным суставам.
6. Щипцеобразное разминание в том же направлении.
7. Длинное заднее поглаживание (переходный прием к массажу следующей области).

Массаж области затылка и сосцевидных отростков

1. Длинное заднее поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Длинное заднее поглаживание.

4. Спиралевидное растирание большим пальцем.
5. Длинное заднее поглаживание.
6. Сдвигание.
7. Длинное заднее поглаживание.

Этими приемами охватывают область затылка и область сосцевидных отростков одновременно.

Массаж переднебоковой поверхности шеи

1. Общее поглаживание одновременно обеими руками от подбородка спереди назад и сверху вниз к рукоятке грудины, далее над ключицами в сторону ключично-акромиальных сочленений.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одновременно обеими руками по тем же линиям и в том же направлении.
3. Длинное переднее поглаживание.

Массаж переднебоковой поверхности шеи является непосредственной подготовкой к массажу лица.

Массаж лица

Вначале на лице применяют очень щадящий массаж, состоящий в основном из приемов поглаживания и растирания. После стихания острых явлений, *массаж начинают со здоровой половины лица*, чтобы несколько уменьшить напряжение мимическиих и жевательных мышц этой половины.

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Легкое спиралевидное растирание тремя или четырьмя пальцами по тем же линиям и в том же направлении.
3. Поглаживание по основным массажным линиям.

Приемы поглаживания можно выполнять двумя руками одновременно и на больной, и на здоровой половине лица по трем основным линиям: 1- от середины подбородка к углу нижней челюсти; 2- от середины линии лица и угла рта слегка дугообразно вверх и назад, вниз к ушной раковине и к углу нижней челюсти; 3- от основания носа, под нижним краем глазницы, под скуловой дугой к ушной раковине и к углу нижней челюсти.

На пораженной половине лица применяют более глубокий массаж, состоящий главным образом из мягких разминаний и локальных точечных вибраций в местах образовавшихся триггерных точек. Приемы спиралевидного и линейного растирания, разминания, нежной ручной и мелкоточечной вибрации должны выполняться антигравитационно ориентировано, по ходу пучков пораженных мимических мышц, и проводиться как снаружи, так и с внутренней поверхности ротовой полости. Таким образом в пораженных мышцах добиваются возбуждения миотатических рефлексов. С целью дополнительной стимуляции остаточной двигательной активности паретичных мышц производят мягкое растягивание мимических мышц через палец, подставленный с внутренней стороны щеки или губы. В результате этих воздействий мышечные пучки под кожей или слизистой лучше контурируются, постепенно восстанавливается естественный мимический рельеф и овал лица.

Необходимо соблюдать строгую дозировку массажных приемов и не допускать утомления мышц.

Массаж области щечных мышц

1. Глубокое поглаживание по трем основным линиям.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Поглаживание.
4. Перемежающееся надавливание.
5. Поглаживание.
6. Пощипывание-подергивание.
7. Поглаживание.
8. Полукружное разминание.
9. Поглаживание.
10. Приемы ручной или механической вибрации.

Из приемов ручной вибрации можно применять пунктирование или сотрясение. Механическую вибрацию на больной половине лица выполняют воронкообразным или точечным шаровидным вибратодом по тем же линиям, что и поглаживание. После вибрации применяют поглаживание по трем основным массажным линиям лица и в заключение – длинное переднее и длинное заднее поглаживание.

На пораженной половине лица применяют иногда щипцеобразное разминание мышц щеки, следуя естественному рельефу мимических складок.

Массаж области носа

Выполняют, главным образом, на стороне поражения.

1. Поглаживание по спинке носа, вдоль основания и от кончика носа по крыльям носа к основанию и вдоль него к переносице.
2. Спиралевидное растирание подушечкой среднего пальца.
3. Поглаживание.

Массаж круговой мышцы глаза

1. Поглаживание подушечкой среднего пальца от наружного угла глаза над нижним краем глазницы до внутреннего угла глаза, а отсюда под верхним краем глазницы к наружному углу глаза.
2. Поглаживание тем же пальцем, продолжая до виска и заканчивая дугообразно у верхнего края скуловой кости.
3. Поглаживание по нижней части круговой мышцы глаза средним пальцем, а по верхней ее части, по брови, - указательным и средним пальцами.
4. Поглаживание круговой мышцы глаза с зигзагообразным растиранием брови.

Массаж области лба

1. Поглаживание от средней линии лба к виску на стороне поражения.
2. Попеременное растирание подушечками средних пальцев.
3. Поглаживание вдоль лобной мышцы от брови до передней границы волосистой части головы.
4. Зигзагообразное растирание.
5. Волнообразное поглаживание.

6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами от средней линии лба к виску на пораженной стороне.
7. Поглаживание от средней линии к виску.
8. Перемежающееся надавливание от средней линии лба на пораженной стороне к виску.
9. Поглаживание от средней линии лба к виску.
10. Пунктирование или механическая вибрация воронкообразным вибратодом.
11. Поглаживание по трем основным линиям лица и длинное переднее и длинное заднее поглаживания.

Массаж места выхода лицевого нерва из шилососцевидного отверстия

1. Стабильное плоскостное поглаживание подушечкой среднего пальца, иногда мизинцем (например, у детей).
2. Круговое стабильное растирание одним пальцем.
3. Круговое плоскостное стабильное поглаживание.
4. Прерывистое или непрерывистое надавливание.
5. Круговое плоскостное стабильное поглаживание.
6. Механическая вибрация малым шаровидным вибратодом.
7. Круговое плоскостное стабильное поглаживание.
8. Всю процедуру заканчивают длинным передним и длиным задним поглаживанием.

Во время массажа лица необходимо неоднократно производить поглаживание лба, затылка, передней и задней поверхностей шеи.

Пациенту рекомендуют по несколько раз в день производить, гимнастику для мимических мышц перед зеркалом.

Массаж дает положительный результат даже в запущенных случаях, если проводить его регулярно, повторяющимися курсами. Под влиянием массажа уменьшаются контрактура, мышечная атрофия, восстанавливается симметрия лица, мимика становится выразительнее.

Продолжительность массажа у детей – 6-10 минут, у взрослых 10-16 минут ежедневно. Курс массажа состоит из 12-16 процедур.

Развитие контрактур не является противопоказанием для применения массажа.

6.10. Классический массаж при невралгии тройничного нерва

Невралгия тройничного нерва может быть следствием вирусной инфекции, переохлаждения, патологических процессов придаточных полостей носа (гайморит, синусит), заболевания зубов (альвеолярная пиорея и др.).

Заболевание проявляется приступами сильных болей в одной половине лица, которые могут быть кратковременными или затяжными. Боли иррадиируют в верхние или нижние зубы, но никогда не переходят на другую половину лица. Они усиливаются или появляются во время бритья, умывания, при жевании, разговоре, воздействии холодного ветра. *При пальпации* отмечается

болезненность в местах выхода ветвей тройничного нерва. Наблюдается *гиперестезия кожи* лица и переднего отдела волосистой части головы.

Таким пациентам наряду с комплексным лечением в подострой стадии заболевания назначают *массаж области переднебоковой поверхности шеи и лица.*

Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, уменьшение явлений периостального отека, предупреждение атрофии жевательной мускулатуры, уменьшение и ликвидация гиперестезии кожи лица и волосистой части головы.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

План массажа

Подготовительный массаж задней поверхности шеи

Подготовительный массаж переднебоковой поверхности шеи

Массаж области лица

Массаж и механическая вибрация мест выхода тройничного нерва

Исходные положения: пациента – сидя, обнаженным до середины груди; *массажиста* – стоя позади пациента.

Подготовительный массаж шеи

Проводят по общепринятой схеме, используя приемы поглаживания, растирания и мягкого разминания.

Массаж лица

Состоит главным образом из поглаживаний, растираний и лёгкой вибрации, а также механической вибрации плоским или воронкообразным вибратодом в местах выхода ветвей тройничного нерва.

1. Поглаживание лба и передней поверхности шеи одновременно обеими руками – длинное переднее поглаживание.
2. Поглаживание по трем основным массажным линиям лица с обеих сторон.
3. Легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами на пораженной половине лица.
4. Поглаживание по трем основным линиям лица с обеих сторон.
5. Длинное переднее поглаживание.
6. Попеременное растирание лба на пораженной стороне.
7. Поглаживание лба вдоль волокон лобной мышцы от бровей до передней границы волосистой части головы.
8. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами от средней линии лба к виску на пораженной половине.
9. Длинное переднее поглаживание.

Массаж и механическая вибрация мест выхода тройничного нерва

Через 4-5 дней применяют массажное воздействие по проекции точек выхода ветвей тройничного нерва на лице.

Место выхода надглазничного нерва (первая ветвь) – массируют в области верхней глазничной щели по линии надбровной дуги.

Точку проекции подглазничного нерва (вторая ветвь) – массируют на 0,5 см ниже края глазницы, в области нижней глазничной щели.

Место выхода подбородочного нерва (третья ветвь тройничного нерва) – массируют в подбородочной области на 2,5-3 см выше края нижней челюсти. На точки массажное воздействие оказывают последовательно в течение 3-х дней, все сразу точки не массируют.

1. Круговое плоскостное стабильное поглаживание мест выхода ветвей тройничного нерва.
2. Круговое стабильное растирание в том же месте.
3. Круговое плоскостное стабильное поглаживание.
4. При сильных болях применяют косвенную вибрацию на том же участке. Если боли не очень интенсивны, вибрацию осуществляют плоским, воронкообразным или малым шаровидным вибратодом. На первых двух-трех процедурах механическую вибрацию продолжают 1-2 минуты на каждой точке, затем увеличивают до 5 минут.
5. Круговое плоскостное стабильное поглаживание.
6. Поглаживание по трем линиям и длинное переднее поглаживание.

Применение механической вибрации показано в тех случаях, когда электрофорез и другие методы физиотерапии не дают положительных результатов. Вибрационную терапию рекомендуется проводить в местах выхода ветвей нервов на поверхность лица стабильно точечно, не передвигая вибратод с одного места на другое, так как кратковременная лабильная вибрация не вызывает должных сосудорасширяющего и анестезирующего эффектов.

При глубоком поражении рекомендуется устанавливать вибратод на середине скуловой дуги, откуда вибрация передаётся на любое костное отверстие внутри черепа. Начинают с малой амплитуды вибрации и постепенно ее увеличивают.

Для более мягкого вибрационного воздействия, применяют тангенциальный метод, когда вибратод прикладывают к поверхности по касательной линии. Еще более нежное действие оказывает метод косвенной вибрации – при установке пальца между вибратодом и массируемой частью тела.

Вибрационный массаж производится ежедневно. Продолжительность процедуры 6-7 минут. Массаж не должен усиливать болевых ощущений.

Вибротерапия в области скуловой дуги иногда может вызывать некоторое чувство оглушения, которое скоро проходит. В таких случаях массаж рекомендуется применять через день.

Вибрационный массаж в области скуловой дуги противопоказан при выраженном атеросклерозе мозговых сосудов, гипертонической болезни II стадии с частыми головными болями, при мигрени.

Общая *продолжительность массажной процедуры* – 15-20 минут ежедневно. *Курс массажа,* состоящий из 15-20 процедур, необходимо регулярно *повторять* через 1,5-2 месяца. *После массажа пациент должен избегать охлаждения лица.*

6.11. Классический массаж при невралгии затылочных нервов

Невралгия затылочных нервов, односторонняя или двусторонняя, может быть обусловлена инфекцией, интоксикацией или остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Пациенты жалуются на сильные приступообразные боли в области затылка, а в промежутках между приступами остается постоянная ноющая боль. Отмечается вынужденное положение головы: она обычно наклонена набок или повернута в сторону. Охлаждение приводит к обострению заболевания. В комплексном лечении пациентов применяют массаж шеи, надплечий и затылочной области.

