



**С.В. ДУБРОВСКИЙ**

**П Р А К Т И Ч Е С К О Е  
Р У К О В О Д С Т В О  
П О  
М А Н У А Л Ь Н О Й  
М Е Д И Ц И Н Е**

МОСКВА  
«СВЕТЛЫЙ СТАН»  
2002

ББК 53. 54

Д 79

Д 79      Дубровский С. В.  
**Практическое руководство по мануальной медицине.**  
— М.: Светлый СТАН, 2002. — 592 с., ил.  
ISBN 5-93651-010-7

Эта книга — результат многолетнего опыта преподавания и врачебной практики мануального терапевта, автора ряда методических пособий и учебных видеофильмов по массажу, методике и технике приемов мануальной терапии. Книга состоит из трех частей: современные и традиционные аспекты массажа; мануальные техники и методы для оздоровления и лечения позвоночника, суставов и мышц; мануальная терапия внутренних органов. В каждой части автор делится своими уникальными находками, почерпнутыми из его многолетней практики.

Для специалистов по массажу и мануальной терапии.

ББК 53. 54

ISBN 5-93651-010-7

© С. В. Дубровский, 2002 г.  
© «Светлый СТАН», 2002 г.

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

Настоящая книга родилась в результате многолетнего преподавания на курсах по массажу, мануальной терапии и кинезотерапии в начале как методическое пособие и, в конце концов, как законченный труд.

Книгу отличает точность изложения, сжатость, конкретность материала, четкость формулировок, удивительная насыщенность информацией. При этом книга вполне доступна начинающим врачам и массажистам, не имеющим должного опыта работы, интересующимся мануальной медициной. В каждой строчке этой книги чувствуется неординарная личность автора.

Убежденность в своей правоте, подкупающее обаяние разносторонней личности, поражающие по своей широте знания, виртуозное владение тонким искусством мануальной медицины привлекает большое число учеников на курсы С. В. Дубровского.

Для внимательного читателя книга чрезвычайно полезна, а для слушателей курсов Дубровского она просто необходима.

От имени многочисленных учеников  
Носов С.Н.

## ОТ АВТОРА

Мануальная медицина является уникальным лечебным и оздоровительным методом, корнями уходящим в далекое прошлое и пополненное современным представлением о механизмах действия его на организм человека.

К этому методу относятся различные способы и методы массажа, пассивные принудительные движения в суставах и позвоночнике, манипуляции на внутренних органах. Ручные действия механически раздражают различные органы и ткани. При использовании точной дозировки и правильной техники они оказывают положительное действие на организм человека в целом.

«Чудо» лечения или оздоровления принадлежит не самому методу, а удивительной способности организма перестраивать свои функции под воздействием различных раздражителей внешней и внутренней среды. Можно сказать, что при массаже и пассивных движениях, лечение происходит в результате реакций всего организма на механические раздражения, что мобилизует защитные и резервные силы организма. Внешние воздействия вызывают внутренние реакции, и лечение и оздоровление происходит благодаря уникальной способности живого организма к *саморегуляции*.

Добиться стойких положительных результатов в лечении и оздоровлении организма можно при условии, если эти методы будут правильно выбраны и точно исполнены.

Предлагаемое руководство является конспективным изложением учебного материала для слушателей курсов по мануальной медицине. В нем изложены наиболее рациональные и эффективные мануальные техники и методы для практического достижения прицельного и дозированного воздействия на организм человека.

В настоящее время мануальная медицина широко применяется в оздоровительной и лечебной практике, но недостатки в системе обучения массажистов и мануальных терапевтов, большое число дилетантов, а также применение устаревших методик и техник, значительно

ограничивают этот метод. На мой взгляд, необходимо использовать наиболее передовые, эффективные и рациональные методы для достижения поставленных задач. Кроме того, специалист должен опираться на диагностику, на выявление «заинтересованных» в лечении участков тела: *«Работать везде означает работать нигде»*.

Для эффективного воздействия на организм человека, лечение должно быть *целенаправленным*. И совсем неоправданно использование грубой, жесткой, силовой техники. Приемы могут быть чувствительными, но они не должны быть болезненными.

Давно назрела потребность вести подготовку мануальных терапевтов в специальных учебных заведениях (институт мануальной медицины или институт массажа) на основе научно разработанной программы, опыта прошлого и современных достижений.

Так как существует определенная разобщенность различных систем и школ мануальной медицины, то следует обратить внимание специалистов на то, что в практике лечения и оздоровления необходимо использовать методы, которые позволяют наиболее эффективно разрешать поставленные задачи в процедуре и использовать «Систему альтернативного метода».

Руководство состоит из трех частей:

- I. Современные и традиционные аспекты массажа.
- II. Мануальные техники и методы для оздоровления и лечения позвоночника, суставов и мышц.
- III. Мануальная терапия внутренних органов.

В руководстве используются оригинальные способы изложения учебного материала. Его содержание имеет больше практическое, чем теоретическое значение, поэтому многие темы изложены в форме выводов без избыточности информации.

Книга предназначена для специалистов в области лечебной и оздоровительной практики.

## **Современные и традиционные аспекты массажа**

Общие сведения о массаже

Техника массажа

Диагностика

Сегментарно-рефлекторный массаж

Точечный массаж

Оригинальные методы массажа

Планы и схемы массажа

Методика комплексного подхода  
к лечебному и оздоровительному  
массажу

Лечебник или массаж  
при различных заболеваниях

---

# 1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О МАССАЖЕ

## 1.1. ИСТОРИЯ МАССАЖА

Каждое время выдвигало выдающихся специалистов в области массажа, и, как лечебная дисциплина, массаж применялся наряду с другими видами целительства у разных народов. Всю историю массажа условно можно разделить на два периода: на эмпирический период (с древнейших времен до XVII в. и научный период с XVII в.).

Массаж зародился на ранних этапах развития народной медицины. Интересна история возникновения слова «массаж». Так, одни авторы считают, что оно произошло от арабского *mass* или *masch* (нежно разминать, надавливать), другие — от греческого *masso* (тереть, мять, сжимать руками), третьи — от латинского *massa* (пристающее к пальцам.) Массаж с древних времен составлял часть врачебного искусства. В древности люди при различных недугах и болях применяли разминание, поколачивание тела. Имеются свидетельства, что массаж много веков назад применяли как лечебное средство жители на островах Тихого океана.

Индусы и китайцы были первыми, кто описал приемы массажа. *Amiot* (1779 г.) перевел древнейшую китайскую книгу *Cong-Fou*, написанную 3000 лет до н.э., в которой помимо гимнастических и телесных упражнений приводятся различные приемы массажа. Китайцы применяли массаж для лечения ревматических болей, вывихов, снятия усталости, спазм мышц и пр. По словам *Osbeck*, китайцы растирали руками все тело, сдавливая нежно мышцы между пальцами и выполняя движения в суставах. Эти движения сопровождались треском, слышимым на значительном расстоянии. В священных книгах Индии *Ayur-Veda* (1800 лет до н.э.), которые перевел *Hessler* (1854 г.), в четвертой книге описаны приемы, которые индусы использовали при различных заболеваниях. Массаж у них заключался в нежном разминании всего тела — с верхних конечностей до стоп. Именно индусы соединили паровые бани с массажем. Вот как описывает *Petit-Radel* выполнение массажа в парной: «...на накаленные железные плиты плескают



известное количество воды, которая, испаряясь, распространяется в пространстве и проникает в голое тело каждого находящегося в помещении. Когда тело хорошо увлажняется, его растягивают на полу, и двое слуг по одному с каждой стороны жмут с различной силой члены, мышцы которых чрезвычайно расслаблены, потом массируют живот и грудь. После этого его переворачивают, и подобное давление производят и с задней поверхности тела».

В Индии и Китае массаж выполнялся священнослужителями. Следует сказать, что в этих странах существовали школы, в которых обучали приемам массажа. Массаж в примитивном варианте применялся в Америке и Африке. *Quesnoy* пишет, что у туземцев Африки и народов Востока нет ни одной болезни, которую бы не лечили массажем.

Приемы массажа хорошо были известны в Древнем Египте. Египтяне сочетали его с банными процедурами. *Alpinis* (1583 г.) так описывает растирание и другие приемы, проводимые в банях Египта: «...растирания были распространены в такой степени, что никто не выходил из бани, не подвергшись массажу. Для этого растираемого растягивали, мяли, давили руками на различные части тела. Затем делали несколько движений в суставах. Все это вначале проделывали спереди, а затем сзади и с боков. Потом, вытянув руки, проделывали то же и на них: сгибали, растягивали различные сочленения всей руки, затем каждого пальца в отдельности, потом переходили на предплечье, плечо, грудь, спину, сгибая их в различные стороны. Не довольствуясь сгибанием, растяжением и массажем суставов, подвергали тем же давлениям и растираниям все мышцы».

На алебастровом барельефе, найденном во дворце ассирийского царя Санхериба в Ниневии, а также на некоторых египетских папирусах обнаружены изображения массажных манипуляций, подтверждающие предположение, что ассирийцы, персы, египтяне не только были знакомы с массажем, но и применяли его с лечебной целью. В поэмах Гомера рассказывается о том, как Цирцея в бане умащивала Одиссея маслами и растирала его мазями, а женщины разминали тела воинов перед сражениями. На барельефе, изображающем Улисса, возвратившегося после битвы, мы видим приемы массажа, применяемого древними греками.

Выдающиеся греческие врачи *Геродикос*, *Гиппократ* и другие в своих трудах описывали многие приемы массажа. Во времена *Гиппократа* массаж использовался с гигиенической и лечебной целями (при заболеваниях суставов и вывихах). Так, *Гиппократ* писал: «...сочленение может быть сжимаемо и расслаблено массажем. Трение вызывает стягивание или расслабление тканей, ведет к исхуданию или полноте, сухое и частое трение стягивает, а мягкое, нежное и умеренное утолщает ткани». Широко пропагандировал массаж *Орибаз*, живший во времена императора Юлиана. Массаж (или апотерапия) в Древней Греции, как правило, проводился в банях в сочетании с телесными упражнениями активного или пассивного характера, натираем маслами и мазями. Греческие врачи (*Асклепиад* и его ученики) открыли в Древнем Риме свои школы массажа. *Асклепиад* делил массаж на сухой и с маслами, сильный и слабый, кратковременный и продолжительный; *Цельс* рекомендовал растирания для удаления отложений и выпотов в тканях; знаменитый *Гален*, главный врач школы гладиаторов в Пергаме, установил девять видов массажа и описал их методику.

Широко апотерапия применялась в термах (римских банях), где были комнаты (тренидариумы), специально предназначенные для массажа. Там рабы разминали и растирали тела купающихся. Готовясь к массажу, последние проделывали различные гимнастические упражнения. Затем все тело массировалось и натиралось маслами. Именно римляне ввели массаж в систему военного и физического воспитания. X–XI вв. отмечены расцветом арабской медицины. Известные ее представители *Абу-Бакр*, *Абу Ибн-Сина* (*Авиценна*) разработали новые методы лечения и предупреждения различных заболеваний. В своих трудах «Канон врачебной науки» и «Книга исцеления» *Авиценна* подробно описывает приемы массажа.

Бани и массаж широко применялись в Турции и Персии. Школы восточного массажа отличались от массажа, используемого в Греции и Риме. По свидетельству *Ardouin*, турки массировали подобно египтянам и африканцам: растирали и давили пальцами, перетирали ткани. Массаж делался в банях, в отдельной сухой и нагретой комнате.

У древних славян и народов Севера применялись закаливающие процедуры и массаж в виде сечений, растираний веником, активных движений. Эта форма массажа, которая у древних славян называлась хвощением, описана в летописях Нестора. Русские и финны, вымывшись, переходили в сильно нагретую паровую комнату, где банщик хлестал их березовым веником, размягченным в воде, потом растирал их, затем окатывал теплой и холодной водой попеременно (несколькими ведрами) все тело с головы до ног. Сечение веником, по *Ardouin* (1815 г.), не что иное, как чрезвычайно сильное растирание. При этом по всему телу проводится скобление и растирание веником сверху вниз. Этот двойной прием возбуждает кожу и обеспечивает безвредность при погружении в снег или ледяную воду после бани.

В Средневековье массаж, как и занятия физическими упражнениями, в Европе практически не применялся. Только с появлением в XIV–XV вв. работ по анатомии *Монди де Сиучи*, *Бертуччио*, *Пиетро Егилата* пробудился и некоторый интерес к врачебной гимнастике и массажу. *De Choul*, советник короля Генриха II, написал книгу о банях и телесных упражнениях древних греков и римлян *A. Pare*, основатель хирургии, в XVI в. описал массаж и его воздействие на организм человека. В этом же веке знаменитый врач *Меркулиус* собрал всю литературу того времени по массажу и гимнастике и написал известное сочинение «Искусство гимнастики», в котором описал три вида растирания: слабое, сильное и среднее. В 1771 г. *Andry* опубликовал двухтомник по ортопедии, где достаточно подробно рассказал о массаже. В 1780 г. появилось сочинение *Tissot* о физических упражнениях и массаже, где он детально описывал различные растирания.

Современное развитие массажа обязано достижению биологических наук, и с 70-х годов XIX столетия наступает период активного внедрения массажа в медицину. В этот период было положено начало научному объяснению влияния массажа на организм человека, разработана его физиология, установлены показания и противопоказания, систематизированы технические приемы.

В.А. Манассеин, И.З. Заблудовский, Г.А. Захарьин, С.П. Боткин и др. положили начало опытной физиологии массажа.