Цель массажа: уменьшение или ликвидация болей, ликвидация гипертонуса мышц, восстановление нормальной подвижности шейного отдела позвоночника.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Исходные положения: пациента – сидя обнаженным до пояса на стуле обычным образом или верхом, положив руки на верхний край спинки стула и опираясь на них лбом; массажиста – сидя позади пациента.

Массаж задней поверхности шеи и надплечий

1. Длинное заднее поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Длинное заднее поглаживание.
4. Пиление.
5. Длинное заднее поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами задним ходом на первых процедурах и передним – на последующих, когда уменьшатся боли.
7. Поглаживание передним ходом.
8. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами вдоль шейного отдела позвоночника между остистыми и поперечными отростками, а также под основанием затылочной кости.
9. Длинное заднее поглаживание.
10. Щипцеобразное разминание на валике трапециевидной мышцы.
11. Длинное заднее поглаживание.
12. Полукружное разминание.
13. Поглаживание передним ходом.
14. Поперечное разминание.
15. Поглаживание задним ходом.
16. Легкое похлопывание.
17. Длинное заднее поглаживание.

Массаж области затылка

1. Длинное заднее поглаживание.
2. Зигзагообразное растирание.
3. Длинное заднее поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Длинное заднее поглаживание.
6. Спиралевидное растирание большим пальцем.
7. Длинное заднее поглаживание.

8. Сдвигание.
9. Длинное заднее поглаживание.
10. Механическая вибрация плоским или воронкообразным вибратодом, которым производят медленное поглаживание по всей области затылка и задерживаются на болезненных участках. Можно производить этими же вибратодами стабильную вибрацию в наиболее болезненных точках.
11. Длинное заднее поглаживание.

Когда производят спиралевидное растирание большим пальцем, то особенно тщательно массируют места болевых точек. Заканчивая массажную процедуру, пациенту предлагают выполнить движения головой во всех направлениях.

Продолжительность массажной процедуры – 10-15 минут ежедневно.

Курс массажа – 10-12 процедур. При необходимости курсы массажа повторяют через 1-1,5 месяца.

6.12. Классический массаж при радикулопатиях

В основе заболевания лежит воспалительный процесс или воспалительно-дегенеративный процесс в корешках спинного мозга. При радикулопатии чаще страдают задние корешки.

Различают радикулопатии **первичные** и **вторичные.** К **первичным** относятся радикулиты, обусловленные инфекцией и токсическим влиянием. К **вторичным, или симптоматическим,** относится поражение корешков, обусловленное патологией окружаюших тканей, в первую очередь со стороны позвоночника.

Радикулиты могут быть **острыми** и **хроническими.** По локализации процесса различают **шейный, шейно-грудной и поясничный** радикулит

Основным симптомом является **боль.** Она может быть интенсивной, сверлящей, усиливающейся при движениях. Боль обычно локализуется в месте анатомического поражения и нередко иррадиирует в соответствующие кожные зоны. Пациенты жалуются на ощущение онемения, жжения, ползания мурашек, тепла или холода. **Двигательные расстройства** выражаются парезами периферического характера и сопровождаются гипотонией, гипотрофией и снижением рефлексов. Наблюдаются **вегетативные расстройства** в виде цианоза, похолодания, сухости или повышенной потливости кожи.

6.12.1. Классический массаж в лечении шейных радикулопатий

Шейные радикулопатии. Это поражение четырех верхних шейных корешков C_1- C_4, которое проявляется болями, расстройством чувствительности затылочной области, надплечий, задней поверхности шеи. При поражении передних корешков возникают парезы и атрофии шейных мышц. При поражении корешков C_3-C_4 может возникнуть парез диафрагмы. Первичный шейный радикулит встречается редко. Чаще он возникает как следствие поражения позвоночника.

Массаж **при шейном радикулите** производится так же, как при невралгии затылочных нервов, с акцентом на область затылка и шеи, применяют массаж шеи, надплечий и затылочной области.

Исходные положения: пациента – сидя обнаженным до пояса на стуле обычным образом или верхом, положив руки на верхний край спинки стула и опираясь на них лбом; массажиста – стоя позади пациента.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Массаж задней поверхности шеи и надплечий

1. Длинное заднее поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Длинное заднее поглаживание.
4. Пиление.
5. Длинное заднее поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами задним ходом – на первых процедурах и передним – на последующих, когда уменьшатся боли.
7. Поглаживание передним ходом.
8. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами вдоль шейного отдела позвоночника между остистыми и поперечными отростками, а также под основанием затылочной кости.
9. Длинное заднее поглаживание.
10. Щипцеобразное разминание на валике трапециевидной мышцы.
11. Длинное заднее поглаживание.
12. Полукружное разминание.
13. Поглаживание передним ходом.
14. Поперечное разминание.
15. Поглаживание задним ходом.
16. Легкое похлопывание.
17. Длинное заднее поглаживание.

Массаж области затылка

1. Длинное заднее поглаживание.
2. Зигзагообразное растирание.
3. Длинное заднее поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Длинное заднее поглаживание.
6. Спиралевидное растирание большим пальцем – особенно тщательно массируют места болевых точек.
7. Длинное заднее поглаживание.
8. Сдвигание.
9. Длинное заднее поглаживание.
10. Механическая вибрация – плоским или воронкообразным вибратодом, которым выполняют медленное поглаживание по всей области затылка и шеи, задерживаясь на болезненных участках. Этими же вибратодами в наиболее болезненных точках производят стабильную вибрацию.
11. Длинное заднее поглаживание.

Заканчивая массажную процедуру, пациенту предлагают сделать **движения головой во всех направлениях.**
Продолжительность массажной процедуры – 10-15 минут ежедневно.

6.12.2. Классический массаж при шейно-грудных радикулопатиях

Такое заболевание встречается часто. Значительную роль в развитии играет остеохондроз. При шейно-грудном радикулите возникают боли значительной интенсивности, распространяющиеся по наружной или внутренней поверхности верхней конечности. Соответственно этому можно выявить полосы гиперестезии.
При поражении всех корешков, отходящих от шейного утолщения спинного мозга, наблюдается диффузная атрофия мышц руки и парез периферического характера убивающийся в связи с резкими болями. Появляется и нарушение чувствительности. Снижены или выпадают рефлексы двуглавой или трехглавой мышцы плеча.
При шейно-грудном радикулите может наблюдаться **синдром передней лестничной мышцы,** оказывающейся в состоянии рефлекторного напряжения, при этом голова наклонена кпереди. Отмечаются боли в плечевом поясе, руке иногда в груди и подмышечной впадине, онемение и покалывание чаще бывают в локтевой зоне.
Выявляются мышечная слабость и расстройство чувствительности больше в кисти и локтевой части предплечья. Кожная чувствительность в указанных зонах понижена.
Массаж необходимо назначать как можно раньше, после стихания острых явлений, когда пациент еще находится на постельном режиме. При болях перед массажем применяют тепло.

Исходные положения: пациента – лежа на животе или сидя на стуле (наиболее удобное для пациента исходное положение подбирают в каждом конкретном случае); массажиста – соответственно стоя или сидя позади пациента.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Массаж мягких тканей по паравертебральным линиям (от D_{4-5} доC_4)

1. Глубокое поглаживание большими пальцами снизу вверх.
2. Штрихование (в течение двух-трёх минут). При выполнении приема пальцы массажиста располагаются поперек мышечных волокон шейного и грудного отделов крестцово-остистой мышцы. Штриховые движения также производят в поперечном направлении и от периферии к позвоночнику.
3. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
4. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами. При выполнении приема необходимо дольше задерживаться на местах, где особенно повышена болевая чувствительность. При этом спиралевидное растирание должно перейти в стабильное круговое растирание. Его необходимо делать особенно медленно там, где

пациент больше жалуется на боль, не превышая порога болевой чувствительности.

5. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
6. Сдвигание вдоль или поперек волокон крестцово-остистой мышцы в замедленном темпе. Прием дает хороший обезболивающий эффект.
7. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
8. Стабильная механическая вибрация в болевых точках плоским воронкообразным или полушаровидным вибратодом для обезболивающего действия. Вибратод держат на одном месте до тех пор, пока у пациента не появится чувство легкого онемения и уменьшения боли.
9. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.

Массаж области лопаток, надплечий и области шеи

1. Плоскостное поверхностное поглаживание области спины и лопаток снизу вверх, захватывая область надплечий.
2. Попеременное растирание той же поверхности.
3. Обхватывающее поглаживание в два тура.
4. Пиление одной или двумя руками.
5. Глажение (1 или 2 вариант).
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами. Массируют мягкие ткани области лопаток вдоль позвоночника снизу вверх до надплечья и ещё по двум-трём параллельным линиям с выходом на надплечье. Прием лучше выполнять одной рукой на одноименной половине спины. Свободной рукой массажист фиксирует пациента за надплечье с противоположной стороны.
7. Раздельно-последовательное поглаживание.
8. Полукружное разминание обеими руками.
9. Раздельно-последовательное поглаживание.
10. Поперечное непрерывистое разминание.
11. Глажение (1 или 2 вариант).
12. Накатывание.
13. Поглаживание в два тура.
14. Похлопывание.
15. Плоскостное поверхностное поглаживание.

Массаж области шеи и надплечий выполняют, как при невралгии затылочных нервов. Силу давления рук увеличивают постепенно от процедуры к процедуре по мере уменьшения болей и гипертонуса мышц.

Процедуру массажа заканчивают вытяжением. Для этого пациенту предлагают выпрямить позвоночник, медленно наклонить голову так, чтобы коснуться подбородком груди. Это упражнение повторяют 2 раза на первой процедуре, постепенно увеличивая количество повторений до 7 раз на последних процедурах.

При поражении верхней конечности применяют **методику массажа, как при вялых парезах и параличах** с учетом характера и степени патологических изменений.

Продолжительность массажа шеи, верхней части спины и надплечий от 10 до 20 минут. Массаж ежедневный. Курс массажа, состоящий из 15-20 процедур, регулярно повторяют через 1-1,5 месяца.

Классический массаж при поясничных синдромах и радикулопатиях

Пояснично-крестцовая радикулопатия – хроническое заболевание, протекающее с частыми или редкими периодами обострения. Обычно встречается у лиц, занимающихся физическим трудом, особенно в неблагоприятных температурных климатических условиях.

Причинами радикулита могут быть инфекция, переохлаждение, травма. Иногда радикулопатия является следствием деформирующего спондилеза, спондилоартроза, остеохондроза. Хронический пояснично-крестцовый радикулит может быть вызван врожденными аномалиями развития позвоночника.

Основным симптомом пояснично-крестцового радикулита является боль, усиливающаяся при движении, локализующаяся в пояснице и иррадиирующая в ягодицу, а иногда в голень и стопу по наружному ее краю.

В тяжелых случаях пациенты не могут ходить, с трудом меняют положение тела в постели и принимают вынужденное положение. Обычно они лежат на здоровом боку с согнутой в колене больной ногой, сидят, опираясь руками о стул, стоят на одной ноге, отставив больную ногу в сторону.

При исследовании отмечают рефлекторный анталгический сколиоз, напряжение длинных мышц спины на одной стороне, резкую сглаженность поясничного лордоза. Подвижность позвоночника ограничена, особенно при наклонах вперед и назад. Наблюдаются гипотрофия и гипотония ягодичных и икроножных мышц. Расстройство чувствительности проявляется парестезиями в зоне иннервации V поясничного и I крестцового сегментов.

При пальпации отмечается болезненность паравертебральных точек в пояснично-крестцовой области и иногда по ходу седалищного нерва.

Нередки вегетативные расстройства в виде похолодания стопы, цианоза, побледнения кожи и ослабления пульса на тыльной артерии стопы.

В остром периоде классический массаж противопоказан, его назначают сразу после стихания острых явлений. При выраженных болях перед массажем применяют тепло. Вначале массируют *паравертебральные точки,* а затем *мягкие ткани пояснично-крестцовой области.*

Цель массажа: уменьшение и ликвидация боли, мышечного гипертонуса, предупреждение рефлекторного болевого сколиоза, улучшение крово- и лимфообращения в пораженном отделе позвоночника и мышцах, предупреждение и ликвидация мышечной гипотрофии и гипотонии.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Массаж паравертебральных болевых точек

1. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами вдоль паравертебральных линий снизу вверх.
2. Штрихование в поперечном направлении.
3. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.

4. Сдвигание в продольном и поперечном направлении.
5. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
6. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами.
7. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
8. Перемежающееся надавливание двумя большими пальцами.
9. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
10. Механическая вибрация полушаровидным вибратодом.

В местах с наибольшей болезненностью необходимо применять стабильную вибрацию для снятия болей. При отсутствии электровибромассажера вибрацию выполняют в форме пунктирования одним или несколькими пальцами обеих рук.

11. Глубокое поглаживание 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.
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 медленное глубокое поглаживание большим пальцем снизу вверх паравертебрально и кнаружи вдоль гребня подвздошной кости, спиралевидное растирание большим пальцем по тем же линиям и в том же направлении. Кроме того, массируют болевые точки, которые часто располагаются в области гребня подвздошной кости, в центре ягодицы и в середине ягодичной складки. В указанных точках применяют круговое стабильное поглаживание, круговое стабильное растирание и стабильную механическую вибрацию.

Массаж ягодичной области

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. Гребнеобразное поглаживание.
9. Полукружное разминание.
10. Плоскостное поглаживание с отягощением.
11. Поперечное разминание.
12. Раздельно-последовательное поглаживание.
13. Поколачивание. В случае болезненности заменяют механической вибрацией полушаровидным вибратодом.
14. Круговое плоскостное поглаживание.

Процедуру заканчивают вытяжением. Для этого пациент садится на массажный стол, свесив ноги, выпрямляет позвоночник, медленно наклоняет голову вперед, пытаясь подбородком коснуться груди, и выпрямляет ногу на стороне поражения, затем возвращается в исходное положение. Так повторяют несколько раз.

Продолжительность массажной процедуры – 15-20 минут ежедневно. *Курс массажа* состоит из 15-20 процедур и повторяется через 1-1,5 месяца.

*6.13. **Классический массаж при** нейроваскулярных синдромах верхних конечностей*

Нейроваскулярные синдромы *верхних конечностей возникают при различных экстравазальных сдавлениях подключичных артерий.*

*Ряд авторов называют их синдромами сдавления на выходе из грудной клетки. К **этим** синдромам относятся:*

- ✓ синдром передней лестничной мышцы
- ✓ нейроваскулярный синдром при шейном ребре
- ✓ костно-клавикулярный синдром
- ✓ синдром малой грудной мышцы
- ✓ гиперабдукционный синдром

При всех этих синдромах наряду со сдавлением подключичной артерии отмечается сдавление и плечевого сплетения, поэтому все они объединяются термином «нейроваскулярные синдромы».

Синдром передней лестничной мышцы(синдром Наффцигера) – встречается чаще у больных старше 30- 35 лет (одинаково часто у представителей обоего пола), у лиц, занимающихся тяжелым физическим трудом. Провоцирующими факторами для развития данного синдрома являются травма головы, шеи, верх них конечностей, аномалии передней лестничной мышцы, резкое похудание. В 96% случаев заболевание протекает на фоне шейного остеохондроза. Вследствие растяжения лестничной, трапециевидной и других мышц сначала возникает спазм, а затем дистрофические изменения мышцы гипертрофия ее сухожильной части.

Типичными для синдрома передней лестничной мышцы являются боли, начинающиеся от шеи, надплечья и иррадиирующие по ульнарной поверхности руки. Больные жалуются, что не в состоянии работать с

поднятыми вверх руками, поднимать тяжесть. Интенсивность болей провоцируется поворотами головы, движениями шеи, туловища, рук. Одновременно могут наблюдаться явления парестезии в руке, головные боли. Характерными симптомами у этих больных являются ограничение движений головы и шеи в здоровую сторону; слабость руки, особенно разгибателей; снижение сухожильных и периостальных рефлексов вегетативные расстройства: гипергидроз кожи рук, ее отечность.

Сосудистые проявления синдрома заключаются в спазме дистального артериального русла на ранних этапах заболевания, вплоть до резкого ослабления пульса и его исчезновения в результате тромбоза подключичной артерии вследствие постоянной травмы.

Демонстративна диагностически проба – исчезновение или резкое ослабление пульса на лучевой артерии при отведении назад поднятой и согнутой под прямым углом в локтевом суставе руки при одновременном резком повороте головы в противоположную сторону.

Лечение начинают с консервативных мероприятий: медикаментозная терапия и новокаиновые блокады передней лестничной мышцы (дополнительно можно вводить гидрокортизон), физиотерапия (диадинамические токи), УВЧ, электрофорез (новокаина, салицилатов), ЛФК, массаж.

При шейном остеохондрозе применяют вытяжение, в том числе подводное. При неэффективности консервативной терапии показано хирургическое вмешательство.

Синдром шейного ребра – обусловлен сдавлением нервно-сосудистого пучка между лестничными мышцами и шейным ребром или его рудиментом.

Клиническая картина мало отличается от таковой при синдроме передней лестничной мышцы. Однако следует отметить ряд специфических симптомов: симптом Мануйлова – толстая шея, конусом книзу с некоторым утолщением ее передне-заднего диаметра. Низко опущенные плечи являются как бы продолжением шеи, что придает больному «тюленеподобный вид». Нередко в надключичной области можно пальпаторно определить само шейное ребро той или иной величины, при надавливании на него или на большой поперечный отросток VII шейного позвонка отмечается болезненность и появление парестезии в руке.

Неврологическая симптоматика проявляется чувствительными, двигательными и вегетотрофическими нарушениями разной степени выраженности. Тяжелые нарушения могут проявляться отеком кисти и цианозом, выраженной парестезией вплоть до глубоких расстройств трофики.

В диагностике компрессии нервно-сосудистого пучка в этой зоне помогает стресс-тест, проведение которого заключается в следующем: руки подняты под углом 90° ладонями наружу, и выполняются движения кистью, сжимая и разжимая кулаки, в течение 3 мин. Появление боли в шее, плече и руке свидетельствует о компрессии нервного пучка.

Консервативное лечение такое же, как и при синдроме передней лестничной мышцы. Хирургическое вмешательство предпринимается при безуспешности консервативного лечения.

Реберно-ключичный синдром (косто-клавикулярный синдром) является следствием анатомического сужения промежутка между ключицей и I ребром, а также реберно-ключичной мышцей и ее фиброзным краем. Возможна компрессия артерии, вены и плечевого сплетения. Помимо анатомических особенностей, развитию синдрома могут способствовать профессиональные особенности: ношение тяжести на плечах, а также привычка ходить и спать с отведенными кзади руками.

В клинической картине синдрома наиболее часто отмечаются диффузные боли и парестезии (особенно ночные или при вынужденном положении) в руках и плечевом поясе. Боли начинаются от плеча и иррадиируют в кисть. Возможно развитие выраженных трофических расстройств. В отличие от синдрома передней лестничной мышцы могут чаще наблюдаться симптомы венозного стаза в руке.

Специфическими симптомами являются увеличение болей и парестезии, появление чувства тяжести в руке и ее побледнение и синюшность, а также снижение АД, ослабление пульса при отведении плеч назад, смыкании рук на пояснице в «замок», при стойке «смирно».

Консервативное лечение такое же, как и при описанных выше синдромах. Хирургическое лечение может заключаться в двух вариантах операции: либо рассечение реберно-ключичной мышцы, либо резекция I ребра, что считается в настоящее время более радикальным вмешательством.

Синдром малой грудной мышцы обусловлен сдавлением подключичной артерии и плечевого сплетения патологически измененной малой грудной мышцей. Синдром может развиваться вследствие травмы грудной клетки с последующим перерождением мышцы, при гипертрофии малой грудной мышцы, длительной ее травматизации.

Кроме того, компрессия сосудисто-нервного пучка может возникать при излишнем отведении руки вверх и назад во время работы, сна, наркоза. В этих случаях синдром носит название гиперабдукционного.

Провоцирующими моментами синдрома малой грудной мышцы являются профессиональные особенности (работа маляра, художника, слесарей по ремонту автомобилей), а также привычка спать, подложив руки под голову.

В клинической картине характерны боли и парестезии по переднебоковой поверхности грудной клетки и в области лопатки. Боли иррадиируют по внутренней ней поверхности плеча, предплечья, кисти, провоцируются движением руки.

Наблюдаются двигательные нарушения в зоне иннервации срединного нерва – слабость II-III пальцев кисти, гипотония тенара и гипотенара. Наряду с этим отмечается легкая венозная недостаточность в виде акроцианоза, отечности предплечья кисти.

При исследовании пульс на лучевой артерии исчезает при абдукции и поднимании больной руки, а также при отведении плеча или когда больной

кладет кисть больной руки на затылок. При пальпации малой грудной мышцы в положении с поднятой рукой отмечается ее болезненность утолщение и напряжение, иногда бугристость.

Гиперабдукционный синдром обычно развивается остро и проявляется парестезиями, болями, цианозом кисти и легким парезом.

Лечение синдрома малой грудной мышцы проводится при помощи новокаиновых и гидрокортизоновых блокад, применяют противовоспалительные и спазмолитические препараты, благотворное влияние оказывает использование диадинамических токов, электрофореза, лечебной гимнастики, массажа.

Методики массажа подбираются индивидуально, исходя из основных клинических симптомов.

Общим принципом массажного лечения является:

- ✓ воздействие на шейно-воротниковую область и мышцы плечевого пояса,
- ✓ массаж паравертебральных зон на уровне соответствующих сегментов,
- ✓ избирательный и дифференцированный массаж верхних конечностей, когда интенсивность и вид приемов подбирается с учетом распределения мышечного тонуса.

6.14. Классический массаж при плексопатиях и невропатиях верхней конечности

6.14.1. Классический массаж при поражении плечевого сплетения и его ветвей

Спектр этиологических вариантов патологии плечевого сплетения разнообразен: ранение; перелом ключицы и первого ребра; вывих плечевой кости; добавочные ребра; опухоль; «паралич руки новорожденных» (наложение акушерских щипцов и др.); «постнаркозный паралич руки» (длительная поза «руки за голову»); мастэктомия и проведение лучевой терапии у женщин. Компрессия плечевого сплетения возможна при спазмировании передней лестничной мышцы (синдром Наффцигера), сдавлении сплетения между ребром и ключицей (реберно-ключичный синдром).

Плечевой плексит возникает при травме шейных корешков или плечевого сплетения, переломе ключицы или вывихе плечевого сустава, иногда вследствие болезней обмена или общих инфекций. Установлено, что остеохондроз дисков С5, С6, С7 обусловливает синдром шейного радикулоплексита.

Плечевой плексит начинается с парестезии или болей в области шеи и предплечья по ходу нервов руки. Вслед за этим появляются симптомы снижения или выпадения чувствительности, вегетативные рефлекторные и двигательные расстройства.