*И.З. Заблудовский* написал более 100 работ (монографий, учебников), посвященных массажу. В 1882 г. он написал диссертацию «Материалы к вопросу о действии массажа на здоровых людей». Большая заслуга *Заблудовского* состояла в подготовке специалистов по массажу в созданной им в Берлинском университете первой государственной школе.

Интересу к массажу и гимнастике способствовала подвижническая деятельность *P.H. Ling* (1776–1839 гг.), автора известной шведской гимнастики. Итогом его деятельности явилось большое сочинение «Общие основы гимнастики». По мнению *Линга* массаж является составной частью всевозможных видов гимнастики и движений. На основе древнего классического массажа, используя приемы китайцев, индусов, греков и римлян, *Линг* создал систему шведского врачебного массажа. Несмотря на то, что работы *Линга* подвергались суровой критике как работы дилетантские, своим трудом *Линг* оказал большое влияние на развитие массажа в Европе.

Работы российских ученых внесли много нового в методику массажа, и в ряде случаев эти работы являлись ведущими, оригинальными.

О применении массажа в глазной практике писал известный харьковский профессор *Гиришман*. В 1899 г. *Снегирев* написал диссертацию «О вибрационном массаже в офтальмологии».

Над вопросами понимания действия массажа на организм человека, над методическими вопросами работали *А. Вербов*, *А. Киричинский*, *А. Щербак* и др.

Развитию специальных методов массажа способствовали научные работы *Г.А. Захарьина* (1883 г.), *Н. Head* (1898 г.) и *J. Mackenzie* (1917 г.). Преимущество этих методов заключается в ясном построении, установлении точной очередности приемов и описании видов реакции организма на массаж.

На базе богатейшего клинического опыта и экспериментальных исследований, российский ученый, профессор *А.Е. Щербак* (1863–1934 гг.) предложил оригинальную теорию о механизме терапевтического действия

физических агентов, в основе которого лежат сенсорно-вегетативные рефлексy.

Благодаря достижениям экспериментальной медицины в начале XX в. стали разрабатываться новые методы рефлекторного массажа: массаж кожи (гелотрипсия), глубокий массаж мягких тканей, нервно-точечный массаж по *Корнелиусу*, массаж мышц с повышенным тонусом, глубокое трение по *Цириакусу*, массаж по системе *В.А. Манакова* и многие другие. Особо следует указать на сегментарный массаж, предложенный немецкими специалистами *О. Глязер* и *А. Далихо* в 1955 г. На сегодняшний день эти методики следует рассматривать как наиболее эффективные и рациональные в практике массажа.

Большой вклад в развитие массажа в спортивной практике в СССР после событий 1917 г. внес Иван Михайлович *Саркизов-Серазини* (1887–1964 гг.).

Распространению массажа как лечебного и оздоровительного метода в СССР способствовали: Александр Федорович *Вербов*, Анатолий Андреевич *Бирюков*, Леонид Алексеевич *Куничев*, Наталья Ароновна *Белая*, Владимир Иванович *Васичкин*, Владимир Иванович *Дубровский* и многие другие.

## 1.2. СИСТЕМЫ И КЛАССИФИКАЦИЯ МАССАЖА

Массаж — это совокупность приемов механического и рефлекторного воздействия в виде растирания, давления, вибрации, проводимых непосредственно на поверхности тела человека, как руками, так и специальными аппаратами через воздушную, водную или другую среду. Массаж может быть *общим*, когда в определенной последовательности массируется все тело, или *местным* (локальным). В зависимости от задач различают следующие виды массажа: *гигиенический, лечебный, спортивный, детский*.

К настоящему времени исторически сложилось несколько *систем* и *школ* в практике массажа. Массаж, применяемый в странах Содружества, можно было бы назвать *отечественный, классический*. Популярен так называемый *восточный* массаж.

Существуют отличительные особенности массажа, применяемого в странах Западной Европы (наиболее известные: шведский, финский массаж).

Есть особенности различных методик массажа, используемые различными целителями. Эти методики можно объединить под общим названием *народный* массаж.

Техника массажа, используемая у тюркских и арабских народов, значительно отличается от классической техники массажа.

С развитием науки и техники стали развиваться и *аппаратные* способы массажа: гидромассаж (водный и подводный), вибромассаж, вакуумный массаж.

Особое значение имеют так называемые сегментарно-рефлекторные методики массажа.

Массаж можно различать по *методу* и *задачам*.

По методу он может быть:

- \* «сухой»;
- \* с маслом, растирками и мазями;
- \* в условиях бани с мылом;
- \* в воде;
- \* с помощью специальных инструментов (массажеров);
- \* льдом;
- \* растирание грубой тканью, очень мелким песком или специальными щетками;
- \* баночный.

По задачам массаж может быть:

- \* лечебный (при заболеваниях и травмах, реабилитационный, превентивный);
- \* спортивный (который в свою очередь делится на подготовительный, лечебный, восстановительный и тренировочный);
- \* гигиенический (оздоровительный);
- \* косметический;

- \* в детской практике;
- \* в быту.

**Лечебный массаж** эффективен при лечении и профилактике различных травм и заболеваний, хорош для восстановления сил в послеоперационный период. Круг показаний для лечебного массажа весьма велик.

**Спортивный массаж** применяется при занятиях физической культурой и спортом. Соответственно задачам выделяют следующие разновидности спортивного массажа: *гигиенический, тренировочный, восстановительный, предварительный и лечебный* (при спортивных травмах и заболеваниях).

*Гигиенический массаж* в спортивной практике обычно проводит сам спортсмен в форме самомассажа с утренней гимнастикой, разминкой.

*Тренировочный массаж* выполняет массажист для подготовки или поддержания «спортивной формы» в период, когда спортсмен не может полноценно тренироваться.

*Подготовительный массаж* в спорте используют для нормализации состояния различных органов и систем спортсмена перед предстоящей тренировкой или соревнованиями. В зависимости от поставленных задач различают следующие разновидности предварительного массажа:

- \* разминочный — выполняют перед учебно-тренировочным занятием или выступлением на соревнованиях, когда необходимо помочь спортсмену качественно размяться, при этом обязательно учитывают специфику данного вида спорта;
- \* согревающий — применяют в холодное время года перед соревнованиями или тренировкой на воздухе. При этом массаже используют специальные растирания, мази;
- \* мобилизирующий — применяют перед ответственными соревнованиями, с целью стимуляции всех жизненных ресурсов организма спортсмена, для достижения высоких результатов;
- \* тонизирующий — используется по необходимости, при подавленном, заторможенном состоянии спортсмена;

- \* успокаивающий — также используется по необходимости для спортсмена, находящегося в состоянии повышенной возбудимости, при стартовой лихорадке.

*Восстановительный массаж* применяется после разного рода нагрузок (физической, умственной, психической, эмоциональной) и при утомлении, усталости для восстановления, реабилитации различных функций организма спортсмена и повышения его работоспособности.

Основными задачами восстановительного массажа являются:

- \* снятие чрезмерного нервно-мышечного и психического напряжения;
- \* повышение общей и специальной работоспособности;
- \* удаление продуктов распада, накопившихся в организме после чрезмерной нагрузки;
- \* устранение имеющихся болевых ощущений в мышцах;
- \* нормализация сна и отдыха, для достижения расслабленности, релаксации, душевного спокойствия.

Все разновидности спортивного массажа проводят с учетом специфики данного вида спорта и индивидуальных возможностей спортсмена.

**Гигиенический массаж** — активное средство профилактики и предупреждения различных заболеваний, применяется для сохранения работоспособности и общего оздоровления. Гигиенический массаж выполняется в форме общего сеанса или массажа отдельных частей тела, в зависимости от задач. Часто его используют в сочетании с утренней гимнастикой, во время водных процедур, в бане и т.д. Одна из разновидностей гигиенического массажа — *косметический* — применяется для улучшения состояния кожи лица, шеи, рук и как средство предупреждения старения кожи.

**Детский массаж** — значительно отличается от массажа взрослых, так как у детей в раннем возрасте он проводится в сочетании с гимнастикой и используется как средство отдыха, разгрузки между упражнениями.



Описанную систематизацию массажа можно было бы представить в виде таблицы 1.

**Таблица 1.** Систематизация массажа.

| СИСТЕМА            | МЕТОД            | ЗАДАЧИ             |
|--------------------|------------------|--------------------|
| Отечественная      | «Сухой»          | Лечебные           |
| Восточная          | С маслом, мазями | Спортивные         |
| Народная           | Массажерами      | Гигиенические      |
| Западноевропейская | Со льдом         | Превентивные       |
| Арабская           | Баночный         | Косметические      |
| Аппаратная         | Сегментарный     | В детской практике |
|                    | Рефлекторный     | В быту             |

### 1.3. ДЕЙСТВИЕ МАССАЖА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Действующим моментом массажа на организм человека является механическое раздражение. Приемы массажа, действуя на ткани, вызывают раздражение различных рецепторов. Устройство рецепторов достаточно сложное и они являются начальным звеном нервного пути.

Различают следующие виды рецепторов: *экстерорецепторы* (расположены в кожных, покровных тканях), *механорецепторы* и *проприорецепторы* (расположены в мышцах, сухожилиях и связках), *барорецепторы* (расположены в сосудах), *интерорецепторы* (расположены во внутренних органах).

Механический вид энергии путем сложных преобразований превращается в тепловую, электрическую и химическую энергии. Электрический (нервный) сигнал по специальным волокнам передается в центральную нервную систему (спинной мозг и различные образования головного мозга), где этот импульс анализируется, синтезируется и вызывает ответную реакцию со стороны различных органов или систем.

#### *Действие массажа на кожу*

Масса кожи составляет 20% от общей массы тела, площадь ее около 2,5 м<sup>2</sup>, она является сложнейшим органом, который выполняет около 10 функций. Кожа участвует в дыхании, кровообращении, регуляции

тепла, в обмене веществ, выработке ферментов и медиаторов. Кожа способствует очищению организма от шлаков и излишков воды (через кожу выделяется 27% воды). Кожа является кровяным депо (емкость около 1 л крови). Она функционирует как легкие, сердце, печень, почки. В ней содержатся нервные волокна, мышцы, сосуды, потовые и сальные железы. Кожа является чувствительным сложнейшим органом, содержащим более 3 млн. рецепторов, посредством которых человек ощущает боль, тепло, холод, прикосновение, давление, вибрацию. В 1 см<sup>2</sup> кожи расположено: 2 тепловых, 12 холодовых, 25 осязательных, 150 болевых рецепторов.

Народные лекари Древнего Востока считали, что через кожу болезни входят и выходят из организма, и знали, что при заболеваниях внутренних органов кожа сигнализирует о нарушениях в организме.

#### Под действием массажа:

- \* происходит слущивание и удаление ороговевшего слоя кожи, таким образом, массаж способствует очищению кожи;
- \* увеличивается приток артериальной крови к массируемому участку, благодаря чему улучшается питание кожного покрова;
- \* усиливаются ферментативные процессы, увеличивается выделение гистамина, ацетилхолина, что оказывает благотворное влияние на мышечную деятельность и кровеносные сосуды;
- \* повышается жизнедеятельность тканей, улучшаются эластичные качества кожи;
- \* увеличивается отток венозной крови и лимфы, что способствует устранению застойных явлений в подкожных тканях;
- \* увеличивается способность кожного дыхания;
- \* активизируется удаление из организма продуктов клеточного обмена.

#### ***Влияние массажа на жировую ткань***

На жировую ткань массаж прямого действия не оказывает. Наблюдающееся уменьшение жировых отложений при длительном массаже можно объяснить не прямым действием на жировую ткань, а общим

действием на обмен веществ, которое проявляется в повышении газообмена, увеличении скорости окисления молочной кислоты, уменьшения содержания мочевины в крови.

### ***Механизмы воздействия массажа при целлюлите***

Массаж используется и при целлюлите. Под целлюлитом следует понимать локальное вафельнообразное изменение структуры кожи. Отмечается, что причиной целлюлита является наличие многих соединительно-тканых перемычек между жировыми клетками. Жир как бы «заперт» в клетках кожи рук, бедер, ног. Соединительно-тканые коллагеновые волокна имеют не сетчатую, как на других участках кожи, а ячеистую структуру, что значительно ухудшает обмен веществ. Гормоны крови, способствующие высвобождению жиров, не могут проникнуть в пораженную целлюлитом клетку. В результате клетка продолжает поглощать жир и не может эффективно освобождать его, когда организм в этом нуждается. Массаж, усиливая накопление биологически активных веществ в зоне патологической ткани, способствует привлечению в очаг множества клеток (фибробласты, макрофаги) участвующих в рассасывании этих перемычек и восстановлению нормального обмена веществ. Параллельно проводимые аэробные нагрузки заставляют организм переходить на утилизацию жира и уменьшают количество подкожного жира. Необходимо отметить, что при каждом массаже не должно происходить травматизации капилляров. Возникновение после массажа петехиальных кровоизлияний, кровоподтеков (синяков) свидетельствует о низкой квалификации массажиста.

### ***Действие массажа на мышцы***

Массаж оказывает значительное влияние на мышечную систему. Мышцы поддерживают скелет, позволяют человеку выполнять различные движения. От состояния мышечной системы зависит работоспособность, активность, жизнедеятельность всего организма. Масса мышц составляет примерно 35–40% от общего веса тела и их насчитывается около 500 в человеческом организме.

#### ***Под воздействием массажа:***

- \* происходит восстановление силы в утомленной мышце;

- \* возрастает активность мышц, улучшается их сократительная функция, возрастает сила, увеличивается работоспособность;
- \* увеличивается мышечная масса;
- \* изменяются упруго-вязкие свойства мышц;
- \* активизируется газообмен, минеральный и белковый обмен, увеличивается выделение углекислого газа, азота, изменяются окислительно-восстановительные процессы, уменьшается содержание молочной кислоты;
- \* облегчается нагнетательная функция сердца;
- \* массаж может оказывать тонизирующее или расслабляющее действие на мышцы.