Поражение первичного верхнего пучка плечевого сплетения влечет выпадение функций подкрыльцового и мышечно-кожного нерва, частично –

лучевого нерва. Развивается проксимальный паралич (паралич Эрба – Дюшенна): рука висит как плеть, невозможно поднять руку, согнуть в локтевом суставе, отвести и повернуть кнаружи. Движения в дистальных отделах – в кисти и пальцах – сохранены. Угасает сгибательно-локтевой и ослаблен запястно-лучевой рефлексы. Чувствительность нарушена на наружной поверхности плеча и предплечья. Пальпация в надключичной точке Эрба (кзади от грудино-ключично-сосцевидной мышцы над ключицей) болезненна. При высоком поражении пучка или повреждении корешков присоединяется выпадение функций нервов плечевого пояса. Паралич Эрба – Дюшенна возможен при ранении, падении на вытянутую вперед руку, длительном сохранении позы «руки за голову», ношении рюкзака, у новорожденных (при патологических родах с использованием приемов родоразрешения).

Поражение первичного среднего пучка сопряжено с нарушением функций основной порции лучевого нерва (при этом функции мышц плечелучевой и супинатора сохранны) и латерального корешка (верхней ножки) срединного нерва. Моторный дефект проявляется в выпадении (ослаблении) разгибания предплечья, кисти и пальцев, пронации предплечья, противопоставления большого пальца. Исчезают разгибательно-локтевой и запястно-лучевой рефлексы. Расстройства чувствительности регистрируются на тыльной поверхности предплечья и на тыле кисти по радиальному краю.

Поражение первичного нижнего пучка (паралич Дежерина Клюмпке) вызывает выпадение функций локтевого нерва, кожных внутренних нервов плеча и предплечья, медиального корешка (нижней ножки) срединного нерва. Моторные расстройства носят характер дистального паралича.

Поражение вторичного латерального пучка включает выпадение функций мышечно-кожного нерва, частичное выпадение функций срединного (латеральный корешок – пронация предплечья) и лучевого (верхняя ножка – супинация предплечья и кисти).

Поражение вторичного медиального пучка сопряжено с нарушением функций локтевого нерва, кожных внутренних нервов плеча и предплечья, срединного (нижней ножки) нерва.

Поражение вторичного заднего пучка проявляется нарушением функций лучевого (основной порции) и подкрыльцового нервов.

Синдром тотального поражения плечевого сплетения проявляется нарушением функций всех мышц плечевого пояса и верхней конечности. Сохраняется обычно лишь «пожимание плечами» (трапециевидная мышца, иннервируемая добавочным нервом).

При переломе ключицы и вывихе на плечевом суставе применяют ту же методику массажа, что и при вывихах плечевого сустава.

При плечевом плексите назначают массаж шеи, надплечья и руки на стороне поражения. Обязательно подвергают массажу область лопатки, над- и подключичной ямок.

Массаж назначают сразу после стихания острых явлений.

Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, нормализация тонуса

мышц, улучшение крово- и лимфообращения, улучшение проводимости нервных стволов и ликвидация парестезии, восстановление чувствительности и функции пораженных мышц руки.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Массаж области шеи и надплечья

1. Обхватывающее поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание задним ходом.
4. Пиление.
5. Поглаживание задним ходом.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами: на первых процедурах – задним ходом, на последующих – передним.
7. Поглаживание передним ходом.
8. Спиралевидное растирание одним или двумя большими пальцами вдоль паравертебральных линий шейного и верхнегрудного отдела позвоночника.
9. Поглаживание передним ходом.
10. Механическая вибрация шаровидным вибратодом в паравертебральных точках, в надостной ямке.
11. Обхватывающее поглаживание.

Массаж области верхнегрудного отдела позвоночника и лопатки

1. Плоскостное поглаживание продольное и «ромбом».
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание продольное и «ромбом».
4. Пиление.
5. Поглаживание продольное и «ромбом».
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами по паравертебральным линиям, у внутреннего края лопатки.
7. Поглаживание продольное и ромбом.

В области под- и надключичной ямок применяют круговое или спиралевидное растирание подушечкой среднего пальца и механическую вибрацию шаровидным вибратодом. После этого приступают к избирательному массажу верхней конечности.

Массаж дельтовидной области

1. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
4. Пиление.
5. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
8. Спиралевидное растирание одним большим пальцем по линиям от места прикрепления дельтовидной мышцы на плечевой кости по борозде между передним и задним пучками дельтовидной мышцы к ключично-акромиальному сочленению, между головкой плечевой

кости и ключично-акромиальным сочленением, а также вдоль заднего края этой мышцы.

9. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.
10. Механическая вибрация шаровидным вибратодом по тем же линиям, что и спиралевидное растирание большим пальцем.
11. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание.

На остальной части верхней конечности применяют избирательный массаж по методике массажа при вялых параличах, обращая особое внимание на разминание и механическую вибрацию на ослабленных мышцах, а также на вибрацию и растирание по ходу нервных стволов.

Массаж верхней конечности заканчивают общим попеременным растиранием и обхватывающим непрерывистым поглаживанием.

Время процедуры массажа для одной руки – 15-20 минут ежедневно. Курс массажа состоит из 15-20 процедур и при необходимости повторяется через 3-4 недели.

6.14.2. Классический массаж при невропатии подкрыльцового нерва

Неврит подкрыльцового нерва возникает при инфекции, сдавливании нерва (пользование костылем) или вывихе в плечевом суставе. Пациент жалуется на боли в плечевом суставе, ограничение движения руки, обычно при ее поднимании до горизонтального уровня. Объективно имеются парез и атрофия дельтовидной мышцы, снижение чувствительности, особенно по наружной поверхности верхней трети плеча и над плечевым суставом. Дельтовидная мышца болезненна при пальпации.

Применяют массаж в области шеи, надплечья, лопатки и дельтовидной мышцы.

Продолжительность массажа – 15 минут ежедневно. Курс массажа – 10-15 процедур.

6.14.3. Классический массаж при невропатии кожно-мышечного нерва плеча

Заболевание возникает как следствие инфекции или травмы, в результате ограничивается сгибание предплечья из положения супинации. Наблюдается атрофия двуглавой мышцы плеча. Снижены или отсутствуют рефлексы с этой мышцы, снижена чувствительность по наружной поверхности предплечья.

Назначают массаж области шеи, надплечья, руки на стороне поражения. и избирательный массаж двуглавой мышцы.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Массаж шеи и надплечья выполняется по общим правилам. Массаж руки на стороне поражения носит избирательный характер.

Массаж верхней конечности

Общий подготовительный массаж верхней конечности

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание от лучезапястного сустава до ключично-акромиального сочленения.
2. Попеременное растирание или легкое двойное кольцевое растирание.
3. Обхватывающее поглаживание.

Массаж двуглавой мышцы плеча

1. Щипцеобразное поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Щипцеобразное поглаживание.
4. Спиралевидное растирание одним большим пальцем.
5. Щипцеобразное поглаживание.
6. Щипцеобразное разминание.
7. Щипцеобразное поглаживание.
8. Механическая вибрация полушаровидным вибратодом.
9. Щипцеобразное поглаживание.

После этого делают общее легкое растирание всей верхней конечности. Заканчивают процедуру общим обхватывающим непрерывистым поглаживанием.

Массаж делают ежедневно. Процедура продолжается 15 минут. Курс массажа состоит из 12-15 процедур и повторяется до полного восстановления функции верхней конечности.

6.14.4. Классический массаж при невропатии срединного нерва и его ветвей

Причиной невропатии могут быть инфекция, травма, вредные условия труда. При поражении нервных волокон этого уровня затруднены или невозможны противопоставление большого пальца, сгибание пальцев в кулак, отведение большого пальца. Наблюдается атрофия мышц большого пальца, отчего кисть приобретает вид "обезьяньей лапы". Имеются боли в пальцах и по внутренней поверхности предплечья. Нарушена чувствительность в области I-III и половине IV пальцев с ладонной стороны и на концевых фалангах I-III пальцев на тыльной поверхности. Вегетативные расстройства выражаются в истончении кожи, ломкости ногтей, гиперкератозе, цианозе, гипергидрозе.

В комплекс лечения входит массаж области предплечья, кисти и пальцев.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Массаж предплечья

1. Обхватывающее давящее поглаживание ладонной поверхности предплечья от основания пальцев до середины плеча.
2. Попеременное растирание.
3. Поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Поглаживание.
6. Спиралевидное растирание одним большим пальцем по линии проекции срединного нерва.
7. Поглаживание.
8. Механическая вибрация шаровидным резиновым вибратодом вдоль срединного нерва.

9. Поглаживание.

Такие же приемы применяют и на тыльной поверхности предплечья, за исключением механической вибрации и растирания большим пальцем.

На ладонной поверхности кисти массируют межкостные мышцы и тенар.

Массаж межкостных мышц

1. Глубокое поглаживание подушечкой большого пальца.
2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
3. Глубокое поглаживание большим пальцем.
4. Надавливание большим пальцем.
5. Глубокое поглаживание большим пальцем.

Массаж области тенара

1. Щипцеобразное поглаживание.
2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
3. Щипцеобразное поглаживание.
4. Щипцеобразное разминание.
5. Щипцеобразное поглаживание.
6. Механическая вибрация полушаровидным эбонитовым вибратодом.

Массаж пальцев

1. Продольное и поперечное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Продольное и поперечное поглаживание.
4. Спиралевидное растирание большим пальцем.
5. Продольное и поперечное поглаживание.

Завершают массаж поглаживанием кисти и предплечья. Продолжительность массажной процедуры до 20 минут ежедневно. Курс массажа состоит из 12-15процедур.

6.14.5.Классический массаж при невропатии лучевого нерва и его ветвей.

Причиной невропатии может быть инфекция, интоксикация, травма.

Из клинических синдромов у пациента наблюдается слабость разгибателей кисти, пальцев и предплечья, атрофия трехглавой мышцы плеча и мышц, разгибающих кисть и пальцы. Отмечается гипестезия на наружной поверхности предплечья и тыле кисти, I-III пальцев. Кисть отвисает, отекает, пальцы полусогнуты.

Резких болей и вегетативных расстройств не бывает. Отмечается выпадение рефлексов с трехглавой мышцы плеча.

Лечение комплексное. При неврите лучевого нерва целесообразно назначать массаж воротниковой зоны и избирательный массаж верхних конечностей. Массаж воротниковой зоны можно производить, как при плечевом плексите, а на верхней конечности главное внимание уделяют массажу трехглавой мышцы плеча, разгибателей кисти и пальцев.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Подготовительный массаж.

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание руки.
2. Двойное кольцевое растирание всей руки.

3. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Массаж трехглавой мышцы плеча

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
4. Щипцеобразное разминание.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
6. Полукружное разминание.
7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
8. Поперечное разминание.
9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.
10. Механическая вибрация полушаровидным вибратодом.
11. Обхватывающее непрерывистое поглаживание одной рукой.

Массаж области можно закончить общим обхватывающим непрерывистым поглаживанием от лучезапястного сустава до ключично-акромиального сочленения.

Массаж разгибателей кисти и пальцев

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Спиралевидное растирание большим пальцем.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Щипцеобразное разминание.
7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
8. Механическая вибрация полушаровидным вибратодом. Вибрацию можно производить и шаровидным вибратодом по ходу лучевого нерва.
9. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Массаж трехглавой мышцы и разгибателей кисти и пальцев должен быть достаточно энергичным и глубоким. В нем должны преобладать приемы разминания и вибрации в сочетании с глубоким поглаживанием.

Продолжительность массажной процедуры – 15-20 минут ежедневно.

Курс массажа, состоящий из 15 процедур, необходимо регулярно повторять через 3-4 недели до возможно полного восстановления функции пораженной конечности.

6.14.6. Классический массаж при невропатии локтевого нерва и его ветвей

Невропатия локтевого нерва возникает при инфекциях и травмах (переломы, ушибы). При этом нарушается сгибание основных фаланг всех пальцев и концевых фаланг IV и V пальцев, затруднено приведение пальцев, развивается атрофия межкостных мышц, резко выражен болевой синдром.

Боль локализуется по локтевому краю кисти. Кроме того, отмечается гипо- и анестезия кожи предплечья, ладонной поверхности кисти, IV и V пальцев и тыла V пальца.

Вегетативные расстройства проявляются цианозом, гипергидрозом, истончением кожи.

Сразу после стихания острых явлений начинают массаж предплечья, кисти и пальцев. Массаж должен быть достаточно энергичным, глубоким в области

ладонной поверхности предплечья и межкостных мышц, но при этом необходимо учитывать наличие болевого синдрома.
Для устранения болей с первых же процедур необходимо применять механическую вибрацию с помощью шаровидного вибратода в области локтевой борозды между внутренним мыщелком плечевой кости и отростком локтевой кости, а также по ходу локтевого нерва. Подобная схема массажа применяется при неврите срединного нерва.
Продолжительность массажа 15-20 минут ежедневно. Курс массажа необходимо регулярно повторять через 3-4 недели до возможно полного восстановления функции пораженной конечности.

6.15. Классический массаж при плексопатиях и невропатиях нижней конечности

Поражения пояснично-крестцового сплетения носят обычно вторичный характер.
Вовлечение верхней части сплетения сопровождается односторонней слабостью мышц, сгибающих и приводящих бедро, и мышц, разгибающих колено, а также потерей чувствительности над передней поверхностью бедра и голени.
Поражение нижней части сплетения вызывает слабость задних мышц бедра, голени и мышц стопы с потерей чувствительности над поверхностью, соответствующей иннервации V поясничного и I и II крестцовых корешков.
К поражению пояснично-крестцового сплетения могут приводить опухоли органов малого таза, гематомы в области подвздошно-поясничной мышцы вследствие разрыва аневризмы или в результате гемофилии, инфекции, сахарный диабет. Поражение поясничного сплетения и нервов может быть осложнением хирургических операций в брюшной и пояснично-крестцовой области.

6.15.1. Классический массаж при невропатии седалищного нерва

Причиной повреждения седалищного нерва могут быть резаные и огнестрельные раны, переломы костей таза и бедра, опухоли в области таза, давление головки плода в родах у женщин; нарушения техники внутримышечной инъекции, когда укол в ягодицу сделан ниже допустимого уровня.

Ранее патология седалищного нерва определялась как "ишиас" – неврит седалищного нерва, "ишиалгия" – невралгия этого нерва. Различали верхний (поражение экстрадуральной части корешков седалищного нерва), средний (поражение пояснично-крестцового сплетения) и нижний (поражение ствола седалищного нерва и его ветвей – невропатии) ишиас. Верхний и средний ишиас – это пояснично-крестцовый радикулит (радикулопатии).

Нижний ишиас характеризуется спонтанными болями, усиливающимися при движениях и локализующимися в ягодичной области, по задней поверхности бедра и голени, особенно по наружной поверхности голени и стопы. При пальпации определяется резкая болезненность по ходу седалищного нерва, в середине ягодичной складки на стороне поражения, гипотрофия икроножной мышцы. Ахиллов рефлекс ослаблен или выпадает. Нарушается чувствительность в зоне иннервации этим нервом.

Сразу после стихания острых явлений назначают массаж пояснично-крестцовой области, затем области ягодицы и задней поверхности нижней конечности на стороне поражения.

Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, предупреждение и уменьшение мышечной гипотрофии, гипотонии, улучшение проводимости пораженного нерва, улучшение крово- и лимфообращения.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Массаж области ягодицы

Глубокие приемы в методику массажа включают постепенно, по мере уменьшения болей. Сначала применяют более легкие приемы разминания – валяние, полукружное разминание, затем более глубокие – поперечное разминание. От приема сотрясения постепенно переходят к легкому похлопыванию, а позднее и к поколачиванию.

1. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание
2. Попеременное растирание.
3. Глубокое плоскостное поглаживание.
4. Пиление.
5. Глажение (1 или 2 вариант).
6. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Поглаживание с отягощением.
8. Полукружное разминание.
9. Глубокое плоскостное поглаживание.
10. Сотрясение или механическая вибрация полушаровидным вибратодом.
11. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

Массаж задней поверхности нижней конечности.

1. Общее легкое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Попеременное растирание. Этот прием не следует применять, если массируемая поверхность имеет выраженный волосяной покров или определяется повышенная потливость.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцам одной или обеими руками.
5. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание.
6. Спиралевидное растирание подушечкой большого пальца по ходу седалищного нерва. При выраженных болях прием выполняют задним ходом, при наличии умеренных болей можно делать передним ходом большого пальца.

7. Глубокое поглаживание большими пальцами по ходу седалищного нерва.
8. Сотрясение, пунктирование или механическая вибрация полушаровидным или шаровидным вибратодом по ходу седалищного нерва.
9. Обхватывающее непрерывное поглаживание.

Продолжительность массажа 15-20 минут ежедневно.
Курс массажа, состоящий из 12-15 процедур, повторяют по мере необходимости, не дожидаясь обострения.

6.15.2. Классический массаж при невропатии бедренного нерва

Причиной бедренной невропатии могут быть ушиб, вывих и перелом тазобедренного сустава, заболевания тазобедренного сустава и крестцово-подвздошного сочленения, хронические и воспалительные процессы в органах малого таза.
Заболевание начинается с появления болей на передневнутренней поверхности бедра и голени. При пальпации отмечается болезненность по ходу бедренного нерва и в средней трети паховой складки. Ограничено разгибание в коленном суставе и сгибание в тазобедренном суставе, затруднены ходьба по лестнице, прыжки, приседания. Резко снижается сила четырехглавой мышцы бедра и наблюдается ее атрофия. Снижены или отсутствуют коленный рефлекс и чувствительность в нижних двух третях передней поверхности бедра.

Лечение – комплексное. Применяют массаж при отсутствии противопоказаний.
Массажу подвергают поясничную область, передневнутреннюю поверхность бедра и голени. На пояснично-крестцовой области применяют все массажные приемы (см. массаж при пояснично-крестцовой радикулопатии). Если неврит бедренного нерва вызван патологией в тазобедренном суставе, то используют соответствующую методику массажа.
Примерная схема и содержание массажной процедуры
Массаж бедра и голени

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание от голеностопного
2. сустава до паховой складки.
3. Попеременное растирание.
4. Глажение (2 вариант).
5. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
6. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Массаж по ходу проекции бедренного нерва

1. Глубокое поглаживание большим пальцем.
2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
3. Глубокое поглаживание большим пальцем.
4. Сотрясение или механическая вибрация плоским или
5. полушаровидным вибратодом:

6. Глубокое поглаживание большим пальцем.

Массаж заканчивают общим обхватывающим поглаживанием всей ноги.

Продолжительность массажа – 15 минут ежедневно. Курс массажа, состоящий из 12-15 процедур, повторяют при необходимости.

16.15.3. Классический массаж при невропатии большеберцового нерва

Невропатия большеберцового нерва возникает в результате травмы, реже при инфекциях или интоксикации.

У пациента затрудняются подошвенное сгибание стопы и пальцев, вращение стопы внутрь, ходьба на носках, при этом возникает атрофия икроножных, подошвенных и межкостных мышц. Стопа имеет вид "когтистой лапы". Наблюдается расстройство чувствительности по задней поверхности голени, на подошве и пальцах. Ахиллов рефлекс резко снижен или отсутствует. Всегда имеются трофические нарушения. Боли приобретают характер каузалгии.

В этом случае как можно раньше назначают массаж голени и стопы.

Цель массажа: уменьшение и ликвидация болей, улучшение крово- и лимфообращения, предупреждение и ликвидация атрофии, гипотрофии и гипотонии мышц, усиление и восстановление ахиллова рефлекса.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Исходное положение пациента – лежа на спине, под область подколенной ямки подложен валик.

Массаж переднелатеральной группы мышц голени и тыла стопы

Приемы выполняются мягко, с небольшой интенсивностью.

1. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание обеими руками
2. от основания пальцев на тыле стопы до нижней трети бедра.
3. Попеременное растирание той же поверхности.
4. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
5. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
6. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

После этого пациент укладывается на живот, валик подкладывают под сгиб стопы.

Массаж задней поверхности голени

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание от пятки до середины бедра.
2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Пиление.
5. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание.
6. Глубокое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Обхватывающее прерывистое поглаживание с перекрытием.
8. Валяние.
9. Обхватывающее прерывистое поглаживание с перекрытием.
10. Полукружное разминание.

11. Глажение (2 вариант).
12. Продольное прерывистое разминание.
13. Крестообразное поглаживание.
14. Простое поперечное непрерывистое разминание.
15. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
16. Сотрясение или механическая вибрация полушаровидным вибратодом по ходу большеберцового нерва.
17. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Массаж ахиллова сухожилия

1. Щипцеобразное поглаживание сухожилия от пяточного бугра до места перехода икроножных мышц в сухожилие.
2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
3. Щипцеобразное поглаживание.
4. Щипцеобразное разминание.
5. Щипцеобразное поглаживание.
6. Механическая вибрация плоским или шаровидным вибратодом.
7. Щипцеобразное поглаживание.

Массаж подошвы

1. Плоскостное поглаживание ладонью от основания пальцев к пятке.
2. Пиление.
3. Глажение (2 вариант).
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Гребнеобразное поглаживание.
6. Гребнеобразное растирание.
7. Гребнеобразное поглаживание.

Массаж межкостных мышц

1. Глубокое поглаживание большим пальцем.
2. Спиралевидное растирание большим пальцем.
3. Глубокое поглаживание большим пальцем.
4. Надавливание большим пальцем.

Весь массаж заканчивают общим поглаживанием подошвы и задней поверхности голени. Приемы продольного и поперечного разминания на задней поверхности голени включают постепенно при уменьшении болевого синдрома.

Продолжительность массажа – 15 минут ежедневно. Курс массажа состоит из 15 процедур. Для закрепления достигнутых результатов и полного восстановления функции больной конечности курс массажа необходимо повторить через 3-4 недели.

6.15.4. Классический массаж при невропатии малоберцового нерва

При полиневритах малоберцовый нерв поражается в большей степени и раньше, чем остальные нервы, нередко на обеих ногах. Причиной заболевания может быть травма, инфекция, интоксикация.

У пациента отмечаются резкое ограничение или отсутствие разгибания и отведения стопы, разгибания пальцев, он не может стать на пятку. Все это происходит из-за атрофии разгибателей стопы и пальцев, стопа при этом отвисает. Болевой синдром выражен нерезко. Трофические и вазомоторные расстройства обычно отсутствуют.

В комплексном лечении пациентов применяют массаж голени и стопы.

Цель массажа: улучшение крово- и лимфообращения в разгибателях стопы и пальцев, предупреждение и ликвидация атрофии мышц разгибателей, предупреждение и ликвидация мышечных контрактур, восстановление функции пораженных конечностей и проводимости малоберцового нерва.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Исходное положение пациента – лежа на животе, под сгибом стопы – валик.

Массаж задней поверхности голени

1. Легкое обхватывающее непрерывистое поглаживание от пятки до середины бедра.
2. Попеременное растирание.
3. Легкое обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Легкое обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Массаж подошвы

Интенсивность воздействия небольшая.

1. Плоскостное поглаживание ладонью от основания пальцев к пятке.
2. Пиление одной рукой.
3. Плоскостное поглаживание ладонью.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Плоскостное поглаживание ладонью.

Исходное положение пациента – лежа на спине, в области подколенной ямки валик.