### *Действие массажа на суставно-связочный аппарат*

Влияние массажа на костно-суставную систему связано с периферической импульсацией склеротома (участка костной ткани иннервируемого из одного сегмента спинного мозга). Это применяется в основном при лечебном сегментарном и соединительно-тканном массаже. Массаж оказывает положительное влияние на связочно-суставной аппарат: улучшается кровоснабжение сустава и окружающих его тканей, повышается образование и циркуляция синовиальной жидкости, связки становятся более эластичными. При ограничении подвижности в суставах, отечности, сморщивании суставных сумок, изменении состава синовиальной жидкости массаж является важным средством предупреждения и устранения этих явлений.

#### Под влиянием массажа:

- \* происходит более быстрое образование костной мозоли при переломах костей;
- \* улучшаются упруго-вязкие свойства связочного аппарата;
- \* происходит уменьшение околосуставных отеков при травмах;
- \* устраняются последствия травматизации этих тканей.

### ***Действие массажа на сердечно-сосудистую и лимфатическую системы***

Влияние на сердечно-сосудистую систему массаж оказывает, прежде всего, через капилляры. Доказано, что массаж вызывает расширение функционирующих и раскрытие резервных капилляров, благодаря чему создается более интенсивное кровоснабжение не только массируемого участка, но, рефлекторно, участков на большом отдалении от него, в результате чего увеличивается газообмен между кровью и тканью (внутреннее дыхание) и происходит как бы кислородная терапия тканей. Наблюдения свидетельствуют об улучшении сократительной функции миокарда, увеличении кровенаполнения периферических сосудов, улучшении ряда показателей гемодинамики, что свидетельствует о более экономичной работе сердца.

Сердечно-сосудистую систему условно можно подразделить на ***сердце и кровеносные сосуды***. Сердечно-сосудистая система обеспечивает циркуляцию крови по всему организму, осуществляя взаимосвязь всех органов и систем между собой.

#### ***Под воздействием массажа:***

- \* улучшается или восстанавливается эластичность сосудов;
- \* стимулируется кроветворная функция, увеличивается число эритроцитов и тромбоцитов;
- \* регулируется артериальное давление крови;
- \* происходит перераспределение крови в сосудистом русле, усиливая кровоснабжение одних органов и уменьшая в других;
- \* открываются резервные капилляры в мышцах, обеспечивая увеличение поступления продуктов питания и кислорода к ним.

С системой кровеносных сосудов в тесной связи находятся ***лимфатические*** сосуды, которые представляют собой самостоятельную сеть. В лимфатических путях через определенные промежутки имеются лимфатические узлы, которые задерживают и уничтожают вредные вещества.

В организме человека около 2 л лимфы. Обычная скорость движения лимфы 4 мм/с, а под воздействием массажа скорость тока лимфы может увеличиться в несколько раз.

Массаж способствует:

- \* ликвидации остаточных воспалительных процессов;
- \* улучшению питания тканей, клеток и активизации обменных процессов;
- \* повышению иммунитета, мобилизации защитных сил организма;
- \* устранению биохимических и метаболических расстройств в циркуляции лимфы и крови;
- \* рассасыванию отеков.

***Влияние массажа на обмен веществ***

Массаж оказывает значительное влияние на обмен веществ в организме: в коже образуются и поступают в кровь биологически активные вещества (гистамин, серотонин, брадикинин, простагландины...), относящиеся к тканевым гормонам и участвующие в сосудистых реакциях, передаче нервных импульсов. Массаж вызывает также увеличение выделения азотистых органических веществ мочи (мочевины, мочевой кислоты), минеральных солей (хлорида натрия, неорганического фосфора).

Под действием массажа:

- \* в коже образуются ацетилхолин, гистамин и гистаминоподобные вещества, которые разносятся током крови по всему организму, оказывая положительное влияние на работу внутренних органов;
- \* нормализуются показатели основного состояния крови;
- \* увеличивается скорость окисления молочной кислоты;
- \* снижается содержание мочевины в крови, усиливается мочеотделение и выделение азота в течение суток;
- \* увеличивается минутный объем дыхания;

- \* происходит благоприятное влияние на показатели свертывающей и антисвертывающей систем крови, на липидный обмен.

### ***Механизмы воздействия массажа на дыхательную систему***

Влияние на дыхательную систему оказывается рефлекторно посредством воздействия на рецепторы дыхательных мышц и рецепторов кожи и подкожных сосудов грудной клетки. После массажа увеличивается локальная вентиляция легких, особенно плохо вентилируемых участков. Дозированное ручное воздействие на грудную клетку вызывает легочно-кожный и легочно-мышечный рефлекс, что сопровождается увеличением подвижности грудной клетки и улучшением выведения мокроты.

### ***Влияние массажа на нервную систему***

Одно из самых важных влияний массажа — это воздействие на нервную систему. Сущность влияния массажа на нервную систему заключается в том, что происходит раздражение кожных рецепторов (экстерорецепторов), рецепторов, заложенных в мышцах, сухожилиях, суставных сумках, связках (проприорецепторов), рецепторов стенок сосудов (ангиорецепторов). Эти раздражения устремляются по нервам (центростремительные нервные волокна) в головной и спинной мозг и передают информацию различным ассоциациям нервных клеток. В ответ на этот импульс возникает сложная координационная перестройка функционального состояния клеток мозга, разрушаются патологические (вызывающие болезнь) связи между нейронами (нервными клетками), создаются новые ассоциации, подключаются не работавшие ранее нейроны, происходит как бы «функциональное обновление» мозга, улучшается деятельность дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочеполовой систем.

### ***Влияние массажа на центральную нервную систему***

- \* одни приемы действуют успокаивающе, другие же позволяют оказывать тонизирующее воздействие;
- \* при правильно выбранной методике массаж позволяет снизить болезненность при различных заболеваниях;
- \* общепризнанно влияние массажа для снятия утомления;

- \* массаж определенных сегментарных зон вызывает разнообразные ответные реакции различных систем и внутренних органов;
- \* ускоряются процессы регенерации периферических нервов при травматизации;
- \* после массажа улучшаются показатели биоэлектрической активности коры головного мозга;
- \* известно, что массаж может вызывать приятные эмоции, улучшать настроение.

Таким образом, массаж оказывает действенное влияние на весь организм в целом, а при использовании правильной техники, точной дозировки и целенаправленной методики способствует поддержанию и восстановлению здоровья, является одним из наиболее эффективных лечебных методов.

## 1.4. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К МАССАЖУ

Массаж может быть использован в различных целях: для профилактики здоровым людям, при различных заболеваниях. Весьма полезен он детям и пожилым людям, является хорошим лечебным средством при хронических заболеваниях. Круг показаний к применению массажа весьма широк и разнообразен.

Однако очень важно знать, в каких случаях следует остерегаться назначать массаж, и в каких абсолютно противопоказан. Иногда противопоказания к массажу носят временный характер.

### Показания

*В спортивной практике* массаж используется как средство восстановления после тренировок или соревнований, иногда можно заменять тренировочную нагрузку, а также при лечении заболеваний или травм.

*В оздоровительных целях* массаж применяется как эффективное средство восстановления физических сил. Он — прекрасное средство для ликвидации последствий нервных перегрузок, способен заменить физ-



культуру для поддержания бодрости и активности организма. Массаж улучшает сон и отдых. Широко используется он в косметических целях.

*В детской практике* массаж служит средством, активизирующим нормальное развитие организма, как средство отдыха после физических упражнений, в лечебных целях во время болезней.

*В лечебной практике* как профилактическое средство при хронических заболеваниях различных органов или целых систем. В этом случае круг показаний к массажу весьма широк:

- \* при заболеваниях глаз: глаукоме, кератите, неврите зрительного нерва;
- \* при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): колитах, гастритах, дискинезии желудка и кишечника, заболеваниях печени и желчного пузыря;
- \* при заболеваниях и повреждениях нервной системы: остаточных явлениях полиомиелита, детском церебральном параличе (ДЦП), невралгии, невритах, плекситах, радикулитах, диэнцифальных синдромах, паркинсонизме;
- \* при заболеваниях кожи: псориазе, себорее, нейродермите, склеродермии;
- \* при заболеваниях мочеполовой сферы: простатите, аднексите, хроническом уретрите, патологической девиации матки, бесплодии;
- \* при нарушении обмена веществ: ожирении, диабете, подагре;
- \* при заболевании органов дыхания: ларингите, фарингите, рините, последствиях пневмонии и бронхита, эмфиземе легких;
- \* при заболеваниях артерий и вен, функциональных неврогенных расстройствах, миокардиодистрофии;
- \* при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата: артритах, периоститах, последствиях вывихов, ушибов, растяжений, переломов, двигательных нарушениях позвоночника и нарушениях осанки;
- \* другие нарушения: реабилитационный массаж после операции, нарушение сна, головные боли, быстрая утомляемость, слабость.

Вопрос о назначении на массаж решает врач или опытный массажист, если понимает суть проблемы, с которой обратился к нему пациент.

**Противопоказания:**

- \* во время острых лихорадочных и воспалительных процессов;
- \* при опасности кровотечения;
- \* при инфекционных, гнойных заболеваниях кожи, при кожных сыпях;
- \* при значительном расширении вен, трофических язвах и тромбозе; при воспалении лимфатических узлов;
- \* все виды недостаточности являются противопоказаниями: легочная, печеночная, почечная, сердечная;
- \* при злокачественных опухолях;
- \* при переутомлении после тяжелых физических нагрузок;
- \* в состоянии опьянения или под воздействием наркотиков;
- \* плохой переносимости;
- \* при болезнях, сопровождающихся резкими, нестерпимыми болями;
- \* в состоянии обострения хронического заболевания.

В любом случае во время массажа следует быть внимательным и осторожным, не допуская ухудшения самочувствия пациента.

## **1.5. ОБЩИЕ И ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МАССАЖИСТУ И ПАЦИЕНТУ**

Профессия или специальность массажиста требует определенных склонностей и способностей, предъявляет к массажисту ряд требований:

- \* прежде всего, готовность помочь другому человеку;
- \* высокое чувство ответственности;
- \* обладание конкретными навыками и умениями в технике массажа;

- \* способность понять личность пациента;
- \* самому быть человеком культурным, образованным;
- \* постоянно расширять свои знания и совершенствовать навыки;
- \* пропагандировать здоровый образ жизни;
- \* уметь дать необходимые рекомендации и советы по режиму дня, диете, лечебной физкультуре;
- \* постоянно поддерживать специальную тренированность и быть в «форме».

#### **Гигиенические требования к массажисту:**

- \* массаж следует делать в чистом халате с короткими рукавами или специальной одежде;
- \* перед массажем следует снимать кольца, украшения, часы;
- \* ногти на руках должны быть коротко острижены и подпилены;
- \* необходимо следить за тем, чтобы от массажиста не исходил дурной запах от тела или изо рта;
- \* во время процедуры не следует разговаривать, при необходимости достаточно ограничиться короткой фразой;
- \* по возможности, менять свое положение, не сгибать низко корпус тела;
- \* дыхание должно быть свободным и ритмичным;
- \* одинаково хорошо владеть правой и левой рукой;
- \* у массажиста должны быть гибкие, сильные, в то же время мягкие пальцы, ладони и пальцы без мозолей;
- \* массажист должен обладать хорошей подвижностью кисти в лучезапястном суставе и хорошо развитой мускулатурой тела;
- \* не следует приступать к работе сразу после еды, должно пройти 1–2 часа после приема пищи;
- \* в течение рабочего дня следует делать перерывы.

#### **Гигиенические требования к пациенту:**

- \* пациент должен приходить на процедуру чистым и опрятным;

- \* за 2 часа до сеанса не принимать пищу;
- \* перед сеансом освободить кишечник и мочевой пузырь;
- \* активно участвовать в восстановлении своего здоровья.

Исходное положение пациента во время массажа должно соответствовать наиболее удобному положению.

## **1.6. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОЧЕГО МЕСТА МАССАЖИСТА**

Как правило, массаж проводится в специальном помещении — кабинете. Допускается массаж на открытом воздухе при безветренной и теплой погоде в местах, защищенных тенью деревьев или тентом. Массажный кабинет должен соответствовать определенным условиям:

- \* иметь хорошую принудительную вентиляцию;
- \* достаточное количество света;
- \* на одного работающего массажиста должно быть не менее 8 м<sup>2</sup>;
- \* должен быть обеспечен подачей горячей и холодной воды;
- \* желательно рядом с массажным кабинетом иметь душевую;
- \* температура должна быть 23–25° С;
- \* иметь офисную мебель и принадлежности;
- \* иметь аптечку скорой помощи;
- \* иметь специальные массажные столы и инструменты.

Стол для массажа в положении лежа должен примерно соответствовать следующим размерам: длина 175–200 см, ширина 55–75 см, а высота определяется индивидуально (на уровне лучезапястного сустава опущенной руки массажиста).

Стол для массажа в положении сидя должен иметь площадку 35 x 55 см, высотой 70–80 см.

В кабинете должны быть подушки и валики различных размеров для удобства пациента и создания условий для полного расслабления массируемых мышц. Во время массажа должны быть исключены раз-

дражающие факторы: шум, сквозняк, яркий свет, присутствие посторонних лиц.

На стенах массажной комнаты можно развесить растения, картины и фото с приятными пейзажами, которые также способствуют успокоению. Комнатные растения, кроме того, будут выполнять функцию очищения воздуха. Массаж может сопровождаться приятной музыкой, например, пением птиц, звуками морского прибоя, свирели, арфы и т.д.