Массаж тыла стопы и передней поверхности голени

1. Общее непрерывистое поглаживание обеими руками одновременно от основания пальцев до середины бедра.
2. Попеременное растирание.
3. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами тыла стопы и передней поверхности голени.
5. Общее обхватывающее непрерывистое поглаживание

Массаж переднелатеральной группы мышц голени

1. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
2. Глубокое спиралевидное растирание одним большим пальцем.
3. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
4. Щипцеобразное разминание.
5. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
6. Перемежающееся надавливание двумя большими пальцами.
7. Механическая вибрация шаровидным вибратодом.

8. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.

Массаж заканчивают общим обхватывающим поглаживанием.

В послеоперационном периоде применяют ту же методику массажа, но с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

Процедура массажа продолжается 15 минут ежедневно. Курс массажа, состоящий из 15 процедур, необходимо повторить через 16-20 дней.

6.16. Классический массаж при хирургических вмешательствах на нерве

Массаж применяют в период подготовки пациента к операции по высвобождению нерва из рубцовой ткани или его сшиванию после травмы для улучшения питания окружающих нерв тканей и парализованных мышц.

После операции массаж применяют для предупреждения развития грубой рубцовой ткани вокруг нерва.

При наложении швов на нерв массаж следует начинать на второй-третий день после операции на участках, расположенных выше или ниже места операции. Массаж необходимо производить с особой осторожностью, так как энергичный массаж близко к месту повреждения нерва может стимулировать образование грубой рубцовой ткани или вызвать паралич сосудов.

Для рефлекторного воздействия на пораженную конечность необходимо массировать здоровую конечность. Массаж должен быть энергичным, с применением всех приемов.

Применяют поглаживание и растирание, в дальнейшем постепенно – разминание, ручную непрерывистую вибрацию для укрепления паретичных мышц. Техника массажа в каждом отдельном случае зависит от анатомо-топографических особенностей массируемого участка.

На оперированной конечности в начале лечения ежедневно производят щадящий массаж продолжительностью 3-5 минут до появления мышечных сокращений. С этого момента массаж начинают сочетать с активными движениями, постепенно увеличивая интенсивность и продолжительность массажа.

Особое значение для усиления регенерации нерва имеет применение механической вибрации с первых же дней после операции: сначала – плоским или воронкообразным вибратодом, затем – полушаровидным. Вибратод двигают вдоль пораженного нерва поглаживающими движениями в дистальном и проксимальном направлениях, не прижимая сильно вибратод к коже массируемого участка.

Курс массажа должен включать 12-15 процедур и проводиться с перерывами в 15-20 дней до возможно полного восстановления функции пораженной конечности. Массаж должен быть ежедневным.

6.17. Классический массаж в лечении вибрационной болезни

Вибрационная болезнь возникает вследствие длительного (не менее 3-5 лет) воздействия на организм вибрации от различных вибрирующих машин или

механизмов в условиях производства. Относится к группе профессиональных заболеваний. Клинически проявляется нарушением функций нервной, сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата, нарушением механизмов регуляции нервно-рефлекторных и нейрогуморальных систем.

6.17.1. Классический массаж при вибрационной болезни от воздействия высокочастотной вибрации (35—250 Гц)

Симптомы болезни начинают проявляться через несколько месяцев после начала работы, связанной с вибрацией. Больше поражаются руки, имеющие непосредственный контакт с вибрирующим инструментом.

Сначала пациент жалуется на ощущение онемения, ползания мурашек, быструю утомляемость рук и слабость в кистях, иногда на судороги в пальцах. Боль локализуется в кистях, предплечье, локтевом суставе и усиливается после работы, ночью. Из-за спазма артериальных капилляров часто бывают приступы побеления кончиков пальцев, даже от незначительного охлаждения, например, при мытье рук прохладной водой. По выражению пациентов, руки становятся "деревянными" и не ощущают ни тепла, ни холода. Кожа кистей цианотична. На синюшном фоне отмечаются множественные ангиоспастические участки, которые становятся более выраженными при согнутых в кулак пальцах.

Иногда кисть и пальцы отечны. Кожа на пальцах утолщена, имеются трещины. Ногти ломкие, измененной формы и темной окраски. Руки на ощупь холодные, влажные.

В выраженной стадии заболевания наблюдается мышечная атрофия, особенно межкостных мышц. Ангиоспазм распространяется на кисть и предплечье.

Участки ангиоспазма можно обнаружить даже на туловище и ногах. Отмечаются ангиоспастические кризы, сопровождающиеся головокружением и болями в области сердца, что указывает на расстройство вегетативной регуляции сосудистого тонуса.

Нарушается тонус крупных сосудов плеча и предплечья. Наблюдается расстройство вибрационной, температурной и тактильной чувствительности.

В тяжелых случаях вибрационная чувствительность отсутствует полностью. Гипералгезия вначале появляется на кончиках пальцев, а затем распространяется на кисть и предплечье.

В выраженных случаях присоединяется сегментарное расстройство чувствительности. В мышцах рук, плечевого пояса пальпируются уплотнения. Появляются головные боли, нарушается сон, повышаются утомляемость, раздражительность.

В комплексном лечении важное место занимает и массаж.

Цель массажа: ликвидация ангиоспазма, улучшение проводимости и возбудимости нервной системы, подавление очага застойного возбуждения в центральной нервной системе, улучшение крово- и лимфообращения в спинном мозгу и верхних конечностях.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Массаж начинают с паравертебральной области, включая:

1. Поглаживание двумя большими пальцами.
2. Спиралевидное растирание двумя большими пальцами.
3. Поглаживание двумя большими пальцами.

Затем массируют *шею, надплечье и область лопаток*, применяя поглаживание и растирание.

После этого делают *массаж рук*, начиная его общим обхватывающим непрерывистым поглаживанием и попеременным растиранием или легким двойным кольцевым растиранием.

Далее переходят к массажу области *дельтовидной мышцы, плеча, предплечья, кисти и пальцев*. На первых 2-3 процедурах используют только поглаживание и растирание, в дальнейшем осторожно включают валяние и полукружное разминание. Массаж рук заканчивают общим легким растиранием и поглаживанием всей руки.

Все приемы проводят медленно, плавно, легко и ритмично. Приемы вибрации полностью исключены.

6.17.2. Классический массаж при вибрационной болезни от воздействия низкочастотной вибрации (меньше 35 Гц)

Эта форма заболевания характеризуется атонией сосудов. Вибрационная чувствительность страдает меньше, болевая – больше. Наблюдаются поражение срединного, локтевого и подкрыльцового нервов, гиподинамия, гипотония и гипотрофия мышц. Стволы срединного и локтевого нервов болезненны при пальпации.

Часто поражаются кости кисти, локтевые и плечевые суставы.В костях развиваются кисты, остеопороз. Наблюдаются деформирующие артрозы мелких суставов кистей рук и предплечья, иногда окостенение сухожилий двуглавой и трехглавой мышц плеча, эпикондилиты. Развивается спондилез шейного и верхнегрудного отделов позвоночника.

На первой стадии заболевания появляются небольшие боли и парестезии в руках, легкое расстройство чувствительности на кончиках пальцев. Температурная и вибрационная чувствительность снижены незначительно.

На второй стадии указанные симптомы усиливаются. Чувствительность снижается не только на пальцах и кисти, но и на предплечье. Рефлекторная возбудимость мышц повышена. Могут наблюдаться ангиосиазмы.

На третьей стадии приступы ангиоспазма учащаются. Снижается кожная температура на кистях и стопах. Пальцы рук становятся отечными. В мышцах пальпируются уплотнения. Усиливаются боли, появляются судороги. Нарушается деятельность сердечно-сосудистой системы.

Четвертая стадия встречается редко.

Лечение проводится с применением медикаментозных и физиотерапевтических воздействий. Назначаются курсы массажа.

Цель массажа: улучшение тонуса периферических сосудов, повышение тонуса мышц, улучшение питания тканей, борьба с мышечной атрофией,

уменьшение болезненности нервных стволов, предупреждение развития остеопороза и контрактур.
Массаж более эффективен на первой и второй стадиях заболевания. Методика массажа зависит от характера патологических изменений в сосудах, мышцах, нервах и суставах.
При гипотонии сосудов, как и при мышечной гипотонии, можно применять достаточно глубокий массаж в виде глубокого обхватывающего непрерывистого и прерывистого поглаживания, попеременного и спиралевидного растирания, легкого полукружного и продольного разминания на верхней конечности. Вибрация любого вида полностью исключается.
Массажу подвергают паравертебральные области, соответствующие отделы позвоночника и пораженные конечности.

6.17.3. Классический массаж при вибрационной болезни от воздействия общей вибрации

Эта форма болезни наблюдается у рабочих, труд которых связан с применением мощных вибрационных аппаратов.
У пациентов отмечаются умеренные изменения периферических нервов и сосудов нижних конечностей, быстрая утомляемость ног, легкое расстройство чувствительности на нижних конечностях. Наблюдаются болезненность икроножных мышц, ослабление пульса на тыльной артерии стопы, в области стоп – капиллярный спазм, понижение температуры кожи.
Пациенты жалуются на повышенную утомляемость, легкое головокружение, головные боли, непереносимость вибрации. Сухожильные рефлексы повышены. Отмечается дрожание пальцев рук.
Массаж эффективен на начальных стадиях заболевания.
В основу методики массажа берутся принципы воздействия, что и при спастических парезах и параличах, но с учетом особенностей клинического проявления основного заболевания на различных стадиях.
Массаж необходимо сочетать с теплом.
Каждую конечность массируют по 15 минут ежедневно.
При формировании у больных астено-невротического синдрома по гиперстеническому типу можно использовать в лечении методику общего массажа и методику массажа при гиперстенической форме неврастении.
Курс массажа состоит из 12-15 процедур и регулярно повторяется через 1-1,5 месяца.

6.18. Классический массаж в лечении комплексного регионарного болевого синдрома

Комплексный регионарный болевой синдром (КРБС) является одним из наиболее тяжелых хронических болевых синдромов.

КРБС встречается как у взрослых, так и у детей. Чаще КРБС возникает в одной из конечностей, реже в лице. У взрослых страдают чаще верхние, а у детей – нижние конечности.
Условно выделяют КРБС I и II типов: I тип КРБС – случаи без повреждения периферического нерва, II тип КРБС – случаи с травмой нерва, подтвержденной данными электронейромиографии.
Течение КРБС принято разделять на три стадии: *I стадия* – основным признаком является боль(жгучая, иногда леденящая, глубокая и пульсирующая). К боли присоединяются отек и тугоподвижность конечности. Движения нарушаются не только из-за боли, но и вследствие развития слабости в конечности. *II стадия* – период дистрофических изменений, отек ведет к огрублению кожи. Покраснение кожи постепенно сменяется бледностью или цианозом, нарастают сухость и атрофия кожи и подкожной жировой клетчатки. Усиливается тугоподвижность суставов. *III стадия* – характеризуется постоянной и интенсивной болью, которая усиливается при малейшем движении поврежденной конечности, регрессом отечности и уплотнениями в околосуставных тканях. Конечность деформируется за счет развития атрофии мышц и контрактур.
Во II и особенно в III стадии заболевания наблюдают изменения личности больного в виде тревожно-депрессивных и ипохондрических расстройств иногда с суицидальными тенденциями.
Лечение КРБС – сложная и трудная задача. Важное место в лечении пациентов с КРБС занимают фармакотерапия и новокаиновые блокады. Купируя боль, открываются возможности для эффективной физиотерапии. Возможно применение курсового лечения массажем.
Направленность действия методик массажа сводится к общим задачам лечения – уменьшение боли и отека, предупреждение дистрофических расстройств, нормализация крово- и лимфообращения в пораженной конечности, профилактика контрактур и тугоподвижности суставов.
Массируют паравертебральные зоны соответствующих сегментарных уровней, мышцы плечевого или тазового пояса и пораженную конечность.
Массажные приемы должны выполнятся плавно, медленно, не грубо, с умеренной интенсивностью и очень бережно и тщательно.
Для уменьшения отечного синдрома в массажной процедуре следует придерживаться последовательности и правил деплеторного массажа. Особое внимание уделяют суставам и периартикулярным тканям с дистрофическими признаками.
Больным с начальными симптомами изменения личности показан массаж шейно-воротниковой области, лба и волосистой части головы.
Курсы лечения длительные от 10-15 до 20-25 процедур с постоянными повторениями через 1,5-2 месяца.
В комплексном лечении хорошо зарекомендовали себя методики соединительнотканного массажа и сегментарного.