В таком случае массаж будет сочетаться уже с музыкотерапией. Возможно его сочетание с ароматерапией (при использовании ароматических массажных масел — ароматерапевтический массаж).

## **1.7. УСЛОВИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ СДЕЛАТЬ МАССАЖ ПРИЯТНЫМ И ПОЛЕЗНЫМ**

Массажист должен сделать все возможное, чтобы процедура массажа воспринималась приятной и по-своему незабываемой. Представим поведение массажиста при встрече с клиентом в виде нескольких шагов действия.

### **Правило психологического настроя на массаж**

Предусматривает дружелюбную встречу с пациентом, уточнение особенностей его физического и психологического состояния, создание спокойной, сосредоточенной атмосферы.

*Предостережения:* существуют застенчивые клиенты, для которых определенной проблемой является необходимость раздеться перед массажистом, особенно если клиент — женщина, а массажист — мужчина. Из соображения скромности, а также для сохранения тепла, тело массируемого следует укрыть во время массажа простыней или несколькими полотенцами. Обнаженной остается лишь только та часть тела, которая массируется в данный момент. Она закрывается по окончании ее массажа и открывается поочередно следующая массируемая часть.

### **ПРАВИЛО ТЕПЛЫХ, ОСЯЗАЮЩИХ И НЕЖНЫХ РУК МАССАЖИСТА**

Массажист разогревает руки путем растирания. Руки массажиста должны обладать хорошим осязанием, они должны чувствовать напряжение, уплотнения в массируемых тканях.

### **ПРАВИЛО ДУГОВЫХ И НЕПРЕРЫВНЫХ, БЕЗОТРЫВНЫХ ДВИЖЕНИЙ**

Практика показывает, что плавные дуговые непрерывные движения рук массажиста воспринимаются более комфортабельно массируемым. Дуговые движения меньше осевых утомляют и напрягают руки массажиста, эти движения плавные, ритмичные и в них отсутствуют рывки и грубость.

Следует стремиться удерживать постоянно контакт с телом массируемого. Даже в момент приостановки массажа из-за разных причин удерживайте ладонь на теле массируемого. Безотрывность контакта воспринимается благоприятно, как психологически, так и физически.

### **ДВА ПРАВИЛА БИОМЕХАНИКИ В МАССАЖЕ**

Их знание позволяет с минимальной тратой сил оказать максимальное воздействие на массируемого. Их суть такова:

- \* необходимо использовать массу своего тела для отягощения массажных приемов.
- \* применять лишь необходимые группы мышц для проведения массажного приема.

Важно, по мере необходимости, менять свое положение, чтобы не утомлялись тело и руки. Большее преимущество отдается ритмичной работе, препятствующей утомлению.

Необходимо овладеть умением ритмично работать обеими руками, разными группами мышц, чередовать быстрые и медленные приемы воздействия с разной физической нагрузкой, дыхание должно быть «незаметным», без задержек и натуживания.

Массажист должен научиться получать удовлетворение от своей работы. В работе имеет значение позитивное мышление самого массажиста, желание помочь пациенту.

## **1.8. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАСЕЛ**

Массажные масла способствуют легкому скольжению рук массажиста по поверхности кожи, когда это необходимо. Желательно использовать натуральные масла — кокосовое, персиковое, миндальное, арахисовое, оливковое и др. Эти масла при массаже одновременно питают кожу.

Если в масло добавить эссенции лечебных трав, то можно повысить эффективность массажа, но «сухой» массаж позволяет оказать прицельное и дозированное воздействие на массируемые ткани. В лечебном массаже нередко используются лекарственные мази (апизатроном, випротоксом, никофлексом и др.). Они позволяют повысить эффективность массажа.

## **1.9. ДОЗИРОВКА МАССАЖА**

Обычно массаж отдельных частей тела продолжается 10–20 мин, а общий массаж может длиться 1–1,5 ч. С учетом целей массажа, состояния и массы пациента, данные показатели могут сильно варьироваться. Каждая методика массажа предполагает свои условия дозировок.

## 2. ТЕХНИКА МАССАЖА

Профессиональную технику массажа можно определить несколькими характеристиками:

- \* умелая;
- \* целенаправленная;
- \* точная;
- \* рациональная;
- \* эффективная;
- \* дозированная;
- \* универсальная.

В данном руководстве я предлагаю универсальную, проверенную на практике, рациональную и эффективную технику массажа.

Я считаю, что нет специальной техники лечебного, спортивного или классического массажа, а существует определенная задача: *лечебная, оздоровительная, спортивная* и другие. А техника массажа должна быть универсальной, чтобы ее можно было применять в различных целях.

Техника массажа должна быть эффективной, рациональной (исполняться с наименьшей затратой физических сил массажиста) и соответствовать задачам массажа.

Некоторые приемы массажа, принятые в практике классического массажа, я не рассматриваю, так как, на мой взгляд, они не имеют практической ценности.

### СОСТАВНЫЕ ЧАСТИ ТЕХНИКИ

Вся техника массажа складывается из нескольких компонентов:

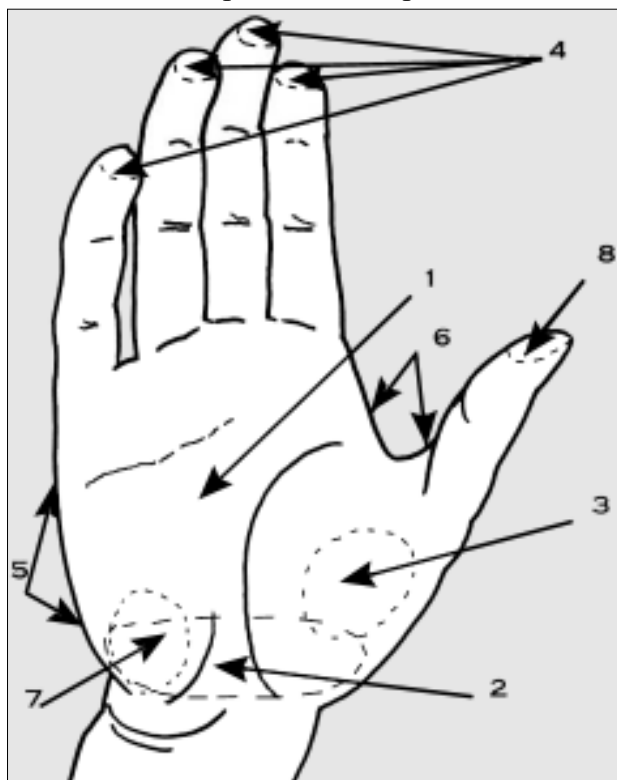
- \* из того, какой частью нашего «инструмента» выполняется действие;
- \* в каком направлении выполняется движение массажного приема;



- \* массажный прием может выполняться одной или двумя руками, попеременно или одновременно; одна рука может отягивать другую;
- \* движения могут быть медленными, равномерными или быстрыми;
- \* массажные воздействия могут быть глубокими, поверхностными или нежными;
- \* каждый прием имеет и сущностное содержание и конкретное определение.

## 2.1. ИНСТРУМЕНТ МАССАЖИСТА

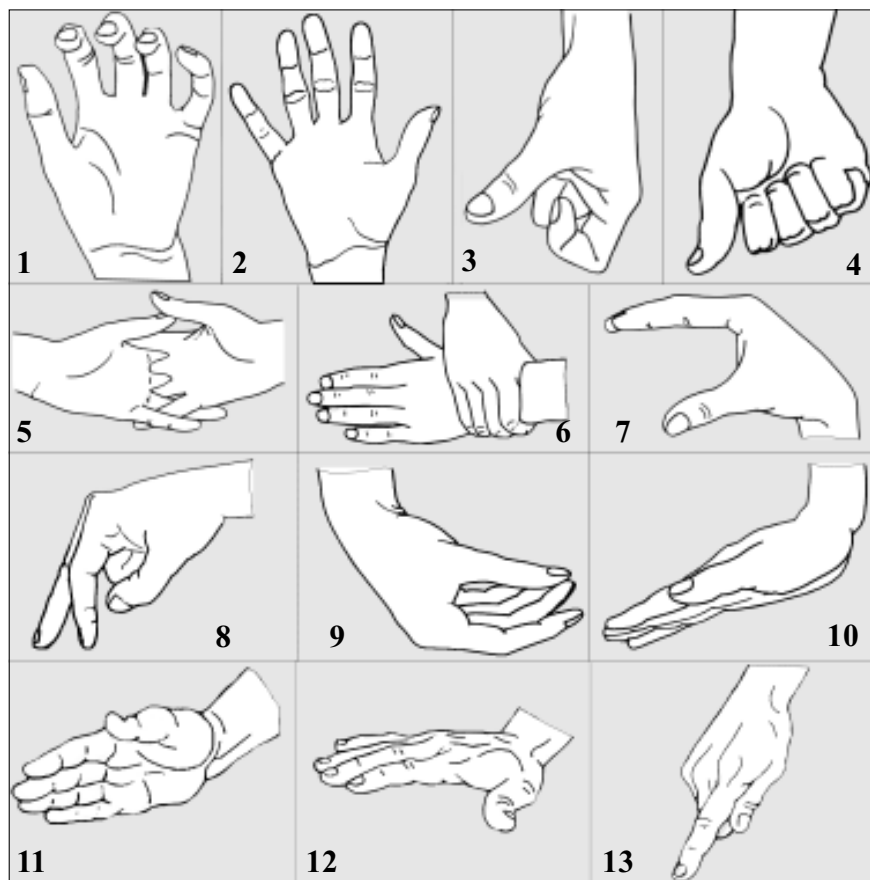
Основным инструментом массажиста является рука. На рис.1 обозначены элементы рабочей поверхности кисти.



**Рис. 1. Элементы кисти.**

- 1 – ладонная поверхность кисти;
- 2 – основание ладони или опорная часть кисти;
- 3 – бугор большого пальца или «тенар»;
- 4 – подушечки четырех пальцев;
- 5 – локтевой край кисти или ребро ладони;
- 6 – лучевой край кисти;
- 7 – поверхность гороховидной косточки;
- 8 – подушечка большого пальца.

*Кисть может приобретать различную форму:*



**Рис. 2. Формы кисти:**

1 – согнутые фаланги пальцев или «грабли»; 2 – широко расставленные пальцы или «гребень»; 3 – костяшка фаланги указательного пальца; 4 – подушечка большого пальца; 5 – обе кисти соединены переплетенными пальцами, или «крестообразно»; 6 – кисть с отягощением; 7 – пальцы согнуты в виде щипцов, или «щипцы»; 8 – ногтевой край среднего пальца; 9 – тыльная поверхность кисти; 10 – кисть может лежать плоско; 11 – ребром ладони; 12 – основанием ладони; 13 – фаланга указательного пальца или «крючок».

## 2.2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И СУЩНОСТЬ ТЕХНИЧЕСКИХ ПРИЕМОВ МАССАЖА

**ВЫЖИМАНИЕ.** Перемещение кожного валика скользящим движением с целью опорожнения мягких тканей от крови, лимфы и межтканевой жидкости.

**РАСТИРАНИЕ.** Сдвигание покровной ткани по отношению к подлежащей, а также между собой (скольжение не допускается).

**РАЗМИНАНИЕ** – специальный прием воздействия на мышцы.

**РАЗМИНАНИЕ на плоских мышцах.** Прижимая мышцу к костной поверхности, надавливая на нее, следует раздавить, промять, размять мышцу.

**РАЗМИНАНИЕ на рельефных мышцах.** Захватить мышцу, приподнять ее, оттянуть от привычного положения и промять пальцами.

**ПОГЛАЖИВАНИЕ.** Мягкое, скользящее движение по массируемой поверхности.

**УДАРНЫЕ ПРИЕМЫ.** Фиксированные быстрые, ритмичные удары по массируемой поверхности.

**СОТРЯСАЮЩИЕ ПРИЕМЫ.** Сотрясение массируемого участка быстрым и ритмичным действием.

**ВИБРАЦИОННЫЕ ПРИЕМЫ.** Разночастотное дрожательное воздействие на массируемый участок.

Вышеуказанные приемы следует подразделить на две группы: первая группа — это основные приемы (*выжимание, растирание и разминание*); и вторая группа — вспомогательные (*поглаживание, ударные, сотрясающие и вибрационные*). Не преуменьшая значение вспомогательных приемов, все же нужно отметить, что в практике массажа основные приемы занимают большую часть времени процедуры и наиболее эффективны.

## 2.3. РАЗНОВИДНОСТИ И ТЕХНИКА ОСНОВНЫХ ПРИЕМОВ МАССАЖА

### ВЫЖИМАНИЕ

Если в «поглаживании» движение кисти должно быть скользящим, то при исполнении приема «выжимание» должно сохраняться скользящее движение, но с одновременным перемещением кожной складки или кожного валика. Для того чтобы прием был исполнен правильно, важно, чтобы кисть массажиста была расслабленной, а кожный валик следует перемещать давлением веса тела массажиста.

Надо отметить, чтобы техника массажа была рациональной, с наименьшей затратой сил, необходимо учиться использовать свой вес тела.

#### Разновидности приемов:

|            |                                                                               |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Инструмент | Основание ладони, ребро ладони, лучевой край кисти, плоскость большого пальца |
| Исполнение | Одной рукой, двумя руками с отягощением                                       |
| Вид        | Поверхностно или глубоко                                                      |
| Форма      | Продольно, поперечно, обхватом                                                |

### РАСТИРАНИЕ

Особенность этого приема заключается в сдвигании или смещении покровных тканей при условии недопущения скользящих или трущих

воздействий. *Это различие с «классической» техникой массажа имеет принципиальное значение.*

Практика работы подтверждает необходимость такого утверждения. Рука массажиста как бы прилипает к массируемой ткани и сдвигает ее в различных направлениях, но не скользит и не трет массируемую поверхность.

Различают большое разнообразие этих приемов (штрихование, пиление, пересекание, подергивание, накатывание, растяжение).

Разновидности приемов:

|                    |                                                                                                       |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Инструмент</b>  | Подушечки пальцев, бугор большого пальца, «щипцы», «гребень», «грабли», основание кисти, ребро ладони |
| <b>Исполнение</b>  | Одной рукой, двумя руками с отягощением, двумя руками попеременно                                     |
| <b>Направление</b> | Кругообразно, циркулярно, прямолинейно                                                                |

## РАЗМИНАНИЕ

Эти приемы имеют специальное назначение: *они оказывают воздействие на мышцы.* В учебной литературе по массажу часто встречаются неточности в определениях. Например, прием «накатывание», или «валяние» относят к разминающим приемам. На самом деле по сути «накатывание» является приемом растирающим, а «валяние» — сотрясающим.

Так как приемы «разминание» на плоских и рельефных мышцах отличаются друг от друга, то существуют две различные техники. Работая на плоских мышцах, которые трудно захватить, *необходимо прижать мышцу, раздавить, промять, размять мышцу на костной поверхности.* К таким приемам относятся: «сверление», «ввинчивание», основанием ладони с «перекатом», «давлением».

Разновидности приемов:

|                    |                                                                                                            |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Инструмент</b>  | Подушечки пальцев, основание ладони, «грабли», гребни кулака, бугор большого пальца, гороховидная косточка |
| <b>Направление</b> | Кругообразное, поперечное, продольное                                                                      |
| <b>Исполнение</b>  | Одной рукой, двумя руками с отягощением                                                                    |
| <b>Вид</b>         | Поверхностно, глубоко                                                                                      |

Исполнение другой разновидности приема «разминание» на рельефных мышцах имеет большое значение в практике массажа. Для усвоения точного исполнения этого приема требуется упорство и настойчивая практика. *Необходимо захватить мышцу, оттянуть ее от привычного положения и промять через пальцы.* К таким приемам относятся: «двойной гриф», «ординарное», «двойное ординарное», «двойное кольцевое», «комбинированное», крестообразное разминание «сжатием».

Разновидности приемов:

|                    |                                                                 |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Инструмент</b>  | «Щипцы», обхват                                                 |
| <b>Направление</b> | Продольное, поперечное                                          |
| <b>Исполнение</b>  | Одной рукой, двумя руками, двумя руками с отягощением           |
| <b>Вид</b>         | С незначительным усилием, со средним усилием, с большим усилием |

## 2.4. РАЗНОВИДНОСТИ И ТЕХНИКА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ПРИЕМОВ МАССАЖА

### ПОГЛАЖИВАНИЕ

При выполнении этого приема кисть массажиста буквально скользит по массируемой поверхности. Контакт кисти массажиста с кожей массируемого должен быть нежным и мягким и, конечно, не допускать трения. *Следует отличать трение от скольжения.* Трение всегда вызывает перераздражение и может оказать отрицательное воздействие на организм человека.

*Разновидности приемов:*

|                    |                                                                               |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Инструмент</b>  | Ладонная поверхность кисти, «щипцы», «гребень», «грабли»                      |
| <b>Форма кисти</b> | Плоская, обхватывающая                                                        |
| <b>Направление</b> | Прямолинейное, зигзагообразное, кругообразное, концентрическое, спиралевидное |
| <b>Исполнение</b>  | Одной рукой, попеременно двумя руками                                         |
| <b>Вид</b>         | Поверхностно, нежно                                                           |

**ВИБРАЦИЯ**

По характеру исполнения вибрационные приемы достаточно трудоемкие, требуют точного навыка и способности работать ритмично и свободно (расслабленно). Выполняются: одним пальцем, подушечками четырех пальцев, основанием ладони, подушечкой большого пальца. Необходимо различать *высокочастотную, среднечастотную и нежную* вибрацию.

В первом случае вибрация напоминает мелкое дрожательное движение очень высокой частоты, малозаметное внешне. Этот прием вызывает так называемое индуктивное воздействие, с глубоким проникновением вибрации. Исполнение этого приема требует специальной подготовки.

Для тренировки возьмите стакан, наполненный водой, поставьте его на стол, а рядом поместите подушечку большого пальца и обопритесь на согнутый указательный палец. С усилием необходимо давить на стол и одновременно осуществлять дрожательное движение всей напряженной рукой. Вода в стакане колеблется, реагируя на дрожание. Прием выполняется правильно, если вода образует рябь в центре стакана.

Можно использовать специальные электромеханические вибраторы, что значительно упростит задачу.

Этот прием проводится для снятия спазма мышц, при резкой боли в мягких тканях.

Исполнение среднечастотной вибрации и нежной вибрации отличается несколько большей амплитудой движений и меньшим давлением на массируемый участок. Эти приемы не получили широкого применения на практике, так как трудны в исполнении, хотя могут быть очень необходимы в определенных обстоятельствах.

## УДАРНЫЕ

Эти приемы иногда называют «парадными» приемами массажиста. В практике они используются не так часто, но навык иметь необходимо. Надо учесть, что не всегда эти приемы эффективны и полезны, а затраты физических сил при их исполнении значительные. К таким приемам относятся:

- \* поколачивание согнутой кисти в кулачок;
- \* поколачивание локтевым краем согнутой кисти в кулачок;
- \* рубление;
- \* пунктирование (пальцевой душ);
- \* похлопывание;
- \* поколачивание кончиками выпрямленных пальцев (указательного и среднего).

## СОТРЯСАЮЩИЕ ПРИЕМЫ

По технике исполнения каждый из указанных приемов имеет свои особенности: прием «потряхивание» напоминает движения руки при просеивании муки. К ним относятся: потряхивание, встряхивание, валяние, сотрясение таза, сотрясение живота. Прием «встряхивание» выполняется на конечностях быстрыми короткими движениями. «Валяние» тоже выполняется на конечностях быстрыми взаимными смещениями тканей двумя руками. «Сотрясение живота» и «сотрясение таза» обеспечивает ритмичное сотрясающее воздействие на органы живота и таза.

*На основе этой, так называемой «базовой техники», могут создаваться самые разнообразные комбинации приемов с целью наиболее рационального и эффективного решения задач массажа.*



В конце главы представлена блок-схема основных и вспомогательных приемов, из элементов которых состоит техника массажа.

## **2.5. НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

На первых порах технике массажа необходимо уделять большое внимание, и лишь доведя до автоматизма, как само исполнение приемов, так и их разнообразие, следует использовать наиболее рациональные, комбинированные действия для достижения целей в массаже.

Сами по себе массажные приемы сравнимы с нотами, которые никогда подолгу не звучат в одиночку, а, переходя одна в другую и сливаясь в аккорды, рожают определенную мелодию. По мере необходимости, один массажный прием переходит в другой, сливаясь по определенным правилам, рождаются комбинации приемов.

Следует заметить, что руки массажиста являются одновременно «исполняющим», «слушающим», диагностирующим инструментом. По мере роста технического мастерства повышается способность распознавать и находить те участки тела, которые имеют нарушения и требуют детальной обработки. Опытный массажист уже с первых прикосновений к телу массируемого пациента находит участки, наиболее нуждающиеся в массаже. *«Слушать» свои руки — это одна из важнейших рекомендаций во время выполнения массажа.* Хорошая техника позволяет экономить силы, сохранить собственное здоровье массажисту, более рационально использовать время, отпущенное на массаж.

### Блок-схема основных и вспомогательных приемов массажа



### 3. ДИАГНОСТИКА

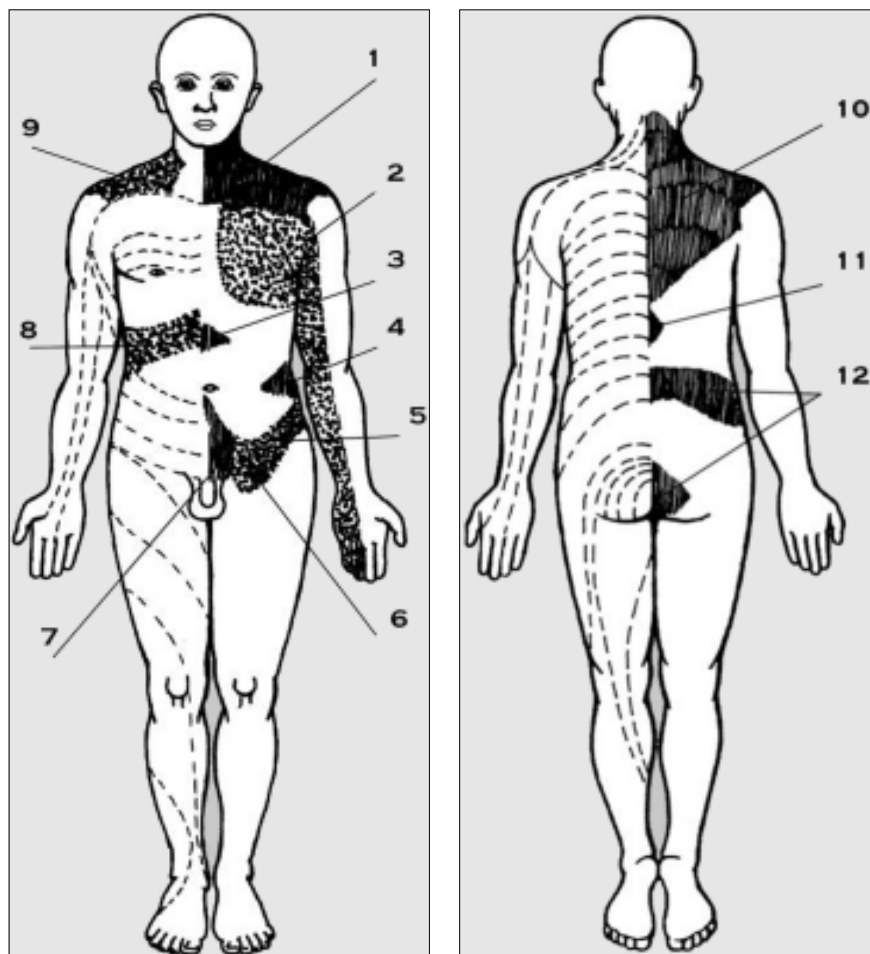
Значение диагностики в лечении и профилактике различных заболеваний трудно переоценить. В массаже она является определяющей частью процедуры. *Эффективность массажа обеспечивается точностью и целенаправленностью воздействия на «заинтересованные» участки тела.* Предпосылкой для диагностики является следующее утверждение: все изменения в организме отражаются на поверхности тела, на различных его участках.

Диагностику состояния организма можно проводить различными методами: современными инструментальными и традиционными. К ним относятся: диагностика по пульсу, ирридодиагностика, диагностика по состоянию слизистой оболочки ротовой полости и состоянию языка, исследование чувствительности кистей, стоп и т.д. В массаже используют диагностику по состоянию мягких тканей (покровной, подкожно жировой клетчатки, мышц) и надкостницы.

#### 3.1. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕФЛЕКТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Внутренние органы имеют тесную связь с кожей, подкожной жировой клетчаткой, мышцами и другими тканями организма и при их заболеваниях *изменяется кровоснабжение этих тканей, повышается их чувствительность к различным раздражителям, изменяется их консистенция.* Такие участки называют *рефлекторно измененными участками.*

В 1889 году русский клиницист *Г.А. Захарьин* впервые описал и оценил диагностическое значение кожных зон повышенной тактильной чувствительности при патологии внутренних органов (рис.3). Независимо от Захарьина, английский ученый *Н. Head* нашел определенную зависимость состояния кожных покровов от работы внутренних органов и в 1898 году отразил в научной работе «Изменение покровов тела при заболевании внутренних органов». В этих зонах выделяют интенсивно болезненные точки — точки «тревоги», которые



**Рис. 3. Зоны Захарьина-Геда:**

1 – легкое; 2 – сердце; 3 – желудок, поджелудочная железа; 4 – почка; 5 – мочевой пузырь; 6 – мочеточник; 7 – кишечник; 8 – печень и желчный пузырь; 9 – капсула печени; 10 – бронхи и легкое; 11 – желудок, поджелудочная железа; 12 – мочеполовые органы.

позволяют предположить существование патологического процесса в определенных органах, что помогает поставить диагноз. *J. Mackenzie* в 1917 году дополнил эти исследования и зафиксировал свои научные изыскания в работе «Повышение напряжения и глубокой гипералгезии мышц при заболевании внутренних органов».

**Таблица 2.** Виды рефлекторных изменений.

| <b>ТКАНИ</b>                | <b>ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ</b>                                                                                                                       |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Кожа</b>                 | Поверхностная повышенная болезненность, повышенная чувствительность при прикосновении, поверхностное повышение тонуса, нарушение кровоснабжения |
| <b>Соединительная ткань</b> | Мягкие и грубые выбухания, полосовидные, лентообразные, пупкообразные, распространенные вдавления, во время массажа ткань «шуршит»              |
| <b>Мышцы</b>                | Болезненность, повышенная чувствительность, перенапряжение, дряблость, болезненные мышечные уплотнения, твердые или тяжеобразные напряжения     |
| <b>Надкостница</b>          | Вдавления, уплотнения, набухания, неровности, отечность                                                                                         |
| <b>Кости</b>                | Нарушение осанки, утолщения, искривления позвоночника                                                                                           |

Воздействие на различные ткани человеческого организма включает соответствующие рефлексы:

- \* на коже — висцеро-кутанный рефлекс Захарьина-Геда;
- \* в мышцах — висцеро-моторный рефлекс Макензи;
- \* в подкожной соединительной ткани — рефлекс Лейбе и Диске;
- \* в сосудах — висцеровазомоторный рефлекс;
- \* в периостальной ткани — висцеропериостальный рефлекс Воглера-Крауса.