6.19. Классический массаж в лечении нервно-мышечных заболеваний

Нервно-мышечные заболевания (НМЗ) – многочисленная группа различных поражений мышц. Этиология этих системных заболеваний различна, однако центральным звеном в развитии патологического процесса обычно являются стойкие нарушения обмена (генетически обусловленные или приобретенные) и приводящие к прогрессирующим дегенеративно-дистрофическим изменениям в мышцах и инвалидизации больных.

6.19.1. Классический массаж при миатонии

Миатония (греч. myos мышца + отрицательная приставка a- + tonos напряжение) – синдром врожденной генерализованной гипотонии или атонии мышц. Синонимы: болезнь Оппенгейма, амиотония.

Миатония характеризуется мышечной слабостью, ограничением и нередко в полным отсутствием активных движений.

Признаки заболевания можно заметить уже в первые дни или месяцы после рождения ребенка. В более редких случаях родители замечают его через несколько недель или месяцев, когда ребенок пытается взять игрушку, держать головку, садиться, ходить. В некоторых случаях болезнь начинает проявляться после перенесенных инфекций. Иногда поражаются межреберные мышцы, вследствие чего затрудняется дыхание.

При объективном исследовании обнаруживают резкую гипотонию и даже атонию мышц, поэтому пассивные движения производят в большем объеме, чем в норме. Могут наблюдаться разболтанные суставы. Мышцы на ощупь вялые, дряблые, безболезненные. Сильной атрофии обычно не бывает. Иногда хорошо развитая подкожная клетчатка скрывает похудение мышц, и конечности на вид кажутся нормальными. Механическая возбудимость мышц и сухожильные рефлексы резко понижены или отсутствуют. Электровозбудимость мышц также понижена. Психика не изменена. Болезнь самостоятельно не прогрессирует и может иметь наклонность к обратному развитию. В ряде случаев могут появиться ранее отсутствовавшие сухожильные рефлексы, с годами – наступить значительное улучшение, и пациент сможет самостоятельно ходить, однако прогноз при миатонии не всегда благоприятный, например, при вовлечении в патологический процесс межреберной мускулатуры.

Массаж необходимо назначать с момента выявления болезни и применять его длительное время в системе комплексного лечения.

Цель массажа: улучшение крово- и лимфообращения в области спинного мозга и мышцах, стимуляция обменных процессов во всем организме, восстановление или усиление сухожильных рефлексов, уменьшение и ликвидация мышечной гипотонии и миатонии, улучшение функции суставно-связочного аппарата.

Массажу необходимо подвергать туловище, шею, нижние конечности, особое внимание уделяя области позвоночника, суставно-связочному и мионевральному аппарату.

В методике массажа можно использовать все приемы, но преобладать должны приемы разминания, ручной и механической вибрации. Именно они

помогают улучшить тонус и сократительную функцию мышц, ускорить появление сухожильных рефлексов, усилить рефлекторную связь центральной нервной системы с мионевральным аппаратом.
Массаж необходимо начинать с области шеи, надплечий и шейного отдела позвоночника. На первых процедурах нельзя применять глубокий и энергичный массаж. Физиологическая нагрузка должна возрастать постепенно от процедуры к процедуре с учетом возраста и физической развитости пациента.
Если у пациента имеются двигательные нарушения верхних конечностей, их необходимо массировать после массажа шеи и надплечий. Затем переходят к массажу спины, пояснично-крестцовой области, нижних конечностей, груди и брюшного пресса. При массаже груди необходимо уделять внимание массажу межреберных мышц для улучшения дыхательной функции.
В грудном возрасте некоторые дети не могут держать головку лежа на животе. В этом случае ребенка кладут на бок и, придерживая его за надплечье одной рукой, массируют спину и другие участки тела.
Во время массажа конечностей большое внимание уделяют растиранию в области сумочно-связочного аппарата разболтанного сустава и разминанию мышц, имеющих непосредственное отношение к пораженному суставу.
Продолжительность всей массажной процедуры в возрасте пациента до двух лет не должна превышать 15 минут, в более старшем возрасте – соответственно увеличена.
В некоторых случаях можно обучить массажу родителей ребенка, но под постоянным контролем лечащего врача и опытного массажиста. Массаж должен быть ежедневным. Курс массажа, состоящий из 15 процедур, необходимо регулярно повторять через 3-4 недели на протяжении ряда лет.

6.19.2. Классический массаж при миастении

Миастения – заболевание, характеризующееся слабостью и патологической утомляемостью мышц. У пациентов истощаемость скелетной мускулатуры наступает при активных движениях или сокращениях, вызванных фарадическим током. Возникающие при утомлении параличи полностью или частично исчезают после отдыха и расцениваются как псевдопараличи (ложные параличи).
Миастения обычно возникает в молодом возрасте и чаще встречается у женщин. В менструальный период и во время беременности миастенические расстройства усиливаются. При миастении может наблюдаться поражение отдельных мышц или многих мышечных групп.
Процесс обычно не распространяется на все мышцы. Имеется определенная избирательность и последовательность в распространении поражения. Первыми и наиболее сильно поражаются глотательные, жевательные, речевые и глазодвигательные мышцы.
Типичный симптом миастении – поражение мышц, поднимающие верхнее веко (птоз). В тяжелых случаях поражаются дыхательные мышцы, что приводит к развитию недостаточности легочной вентиляции. Особенно опас-

ным является поражение диафрагмы. При миастении могут поражаться миокард и гладкая мускулатура внутренних органов.
Болезнь имеет прогрессирующий характер течения, но часто бывают ремиссии на несколько месяцев, реже – лет. Типично для этой болезни – улучшение состояния после ночного сна.
В системе комплексного лечения пациентам назначают общий массаж с акцентом на мышцы, проксимальных отделов конечностей и мышцы туловища. Массаж должен быть не очень продолжительным, но достаточно глубоким, с преобладанием приемов разминания и механической вибрации.
Улучшение лимфо- и кровообращения в мышцах под влиянием массажа способствует стимуляции обменных процессов в них и быстрейшему удалению из мышц продуктов распада и утомления, что особенно полезно использовать для ликвидации псевдопараличей.
Средняя продолжительность общего массажа – 30-40 минут ежедневно. Курс массажа состоит из 12-15 процедур и регулярно повторяется через 2-3 недели.

6.19.3 Классический массаж при миотонии

Миотония – наследственное заболевание, связанное с патологией ионных каналов. Проявляется замедленным расслаблением мышц.
При миотонии мышца, пришедшая в состояние сокращения, долго не расслабляется, а затем расслабление происходит чрезвычайно медленно.
Первые признаки проявления врожденной миотонии наблюдаются в детском или юношеском возрасте.
Чаще страдают скелетные мышцы, могут поражаться и гладкие.
Характерна миотоническая реакция зрачков на свет. У пациентов, страдающих миотонией, расширение и сужение зрачков на свет при перемене освещения происходит медленно.
У пациентов вслед за активным напряжением мышц появляется тонический спазм, продолжающийся более или менее длительное время. Спазм тем значительнее, чем быстрее и сильнее совершаемое движение. По прекращении спазма мышца может быть снова приведена в состояние сокращения, но и это движение сопровождается новым спазмом, правда, менее продолжительным, чем первоначальный. Последующие движения облегчаются благодаря уменьшению силы и длительности спазма. Наконец, движения начинают совершаться свободно и ничем не отличаются от нормальных.
Отличительной клинической особенностью врожденной миотонии является гипертрофия отдельных мышечных групп, которая создает впечатление об атлетическом телосложении пациента. Мышечная система обычно развита хорошо, но мышечная сила ниже нормальной. При исследовании скелетных мышц было обнаружено, что наряду с резкой гипертрофией отдельных мышечных волокон встречаются и атрофические явления в мышечной ткани.
Возбудимость нервов понижена. При ударе по мышце перкуссионным молоточком наступает тоническое напряжение мышцы, которое держится

некоторое время. На игольчатой ЭМГ выявляют один из самых характерных для миотонии феноменов – миотонические разряды, сопровождающиеся звуком «пикирующего бомбардировщика», возникающие при введении и перемещении игольчатого электрода.

Характерно, что при попытке быстро шагнуть или встать из сидячего положения пациент тут же падает. Сжатая в кулак рука разжимается медленно и с большим трудом. Повторные сжимания и разжимания пальцев происходят все легче и легче.

Процесс захватывает обычно мышцы конечностей и туловища, иногда лица и головы, что сопровождается характерным миотоническим расстройством речи, мимики, жевания. В большинстве случаев мышечная сила сохранена, но иногда бывает снижена в дистальных мышцах рук.

Душевные волнения и холод усиливают явления миотонии.

Психика у таких лиц обычно остается нормальной. Прогноз для жизни благоприятен, но выздоровления не бывает.

Значительное облегчение миотонического синдрома дает применение массажа в комплексном лечении.

Под влиянием массажа улучшается функциональное состояние мышц и нервных стволов, понижается рефлекторная возбудимость и нормализуется сократительная функция мышц, быстрее снимается тоническое напряжение. Массажу, легкому или средней интенсивности, необходимо подвергать спину и пояснично-крестцовую область, главное внимание обращая на места выхода спинальных нервов по паравертебральным линиям.

Примерная схема и содержание массажной процедуры

Массаж спины и пояснично-крестцовой области

1. Плоскостное поверхностное поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное спиралевидное поглаживание.
4. Легкое пиление.
5. Глажение (1 вариант).
6. Легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Глажение (2 вариант).

Массаж мягких тканей возле позвоночника

1. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
2. Спиралевидное растирание двумя большими пальцами.
3. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.
4. Легкое перемежающееся надавливание двумя большими пальцами.
5. Глубокое поглаживание двумя большими пальцами.

Заканчивают массаж спины и пояснично-крестцовой области плоскостным поверхностным поглаживанием.

Общий массаж верхних конечностей

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
4. Двойное кольцевое растирание.

5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
6. Легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
7. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Массаж нижних конечностей

1. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.
2. Попеременное растирание.
3. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание.
4. Легкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.
5. Обхватывающее непрерывистое поглаживание.

Весь массаж длится не более 40 минут ежедневно. На массаж спины и пояснично-крестцовой области отводится 15 минут, руки – 4-5 минут, ноги – 7-8 минут. Курс массажа состоит из 12-15 процедур, его следует повторять регулярно через 1-1,5 месяца на протяжении длительного времени.

При вовлечении в процесс мимической и жевательной мускулатуры необходимо назначать массаж передней и задней поверхностей шеи и области лица, применяя только поглаживание и растирание. Сила давления рук при выполнении массажных приемов на лице и шее должна быть небольшой, а движения рук – плавными, мягкими, эластичными и медленными.

Атрофическая миотония является наследственным заболеванием и начинается позже, чем врожденная, в возрасте 20- 25 лет. Она обладает прогрессирующим течением и проявляется развитием атрофических параличей. Травмы, инфекции, физическое перенапряжение способствуют развитию болезни. Миотонический синдром при этом заболевании ничем не отличается от такового при врожденной миотонии. Он особенно развит в сгибателях пальцев и жевательной мускулатуре.