В качестве специфического теста для определения рефлекторно измененной ткани может служить раздражение в виде давления, прикосновения, приложения тепла или холода. Обычно такие действия не болезненны на здоровых тканях, а в рефлекторно измененных тканях — вызывают боль.

Чрезвычайно важным признаком, характеризующим измененную ткань, является *асимметрия* (различие между правой и левой половинами тела), которая проявляется в следующем:

- \* состоянии напряжения тканей;
- \* окраске кожных покровов;

3. Собирают кожу в складку (в измененной ткани больной испытывает режущие, давящие или колющие боли).
4. Кожу раздражают легким прикосновением (щекочут). В нарушенных участках это действие может не ощущаться, т.к. ткань потеряла свою чувствительность.

Ощущение боли на ограниченных участках кожи без какого-либо тактильного раздражения (зуд, чувство жжения) называется *гипералгезия*. Часто пациент сам указывает на место локализации боли.

### **ИЗМЕНЕНИЯ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ КОЖИ**

Путем сравнения разных участков наблюдают явления сужения или расширения кровеносных сосудов.

Кровоизлияния в ткани величиной с булавочную головку (так называемые петехиальные кровоизлияния) являются следствием уменьшения прочности капилляров и особенно выраженной готовности организма к патологическим изменениям.

### **ИЗМЕНЕНИЯ В СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

Во время осмотра видны *выбухания* или *отечность*, *вдавления* различной формы. Различают поверхностные и более глубоко расположенные изменения. Для определения алгических (болезненных) зон используют следующие методы:

1. Метод пальпации (ладонь плашмя со слегка согнутыми пальцами устанавливается на исследуемую поверхность). Вторая рука мягко продвигает вперед пальпирующую руку. В рефлекторно нарушенных участках скольжение ладони встречает сопротивление.
2. Проводят скользящие движения кончиками выпрямленных пальцев под углом 40–60° к поверхности. Равномерное скольжение встречает сопротивление в рефлекторно измененных участках.
3. Захватывают и оттягивают (приподнимают) кожную складку. При повышенном напряжении ткань приподнимается хуже, чем на здоровых участках и одновременно больной испытывает неприятные, болезненные ощущения.

Особо выделяющиеся болезненные участки или точки наиболее выраженной боли иногда называют *максимальными точками*. Они могут располагаться в различных тканях.

### 3.4. ПРИМЕРЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕФЛЕКТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

При заболевании внутреннего органа на поверхностных участках тканей в указанных зонах возникают рефлекторные изменения, и наоборот, поражение поверхностных слоев тканей (травма, ожог и др.) вызывает рефлекторную реакцию со стороны внутренних органов, выражающуюся нарушением их функций.

#### 3.4.1. ЗАБОЛЕВАНИЯ И РЕФЛЕКТОРНАЯ РЕАКЦИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТКАНЕЙ (НЕКОТОРЫЕ ПРИМЕРЫ)

##### Кожа

Заболевания *желчного пузыря* (камни, воспаление) вызывает появление зоны повышенной болезненности в нижней части грудной клетки.

При *стенокардии* появляются боли при пальпации на груди слева.

При заболевании *поджелудочной железы* повышенная болезненность в зоне D<sub>7-9</sub>.

Полосы растяжения на коже (*стрии*) являются достоверным признаком воспалительного процесса в той части позвоночника, где наблюдаются эти полосы; наличие их на животе или ногах, является признаком нарушения крово- и лимфообращения.

При заболеваниях внутренних органов в соответствующих сегментах появляются резкие изменения кровоснабжения или длительный дермографизм.

##### Мышцы

При воспалительном процессе *слепой кишки* наблюдается напряжение брюшной стенки живота справа.

Рубцы в различных тканях часто являются причиной органических нарушений.

У массажистов часто появляются перенапряженные мышцы во втором межреберье, которые могут оказывать отрицательное влияние на работу сердца.

Повышение тонуса мышц бедра и ягодиц могут быть причиной запоров.

Травмы позвоночника могут быть причиной заболевания внутренних органов. Изменение дисков или суставных поверхностей позвонков в шейном отделе могут обуславливать появление стенокардии, гипертонии, головных болей. Спондилоартрозы могут вызывать нарушения работы желудочно-кишечного тракта (нарушения секреции, перистальтики и др.).

#### 3.4.3. ВЗАИМОВЛИЯНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

При заболевании какого-либо органа в процесс вовлекаются и другие внутренние органы, связанные с ним нервным путем.

Острые заболевания внутренних органов (пневмония, почечная и печеночная колики, аппендицит, стенокардия и т.д.) сопровождаются рефлексорной рвотой.

Острые заболевания органов грудной клетки и брюшной полости вызывают нарушения со стороны кишечника: спазмы, атония, запоры, поносы, метеоризм.

Имеется достоверная связь между толстым кишечником и маткой: нарушение менструального цикла может возникнуть при заболевании кишечника, и, наоборот, нарушение со стороны кишечника может происходить при заболеваниях половых органов.

**Приведенные примеры показывают, что покровы тела, его различные ткани и внутренние органы образуют единое функциональное целое, влияя друг на друга. Поэтому не удивительно, что рефлексорные изменения влияют на периферию и центр, провоцируя рецидивы заболеваний!**



припарок, гидро- и термотерапии, облучений и т.д. в области соответствующих сегментов можно влиять на заболевания внутренних органов и их излечивать, то защитная или сигнальная роль рефлексов становится сомнительной.

Следует прийти к выводу, что нет заболевания только органа или изолированного поражения тканей. Всегда обнаруживаются изменения и в соответствующем сегменте. Анатомическая картина и физиологические отношения показывают, что все части тела рефлекторно взаимосвязаны.

Для объяснения рефлекторных явлений использовали относительную патологию, неврогенную теорию *А. Д. Сперанского*, синаксовую теорию и др. Во главу угла следует поставить нервную систему и рассматривать влияние сегментарного массажа как прерыв рефлекторной дуги, поддерживающей заболевание.

Несомненно, что нервная система захватывает все органы и ткани вплоть до клеток. Нельзя себе представить ни одного заболевания, в котором она не принимала бы участия. Все приведенные теории недоучитывают, однако, что ни нервная система, ни конечный путь не являются биологически изолированными образованиями. Мне представляется, что при внутренних взаимоотношениях между нервными, гуморальными, гормональными, клеточными и физико-химическими явлениями ни нервной системе, ни сосудам, ни клеткам, ни физико-химическим процессам нельзя приписать господствующую роль. Все эти теории освещают важные явления, однако своей односторонностью и догматизмом они тормозят более глубокое познание.

Все органы и ткани связаны друг с другом. При нарушении одних органов изменяются функции всего организма. Связи с эндокринными железами, межучастным мозгом и корой головного мозга не следует себе представлять стойкими. В отношениях между органами и системами может срабатывать принцип антагонизма. При посредстве центров межучастного мозга можно переключить всю регулирующую вегетативную нервную систему. Анатомической связью между корой головного мозга и центрами межучастного мозга обусловлена связь между организмом и внешней средой.

## ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК МАССАЖА

Каждая методика массажа имеет свои отличительные особенности, специфические приемы. Они сложились в результате исторического развития и параллельного существования традиционных, народных и современных способов массажа, хотя такое положение дел вносит путаницу и ограничивает возможности массажа как лечебного и оздоровительного метода. Поэтому, изучая особенности различных методик массажа в самостоятельном виде, массажист должен стремиться использовать наиболее эффективные и рациональные техники в различных целях, используя комплексный подход в сеансе.

## 4. СЕГМЕНТАРНО-РЕФЛЕКТОРНЫЙ МАССАЖ

Предпосылкой развития сегментарных и рефлекторных методов массажа послужило установление функциональных связей между всеми частями человеческого организма: массируя различные ткани в определенных зонах, можно оказывать регулирующее воздействие на многообразные функции организма. Для практического понимания действия сегментарно-рефлекторного массажа следует знать о рефлекторных изменениях, а также причинах их появления и способах диагностики.

В соединительно-тканном массаже (СТМ) воздействие преимущественно осуществляется через соединительные ткани, в периостальном массаже — через надкостницу, а в сегментарном — осуществляется комплексное воздействие через различные ткани с учетом сегментарного строения человека.

### 4.1. СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННЫЙ МАССАЖ

#### История

Массаж соединительной ткани был разработан и введен в лечебную практику в 1929 г. немецким физиотерапевтом *Elisabeth Dicke*. При осмотре больных, страдающих патологией периферических сосудов, а также заболеваниями внутренних органов, Elisabeth Dicke обнару-

жила изменения в соединительной ткани в виде *втяжений* или *набуханий* различной плотности. Эти изменения могут располагаться на различной глубине в трех переходных слоях соединительной ткани:

- \* между кожей и подкожным слоем,
- \* между подкожным слоем и фасциями,
- \* в слоях, близких к фасциям.

Было замечено, что участки измененной соединительной ткани сегментарно связаны с больным внутренним органом или с патологически измененными сосудами конечностей. Э. Дикке измененные участки назвала *зонами соединительной ткани* и, применив оригинальную технику массажа, воздействовала на измененные зоны. В дальнейшем немецкие ученые Ханзен, Шлиак, Кольрауш и др. теоретически обосновали новый вид массажа. Зоны соединительной ткани они определили как проявление висцеросоединительно-тканного рефлекса, стали использовать их с целью диагностики, а целенаправленный массаж соединительной ткани стали применять с лечебной целью.

#### 4.1.1. Основы соединительно-тканного массажа

Соединительная ткань входит в состав всех органов и тканей организма, подразделяясь на плотную оформленную и рыхлую неоформленную.

***К плотной оформленной соединительной ткани относятся:***

- \* костная ткань;
- \* хрящевая ткань всех видов (суставные хрящи, реберные хрящи, межпозвоночные диски, мениски, хрящи носа, гортани, ушной раковины и слухового аппарата);
- \* апоневрозы;
- \* дермальный слой кожи;
- \* капсулы суставов;
- \* клапаны сердца;
- \* кровеносные сосуды;
- \* наружные капсулы внутренних органов;

- \* плотные фасции;
- \* связки;
- \* сухожилия.

***К рыхлой неоформленной соединительной ткани относятся:***

- \* межмышечные;
- \* межорганные фасциальные прослойки;
- \* подкожная клетчатка;
- \* строма внутренних органов.

***Существуют специальные соединительные ткани:***

- \* базальные мембраны сосудов и эпителия;
- \* дентин;
- \* подслизистый слой полых органов;
- \* пульпа и эмаль зуба;
- \* роговица, склера и стекловидное тело глаза;
- \* серозная и синовиальная оболочки;
- \* система нейроглии головного мозга.

***Соединительные ткани, образующиеся в условиях патологии:***

- \* грануляционная и рубцовая ткань;
- \* костная мозоль;
- \* отложения гиалина и амилоида;
- \* фиброзная ткань при циррозе и склерозе.

В соединительной ткани имеется три основных типа клеток: *фибробласты, макрофаги и тучные клетки*.

Одной из особенностей соединительной ткани является преобладание в ней *межклеточного вещества* над клеточными элементами. Межклеточное вещество состоит из волокон (коллагеновых и эластических), пространство между которыми заполнено основным веществом, содержащим углеводно-белковые комплексы. Ретикулярные волокна, по современным данным, состоят из коллагеновых фибрилл, а их специфика зависит от типа коллагена и особого сочетания колла-

гена с белково-углеводными комплексами основного вещества. Ретикулярные волокна образуют густые сети в базальных мембранах на границе соединительной ткани с эпителием и эндотелием, в большом числе располагаются вокруг мелких сосудов, мышечных и нервных волокон. Все компоненты межклеточного вещества при осуществлении общих функций соединительной ткани выступают как единое целое. Это единство обусловлено общностью происхождения компонентов межклеточного вещества, их химическими и тесными структурными связями: от молекулярного до тканевого уровня.

### **Функции соединительной ткани**

#### ***Защитная***

Кожа, серозные оболочки и капсулы внутренних органов защищают организм человека от вредных влияний внешней среды и проникновения вредных веществ. Клетки соединительной ткани обладают фагоцитарной активностью и играют важную роль в иммунологической защите организма человека.

#### ***Макрофаги:***

- \* реализуют защитную функцию соединительной ткани;
- \* играют первостепенную роль в естественном иммунитете;
- \* защищают человека от микробов;
- \* распознают, захватывают и удаляют из организма поврежденные, отмирающие клетки и ткани;
- \* продуцируют лизоцим, обладающий антибактериальной активностью, и интерфероны, направленные на борьбу с вирусами;
- \* секретируют вещества, регулирующие и активирующие иммунитет против бактерий, вирусов и клеток опухолей;
- \* обеспечивают специфический иммунитет: вместе с Т- и В-лимфоцитами макрофаги распознают антиген и осуществляют иммунный ответ.

Барьерную функцию осуществляет также и *межклеточное вещество* соединительной ткани, которое заполняет тканевые промежутки и

препятствует распространению инфекции и токсинов, а также обладает способностью к инаktivации бактериальных ферментов.