Атрофические параличи локализуются преимущественно в мышцах лица и конечностей. На руках чаще атрофируются плечелучевые мышцы, на шее – грудино-ключично-сосцевидные мышцы, на лице – мышца, поднимающая верхнее веко. При этом заболевании нередко наблюдаются изменения со стороны психики. Прогрессирующее течение может привести к полной неподвижности пациента.

Массаж проводится так же, как у больных с врожденной миотонией, но более дифференцированно и в строгом соответствии с мышечным тонусом.

6.19.4. Классический массаж при миопатии

Миопа́тия (др.-греч. μῦς — «мышца», πάθος — «болезнь, страдание») — хронические прогрессирующие наследственные заболевания мышц, связанные с нарушением обмена веществ в мышечной ткани. Характерны мышечная слабость и атрофия мышц.

Наследственные миопатии подразделяют на мышечные дистрофии, характеризующиеся первичным поражением мышц, и амиотрофии (спинальные и невральные), вызванные денервацией мышц вследствие поражения центральной или периферической нервной системы.

Существует множество форм миопатий, отличающихся возрастом начала заболевания, тяжестью течения и преимущественным поражением тех или иных групп мышц.
Иногда заболевание обнаруживается у нескольких членов семьи. Определенную роль могут сыграть истощение, физическое переутомление, травмы, инфекции, оказывающие неблагоприятные воздействия на организм, что способствует либо проявлению заболевания, либо ухудшению уже развивающегося процесса. Главным клиническим симптомом миопатии является медленно нарастающая атрофия скелетных мышц и снижение их силы. Иногда объем пораженных мышц может быть увеличен за счет жирового перерождения мышечной ткани – псевдогипертрофии.
Псевдогипертрофия наиболее часто проявляется в круговой мышце рта, подостной мышце, четырехглавой мышце бедра и особенно в икроножных мышцах.
Пораженные мышцы безболезненны, чувствительность их не изменена, координация движений не нарушена, функция гладкой мускулатуры сохранена. Мышечные атрофии развиваются медленно на симметричных участках, захватывая все новые мышечные группы.
Характерно поражение мышц в проксимальных отделах верхних и нижних конечностей, а также мускулатуры туловища и лица. В области плечевого пояса типична атрофия передней зубчатой мышцы. Лопатки принимают так называемое "крыловидное" положение, что особенно заметно при отведении плеча.
При атрофии ромбовидной и средней части трапециевидной мышцы расширяется и западает межлопаточное пространство. Часто атрофируются большие и малые грудные мышцы. Дельтовидная мышца обычно сохраняется хорошо, но из-за ее слабости пациенту трудно отводить плечо до горизонтального уровня.
Атрофия часто распространяется на мышцы предплечья, но движения в пальцах и кисти сохраняются долгое время. При атрофии мышц лица образуется так называемое "миопатическое" лицо, для которого характерны гладкий лоб, недостаточное смыкание глазных щелей, малоподвижные толстые губы. Пациент не может сжимать губы в трубочку, свистеть, задуть зажженную спичку. При улыбке углы рта не поднимаются, а просто расходятся в стороны.
Резко атрофируются мышцы, разгибающие позвоночник. Это затрудняет вставание из положения сидя. Пациенты вынуждены прибегать к помощи рук, опираясь о соседние предметы или собственные бедра. При вертикальном положении у пациента четко выражен лордоз в поясничном отделе позвоночника. Атрофируются мышцы брюшного пресса. В результате атрофии мышц туловища деформируется – уплощается грудная клетка, реберные края выпячиваются.
При сохранении некоторой части поперечных мышц живота образуется характерная перетяжка, известная под названием "осиная" талия. На ногах атрофируются мышцы проксимальных отделов. В результате атрофии мышц

тазового пояса развивается своеобразная раскачивающаяся, переваливающаяся походка. В мышцах голени и стопы атрофия развивается значительно позднее, чем в мышцах бедра. Интеллект, как правило, не страдает.

В комплексном лечении важную роль играет целенаправленный, регулярно применяемый массаж.

Пациентам назначают общий массаж, в который входит массаж туловища, лица, конечностей. Чем раньше и регулярнее применяют массаж, тем больше лечебный эффект. Массаж начинается с определения неэластичных, уплотненных, ослабленных участков мышц. Именно на эти участки и должны быть направлены основные усилия при массаже. Требуется сочетание тонизирующего массажа на ослабленные участки с расслабляющим, растягивающим и смягчающим на уплотненные участки мышц. Для предупреждения и уменьшения мышечной атрофии необходимо применять довольно глубокий массаж, состоящий главным образом из приемов разминания и механической вибрации.

Массаж следует начинать со спины и пояснично-крестцовой области, захватывая мышцы надплечий и ягодиц. При массаже задней поверхности туловища уделять особое внимание крестцово-остистым и трапециевидной (особенно ее средней части) мышцам, широчайшим мышцам спины, ромбовидной, подостным, ягодичным мышцам.

В области груди нужен энергичный массаж передней зубчатой мышцы, большой и малых грудных мышц. Область живота массируют по методике массажа брюшного пресса.

На нижних конечностях избирательно массируют четырехглавую мышцу бедра и икроножную мышцу, применяя главным образом приемы разминания, причем особое предпочтение отдают поперечному прерывистому разминанию.

Механическую вибрацию производят в области надколенника при помощи шаровидного вибратода.

При массаже лица необходимо применять главным образом приемы разминания и механическую вибрацию плоским или шаровидным вибратодами, производя с их помощью поглаживание в области лба, круговой мышцы глаза и рта, собственно жевательной и височных мышц. На лице применяют все массажные приемы.

Продолжительность массажной процедуры – 40-60 минут ежедневно.

Курс массажа состоит в среднем из 15 процедур и регулярно повторяется через 1-1,5 месяца.

Вопросы и задания для самоконтроля.

Массаж при заболеваниях ССС.

1. Перечислить показания к массажу при заболеваниях ССС.
2. В каких стадиях ХССН массах противопоказен.
3. По каким клиническим проявлениям болезни можно отличить I стадию ХССС от II А.

4. Назовите цели массажа больным с ХССН.
5. Составьте план массажа пациенту с I стадией ХСС.
6. Укажите дозировку массажа.
7. Составьте план массажа пациенту со II стадией «А» ХСС.
8. Какие методические указания необходимо соблюдать при выполнении массажа пациенту с ХСС II стадией «А»
9. Стенокардия.
10. Перечислите зоны кожной гипералгезии которые возникают после приступа стенокардии.
11. В каком периоде заболевания и с какой целью назначается массаж больным стенокардией.
12. Укажите методические указания и дозировку массажа при выполнении процедуры при стенокардии
13. Составьте план массажа и перечислите приемы, которые можно использовать при данной патологии.

Гипертония.

1. Назовите стадии гипертонической болезни и их клинические проявления.
2. В каких стадиях заболевания массаж дает хороший лечебный эффект.
3. Выберите рациональное исходное положение пациенту и массажисту.
4. Составьте план массажа и перечислите методические указания к проведению процедуры массажа.

Гипотония.

1. Перечислите основные жалобы пациента с синдромом гипотонии.
2. Определите цели массажа и его дозировку.
3. Составьте план массажа и укажите основные приемы, которые будете использовать.

СОД (система органов дыхания).

1. Перечислите показания к массажу при заболеваниях СОД.
2. Когда можно начинать массаж пациенту заболевшему острой пневмонией.
3. Какие области подлежат массажу на первых процедурах при острой пневмонии.
4. Как изменяется методика массажа в процессе лечения больного с острой пневмонией.

Плеврит.

1. Укажите цели массажа больному с плевритом.
2. Бронхиальная астма.
3. В каком исходном положении предпочтительно массировать пациента с бронхиальной астмой
4. Составьте план и определите дозировку массажа пациенту с бронхиальной астмой.

Эмфизема.

1. Составьте план массажа пациенту с начальной стадией эмфиземы легких.
2. Составьте план массажа пациенту при выраженной эмфизе с легочной недостаточности.

3. Составьте план массажа пациенту при эмфиземе легких с явлениями сердечно-легочной надостаточности.
4. ЖКТ.
5. Перечислите показания к массажу при заболеванию ЖКТ.
6. Укажите цели массажа при хроническом гастрите с пониженной кислотой.
7. Составьте план массажа, определите дозировку при ХГ с ПС

Заболевания желудочно-кишечного тракта
Колиты.

1. Какое обследование должен провести массажист перед проведением курсы массажа пациенту с хроническим колитом.
2. Цели массажа и их дозировка при различных формах колита.
3. Составьте план массажа при атоническом колите.

Нарушение обмена.

1. Перечислите показания к массажу при нарушении обмена веществ.
2. Каковы цели массажа при ожирении.
3. В чем заключается особенности общего массажа при сахарном диабете.
4. Какие клинические проявления подагры должен учитывать массажист при составлении плана массажа.

Опорно-двигательный аппарат

1. Перечислите цели массажа при растяжении мышц, связок и суставов.
2. Составьте план массажа при травме ГСС
3. Какие области можно массировать с первых дней после вывиха плечевого сустава.
4. Когда разрешается массировать сустав после перелома хирургической шейки плеча.
5. Как меняется план массажа в процессе реабилитации после перелома костей локтевого сустава.
6. Составьте план массажа при переломе предплечья в типичном месте после снятия иммобилизации
7. Составьте план массажа при переломе шейки бедра больному, находящемуся на вытяжении.
8. Какой мышце необходимо уделить особое внимание в процессе реабилитации после перелома коленного сустава
9. Расскажите об особенностях выполнении массажа при переломе позвоночника с учетом периодов после травмы.
10. Назовите основное правило составления плана массажа при лечении контрактур
11. Каковы схема массажа при 6 образно сколиозе.
12. Назовите цели массажа при подготовке культи нижней конечности к протезировании.
13. Тактика массажиста при лечении ревматоидного артрита.

14. Перечислить цели массажа при лечении диабетического поражения костно суставного аппарата
15. Назовите основные жалобы пациентов страдающих шейным остеохондрозом и определите цели массажа
16. Составьте план массажа и раскройте его содержание на различных этапах лечения остеохондроза поясничного отдела позвоночника
17. Какие области подлежат массажу при болезни Бехтерева и какие приемы будут исключены из процедуры массажа
18. Определите дозировку массажа при остеоартрозе коленных суставов
19. Какие мышцы страдают в большей степени при плечелопаточном периартрозе
20. Составьте план массажа при плечелопаточном переартрозе и укажите на особенности его содержания в начале курса лечения при наличии выраженных болей
21. Как меняется содержание плана массажа при уменьшении болей у больного с плечелопаточным переартр озом и каковы будут особенности массажа плеча
22. Назовите основные клинические проявления синдрома плечо-кисть и определите цели массажа
23. Составьте план массажа при синдроме плечо-кисть и укажите на особенности массажа предплечья и кисти
24. Назовите основные цели массажа при лечении пациентов с остеохондропатией головки бедренной кости

Неврология

1. Особенности проведения процедуры массажа пациентам страдающим неврастенией
2. Составьте план массажа и раскройте его содержание для пациентов с различными формами неврастении
3. Тактика массажиста при работе с пациентом после перенесенного инсульта
4. Особенности массажа конечностей пациенту с центральным параличом
5. Клинические проявления вялого паралича и особенности дозирования массажа на первых и последующих процедурах
6. Как подбирается методика массажа при рассеянном склерозе
7. Составьте план массажа при невропатии лицевого нерва
8. Симптомы поражения плечевого сплетения и план массажа при различных уровнях повреждения
9. Принципы составления плана массажа при невропатиях различных нервов