Соединительная ткань с ее клеточными и внеклеточными компонентами тесно связана с множеством нервных окончаний. Под контролем центральных механизмов регулируется число, состав и интенсивность функций каждой из ее клеточных систем и объединяет соединительную ткань в единую многофункциональную систему, все элементы которой тесно взаимосвязаны, обуславливая ее адаптацию в условиях физиологии и патологии.

### ***Опорная или биомеханическая***

Соединительная ткань составляет скелет тела человека и вместе с мышечной системой обеспечивает двигательную активность. Составляя строу внутренних органов, соединительная ткань связывает их между собой, защищает от механических повреждений и дает им стабильное положение. В осуществлении биомеханической функции соединительной ткани основную роль играют коллагеновые волокна, обладающие большой прочностью. В таких тканях, как кость, дентин, коллагеновые волокна и углеводно-белковые комплексы тесно связаны с минеральными солями, обеспечивая жесткость тканей.

### ***Репаративная***

Соединительной ткани свойственна клеточная регенерация, поэтому она заполняет дефекты при повреждении своей собственной ткани, а также паренхиматозных органов. Соединительная ткань участвует в развитии многих патологических процессов: воспаления, заживления ран, иммунологических, склеротических и др. При этом развитие ее может быть избыточным (склероз, фиброз) или недостаточным (незаживающие язвы и раны), что зависит от активности реакции пролиферации и связи между распадом и синтезом коллагена.

### ***Структурообразовательная***

Структурообразовательная функция соединительной ткани наиболее интенсивно проявляется у эмбриона. Учитывая сложные мезенхимально-эпителиальные связи, при которых одна ткань влияет на диффе-

ренцировку другой, коллаген и основное вещество регулируют размножение не только клеток соединительной ткани, но также мышечных и эпителиальных. Эта функция сохраняется после рождения и продолжается на протяжении всего онтогенеза, обеспечивая смену молекулярного состава клеток, коллагена, основного вещества, изменение интенсивности обмена соединительной ткани, что влияет на строение и форму тканей и органов всего организма. Репаративная функция соединительной ткани заключается в ликвидации дефектов ткани, вызванных травмой, инфекцией, нарушением крово- и лимфообращения и др.

### ***Трофическая***

Соединительная ткань является внутренней средой организма и при помощи кровеносных и лимфатических микрососудов снабжает все другие ткани питательными веществами и выводит продукты обмена веществ.

Основную роль в осуществлении трофической функции соединительной ткани играют клетки и основное вещество. Они регулируют проницаемость капилляров, играют важную роль в процессе транспорта и обмена воды, питательных веществ и метаболитов в тканях, синтезируют липиды, ряд ферментов, продуцируют ряд факторов, влияющих на иммунитет. Одна из особенностей трофической функции соединительной ткани является функция депонирования. Клетки соединительной ткани способны поглощать и депонировать на длительное время различные вещества (липиды в клетках жировой ткани, жирорастворимые гормоны и витамины). Имеет значение для обмена веществ депонирование меланиновых пигментов и продуктов обмена гемоглобина. В тучных клетках депонируются биологически активные вещества типа гистамина и гепарина.

#### **4.1.2. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА МАССАЖ**

При массаже соединительной ткани происходит раздражение натяжением механорецепторов кожи, подкожной соединительной ткани, фасций и соединительной ткани сосудов. В ответ на раздражение механорецепторов возникают различные рефлексy, влияющие на органы,

иннервируемые вегетативной нервной системой. Соединительно-тканый массаж воздействует на организм через вегетативную нервную систему, оказывая нормализующее влияние на вегетативно управляемые функции. Во время процедуры массажа соединительной ткани возможны различные вегетативные реакции:

- \* жар;
- \* голод;
- \* жажда;
- \* позывы на мочеиспускание или дефекацию;
- \* озноб («гусиная кожа»);
- \* побледнение кожных покровов.

Учитывая, что соединительная ткань в организме представляет собой единое многофункциональное целое и является огромной рефлексогенной зоной, реакции на массаж носят, прежде всего, общий характер, что проявляется нормализацией вегетативных функций организма, локальная же реакция выражена в меньшей мере.

В СТМ нет стандартной схемы лечения. Массируемые области, техника (подкожная, кожная или фасциальная), дозировка подбираются индивидуально в зависимости от выраженности рефлекторных изменений в соединительной ткани, тяжести основного заболевания, возраста, количества сопутствующих заболеваний у данного больного, конституции и индивидуальной переносимости массажа.

#### 4.1.3. Показания и противопоказания к массажу соединительной ткани

При условии правильного назначения массажа и хорошей техники, эффективность этого метода высока.

Присутствие мягких зон соединительной ткани, указывающих на острую стадию заболевания, является противопоказанием к назначению СТМ. При отсутствии выраженных рефлекторных изменений (зон) в соединительной ткани применять СТМ нецелесообразно.

Каждую последующую процедуру необходимо начинать с вопроса о самочувствии больного после принятой массажной процедуры, поин-



тересоваться, отдыхал ли больной через 1–2 часа после лечения. Затем решить вопрос о плане лечения и включении в него новых участков.

### Показания

Трудно найти заболевание, при котором соединительная ткань не принимала бы участия в большей или меньшей степени. Показания к применению массажа соединительной ткани широки. Он применяется в лечении подострых и хронических стадий многих заболеваний внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и периферических сосудов, сопровождающихся нарушением вегетативных функций. СТМ способствует:

- \* нормализации нарушенного кровоснабжения органов и тканей;
- \* улучшению трофики;
- \* ликвидации спазма гладкой мускулатуры;
- стимулированию процессов регенерации и рассасывания рубцов и спаек.

Лечение оказывается наиболее эффективным при наличии выраженных рефлекторных изменений в покровных тканях тела человека, а именно – зон соединительной ткани. Плотные набухания соединительной ткани или втяжения указывают на целесообразность применения данного вида массажа.

Некоторые специалисты применяют СТМ даже при *туберкулезе*, в спокойном периоде заболевания. Некоторые психические заболевания, при учете применения современной психофармакологической терапии, не являются противопоказанием для применения массажа соединительной ткани в комплексном лечении данной группы больных.

Если СТМ назначен своевременно, выполняется технически грамотно с точным соблюдением дозировки и методических указаний, то практически непереносимость к СТМ отсутствует.

Назначение массажа соединительной ткани лицам старше 65 лет требует индивидуального подхода с учетом перенесенных заболеваний (инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения и др.), на-

личия большого количества сопутствующих заболеваний. В каждом отдельном случае следует решать вопрос о целесообразности назначения нагрузочной процедуры, каким является массаж соединительной ткани, больному пожилого возраста, а также необходимо выбрать вид техники (подкожную или кожную) в соответствии с имеющимися рефлекторными изменениями.

Особой осторожности требуют больные, имевшие тяжелые черепно-мозговые травмы в анамнезе. Включение в план данной группе больных массажа на области головы не рекомендуется, также следует воздержаться от воздействия на реактивные точки, особенно в верхней половине туловища.

СТМ с успехом применяется в лечении многих *заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата*, в том числе и в послеоперационном периоде:

- \* болезнь Бехтерева;
- \* вывихи;
- \* деформации стоп;
- \* деформирующий артроз;
- \* контрактуры;
- \* косолапость;
- \* кривошея;
- \* остеохондроз позвоночника;
- \* остеохондропатии;
- \* переломы;
- \* плечелопаточный периартроз;
- \* плоскостопие;
- \* подготовка операционной культи к протезированию;
- \* посттравматическая дистрофия Зудека;
- \* растяжение связок;
- \* ревматоидный артрит;
- \* рубцы и спайки;

- \* сколиоз;
- \* тендовагиниты;
- эпикондилит.

Массаж соединительной ткани с успехом может быть применен при различных синдромах *вертеброгенных заболеваний* периферической нервной системы:

- \* брахиалгия;
- \* ишиалгия;
- \* краниалгия;
- \* подострая и хроническая люмбалгия;
- \* радикулярный синдром;
- \* рефлекторные сосудистые дистонии нижних конечностей;
- цервикалгия.

СТМ также возможно использовать при следующих заболеваниях и синдромах:

- \* болезнь Паркинсона;
- \* невралгия тройничного нерва;
- \* парез или паралич лицевого нерва;
- \* периферический паралич (в т. ч. последствия полиомиелита);
- \* синдром головной боли различной этиологии;
- церебральный паралич (в т.ч. детский церебральный паралич).

В порядке исключения массаж соединительной ткани может быть применен для купирования *острого приступа мигрени*.

СТМ с успехом применяется при *нарушении кровоснабжения конечностей*:

- \* болезнь Рейно и синдром Рейно;
- \* варикозная язва голени;
- \* варикозное расширение вен;
- \* диабетическая ангиопатия нижних конечностей;
- \* облитерирующий атеросклероз;

- \* облитерирующий эндартериит;
- \* повреждение сосудов при переохлаждении;  
посттромбофлебитический синдром.

При *заболеваниях внутренних органов* массаж соединительной ткани является частью комплексного лечения при следующих заболеваниях:

- \* вегето-сосудистая дистония;  
гипертоническая болезнь;
- \* гипотоническая болезнь;  
ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда, не ранее 6 недель от начала инфаркта);
- \* остаточные явления миокардита;
- \* пороки сердца в стадии компенсации.

При жалобах со стороны сердца, связанных с функциональными нарушениями, массаж соединительной ткани находит широкое применение. Частые вегетативные кризы у лиц пожилого возраста являются противопоказаниями к СТМ.

При *заболеваниях системы органов дыхания* СТМ используется в следующих случаях:

- \* бронхиальная астма;
- \* бронхит (остаточные явления острого и хронического);  
пневмония (остаточные явления острой и хронической стадии заболевания).
- \* поллиноз;
- \* хронический ринит, как исключение — при остром рините;
- \* хронический трахеит;
- \* хронический фарингит;

Массаж соединительной ткани также показан при *желудочно-кишечных заболеваниях*:

- \* хронический гастрит;
- \* хронический гепатит;

- \* хронический панкреатит;
- \* хронический холангит.
- \* хронический холецистит;
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;

При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также при хроническом гастрите массаж применяется лишь в период ремиссии. Желательно проводить два профилактических курса в год по 12–15 процедур весной и осенью. СТМ также применяется для лечения заболеваний толстого кишечника, сопровождающихся спастическим или атоническим запорами. Массаж соединительной ткани никогда не применяется при язвенном колите.

При заболеваниях *мочеполовой системы* СТМ может быть использован при следующих заболеваниях:

- \* импотенция;
- \* ночное недержание мочи;
- \* почечно-каменная болезнь (после операции);
- \* хронический простатит (вне обострения);
- цистит и пиелит (после стихания острых воспалительных явлений).

При хроническом простатите и импотенции массаж соединительной ткани может сочетаться с урологическим массажем. Заболевания почек, сопровождающиеся гематурией, массажем соединительной ткани лечить не рекомендуется.

Массаж соединительной ткани находит применение при многих синдромах и *заболеваниях женских половых органов*:

- \* аменорея;
- \* гипогалактия;
- \* гипоменорея;
- \* дисменорея;
- \* климактерические расстройства;
- \* полименорея;

- \* последствия аднексита;  
пояснично-крестцовые боли у женщин, связанные с перенесенными гинекологическими заболеваниями или операциями.

Многие специалисты указывают на успешное применение СТМ в акушерской практике при слабости родовой деятельности, для снятия спазма маточного зева, при затяжных родах и для уменьшения боли во время родов. Массаж соединительной ткани противопоказан при доброкачественных (фибромиома, киста яичника) и злокачественных опухолях, при туберкулезе женских половых органов, эндометриозе, острых воспалительных и гнойных заболеваниях женских половых органов.

#### **Противопоказания:**

- \* беременность;
- \* острый период любого заболевания;
- \* доброкачественные и злокачественные опухоли;
- \* инсульт;
- \* инфаркт;
- \* пневмония;
- \* острый радикулит;
- \* туберкулез;  
эндометриоз.

#### **4.1.4. ТЕХНИКА МАССАЖА**

Техника основана на *сдвигании* и *растяжении* пальцами различных слоев соединительной ткани (близких к коже, подкожных или близких к фасциям). По глубине воздействия технику СТМ делят на:

- \* кожную,
- \* подкожную,  
фасциальную.

Массаж выполняется в местах большого скопления соединительной ткани (например, в области крестца, по краю костей, фасций, сухожилий, мышц, в области суставных капсул и т.д.).

### КОЖНАЯ ТЕХНИКА

Кожную технику всегда применяют у детей и лиц пожилого возраста, а также у некоторых лиц молодого и среднего возраста, у которых зоны измененной соединительной ткани определяются в слоях, близких к коже (например, при последствиях полиомиелита или ревматизма).

Применяя кожную технику, массажист использует приемы:

- \* перекачивание,
- \* подергивание,
- \* пиление,
- \* пересечение,
- \* щипцеобразное растяжение.

При выполнении кожной техники СТМ пациент ощущает слабую резь.

### ПОДКОЖНАЯ И ФАСЦИАЛЬНАЯ ТЕХНИКА

При подкожной и фасциальной технике массажист использует следующие приемы:

- \* растирание,
- \* сдвигание-штрих,
- \* растяжение.

Техника подкожного массажа соединительной ткани включает в себя *короткие и длинные штриховые движения*. Кончики пальцев массажист помещает в сторону от края сухожилия, кости или сустава (на 1–2 см).

### Короткий штрих

- \* *Сдвигание* — это смещение «на себя» складки подкожной соединительной ткани (обычно на 1–3 см).
- \* *Растяжение* — это смещение «от себя» складки подкожной ткани нескольких сек, кончики пальцев остаются на одном месте.

Короткий штрих выполняется перпендикулярно по отношению к краям сухожилий, костям, мышцам, суставным капсулам и т.д. Этот прием сопровождается ощущением рези или «царапанья ногтем». Резь бывает различной степени интенсивности, что зависит от выраженности

соединительно-тканых изменений, но обычно оценивается пациентом как «приятная» боль. Наличие рези говорит о технически правильном выполнении приема.

### *Длинный штрих*

Длинный штрих обычно выполняется после серии коротких движений, они суммируют раздражения, вызванные короткими движениями. В отличие от коротких движений длинные движения параллельны краям сухожилий, фасций или мышц. Длинные движения также состоят из нескольких приемов:

- \* *сдвигание* складки соединительной ткани до возможного предела смещения;
- \* *длинное растяжение* складки соединительной ткани.

Длинный штрих является эффективным лечебным приемом и также сопровождается ощущением рези или «царапанья ногтем». В отличие от короткого штриха, когда кончики пальцев растягивают складку соединительной ткани, оставаясь на одном месте, растяжение (прием «перекатывание») при длинном штрихе осуществляется кончиками пальцев, движущимися вдоль края сухожилия, фасции и т.д.

### **ФАСЦИАЛЬНАЯ ТЕХНИКА**

При выполнении фасциальной техники массажа длинных движений нет, а короткие воздействуют на глубоко лежащие изменения соединительной ткани, близкие к фасциям. При выполнении коротких движений фасциальной техникой массажист помещает кончики среднего и безымянного пальцев глубоко в ткани массируемого участка и осуществляет растяжение ткани без смещения. При этом пациент сразу же ощущает острую резь.

#### **4.1.5. Диагностика соединительной ткани**

Перед процедурой СТМ обязательно проводится *диагностический осмотр* и *пальпация* покровных тканей для выявления зон соединительной ткани, что необходимо для составления плана массажа.



Зоны соединительной ткани — это рефлекторные изменения, возникшие при заболеваниях внутренних органов или сосудов конечностей, имеющие общую сегментарную иннервацию. Осмотр и пальпацию покровных тканей проводят в **ИП** пациента сидя на массажном столе. Во время диагностики массажист определяет подвижность слоев соединительной ткани. Слои соединительной ткани не имеют четкой границы между собой, условно их разделяют на три уровня: *кожный, подкожный, фасциальный*. Часто зоны соединительной ткани наслаиваются друг на друга.

Рефлекторные зоны соединительной ткани образуются как следствие висцеро-соединительно-тканного рефлекса и связаны рефлекторным путем между собой по типу висцеро-висцерального рефлекса. По своей локализации зоны соединительной ткани, близкие к коже, часто совпадают с зонами Захарьина-Геда, но между ними существуют и различия: зоны Захарьина-Геда реагируют на температурные раздражения, а зоны соединительной ткани проявляются болевыми ощущениями при растирании или пальпации.

Если при пальпации массажист ощущает сопротивление ткани — это соединительно-тканная зона. Поверхностно расположенные зоны определяются только осязанием и ощущается как шероховатость, они появляются в тех случаях, когда рельеф мышц недостаточно выражен.

Глубоко расположенные зоны соединительной ткани меняют рельеф покровных тканей, они обнаруживаются зрительно и с помощью осязания. Они определяются посредством плоскостного смещения кожи или методом кожной складки. Нахождение зон проводится двумя руками одновременно на симметричных областях, постепенно продвигаясь от крестца в краниальном направлении.

Выделяют зоны соединительной ткани диагностические и клинические «немые». Эти зоны выявляются у лиц, имеющих наследственное предрасположение к какому-либо заболеванию. «Немые» зоны, могут быть источником патологических импульсов, идущих к внутреннему органу или части тела. При заболевании сосудов конечностей или внутренних органов подвижность слоев соединительной ткани нарушается или даже почти отсутствует. При острых заболеваниях или обо-

стрениях хронических соединительная ткань реагирует возникновением зон *мягких набуханий* в слоях, близко прилегающих к коже.

При хронических заболеваниях или длительных функциональных нарушениях внутренних органов в подкожном или в ближайшем к фасциям слоях соединительной ткани можно обнаружить с помощью пальпации *набухания* или *втяжения*.

В результате проводимого СТМ слои соединительной ткани становятся нормально подвижными. Но в отличие от поверхностных зон соединительной ткани глубокие зоны, будучи выражением вегетативной лабильности, остаются заметными после прекращения заболевания. Эффективность массажа соединительной ткани тем выше, чем больше выражены рефлекторные изменения зон соединительной ткани.

Составляя план СТМ, всегда следует учитывать наличие не только диагностических, но и клинических характеристик.

#### 4.1.6. Топография зон соединительной ткани

##### ***Зоны сердца и желудка***

Эти зоны наслаиваются друг на друга, расположены на уровне от II до XII грудного позвонка слева от позвоночника, занимая площадь от остистых отростков грудных позвонков до задней аксиллярной линии. Зоны представляют собой уплотнение соединительной ткани, которое возникает при заболеваниях сердца, нарушениях сердечного ритма, а также при гастритах с повышенной или сниженной секрецией, язвенной болезни желудка, гастроптозе и др. заболеваниях.

При наличии зон соединительной ткани кожную складку трудно захватить и удержать пальцами. Определение зон проводится одновременно справа и слева в подлопаточных областях. Массажист стремится определить, где кожная складка труднее берется, плохо отходит и с какой стороны она плотнее (рис.4а-1).

##### ***Зоны печени и желчного пузыря***

Зоны расположены на уровне от IV до XII грудного позвонка, занимая площадь от остистых отростков до задней аксиллярной линии справа

от позвоночника. Зона выражена после перенесенного гепатита, при холецистите, других заболеваниях печени и желчного пузыря; представляет собой уплотнение соединительной ткани. Зоны печени и желчного пузыря наслаиваются друг на друга и отдельно не определяются (рис.4а-2).

### ***Кишечная зона №1 (запора)***

Чаще имеет вид втянутой линии, которая проходит от латеральной поверхности средней трети крестца косо вниз к латеральной трети подъягодичной складки. Зона выражена при склонности к запорам, исследуется методом сдвигания кожной складки вдоль боковой границы зоны (рис.4а-3).

### ***Кишечная зона №2 (поноса)***

Располагается непосредственно над основанием крестца, имеет высоту 3–5 см, снизу граничит с зонами половых органов. Зона выражена при склонности к поносам, определяется путем сдвигания кожной складки вдоль нижней и боковых границ зоны (рис.4а-4).

### ***Венозно-лимфатическая зона нижних конечностей***

Представляет собой лентообразное втяжение, параллельное гребню подвздошной кости, берущее начало от средней трети крестца. Зона выражена при варикозном расширении вен нижних конечностей, трофических язвах голени и отеках ног различной этиологии, определяется методом сдвигания кожной складки (рис.4а-5).

### ***Зона мочевого пузыря***

Зона выражена при цистите, недержании мочи различной этиологии, простатите, симптоме холодных ног. Расположена в области копчика и нижней части крестца по средней линии туловища. Чаще всего зона мочевого пузыря представляет собой втяжение, которое заметно визуально и легко определяется пальпаторно. Иногда в области зоны имеется набухание соединительной ткани и нарушение сдвигания различных ее слоев (рис.4а–6).

### ***Зона плечевого пояса и верхних конечностей***

Занимая лопатку, дельтовидную область и плечевой сустав, зона выражена при полиартрите с преимущественным поражением суставов верхних конечностей, остеохондрозе шейно-грудного отдела позвоночника, плечелопаточном периартрозе. Определяется путем сдвига кожи складки до границы зоны. При имеющихся заболеваниях соединительная ткань уплотнена и плохо сдвигается (рис.46-1).

### ***Зона головы №1 (мигрени)***

Зона расположена в области задней поверхности шеи на уровне от III шейного до I грудного позвонка. Выражена при мигрени, головной боли различной этиологии, после сотрясения мозга, при бессоннице, при болезнях глаз, при шейном остеохондрозе с нарушением мозгового кровообращения. При пальпации представляет собой уплотнение соединительной ткани в виде тяжа (рис.46-2).

### ***Зона головы №2 (головной боли)***

Занимает межлопаточную область, ее границы: латеральная — внутренние края лопаток, нижняя — уровень VII грудного позвонка, верхняя — уровень 2–3 грудного позвонка. Обследование данной области производится поглаживанием ладонями обеих рук сверху вниз по межлопаточной области, не касаясь внутренних краев лопаток. Ввиду возможности возникновения при интенсивном воздействии головокружения, тошноты или головной боли данную область обследовать методом сдвига или оттягивания кожной складки не рекомендуется. Зона выражена при головной боли различной этиологии или болезнях глаз, при этом она приобретает бугристую поверхность или втянутый рельеф (рис.46-2).

### ***Зона головы №3 (сосудов)***

Данная зона при диагностике головной боли считается основной, представляет собой втяжение на уровне от одиннадцатого грудного до второго поясничного позвонка, имеет ширину 4–5 см. Определяется при головной боли различной этиологии и при болезнях глаз (рис.46-2).

### ***Зона головы №4 (бессонницы)***

Зона определяется при многих заболеваниях, сопровождающихся синдромом головной боли, а также при бессоннице. Она занимает нижнюю треть крестца; ее нижняя часть граничит с зоной мочевого пузыря. Зона определяется сдвиганием кожной складки снизу вверх и по боковой границе зоны (кончики пальцев обеих рук массажиста обращены к медиальному гребню крестца, а локти разведены, рис.4б-2).

### ***Зона половых органов №1 (аменореи)***

Зона представляет собой широкую полосу, занимающую верхнюю, среднюю трети крестца и выходящую на несколько сантиметров за его пределы. Она выражена при снижении функции женских половых желез, при аменорее и при инфантилизме половых органов. Зона имеет вид втяжения с гладкой поверхностью, заметна при поглаживании рукой и при сдвигании кожной складки снизу вверх по нижней границе зоны и в медиальном направлении по ее боковым границам (рис.4б-3).

### ***Зона половых органов №2 (дисменореи)***

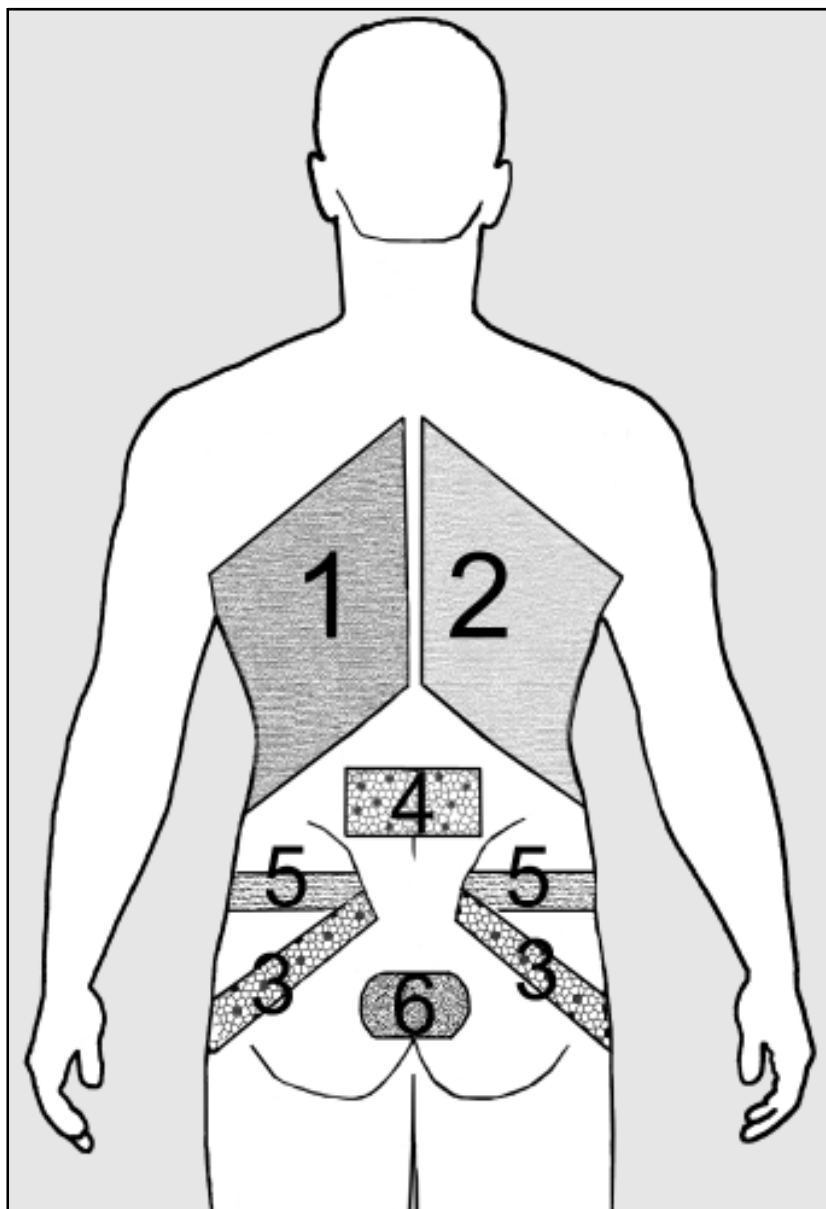
Она занимает пространство между крестцово-подвздошными сочленениями в верхней трети крестца; выражена при дисменорее; пальпаторно определяется как набухание соединительной ткани. Для выявления пользуются методом сдвигания кожной складки пальцами обеих рук вдоль нижней и боковой границ зоны (рис.4б-3).

### ***Артериальная зона ног (курящих)***

Имеет вид шнурообразного втяжения в нижелатеральной части ягодич. Определяется при органических и функциональных заболеваниях артерий нижних конечностей (рис.4б-4).

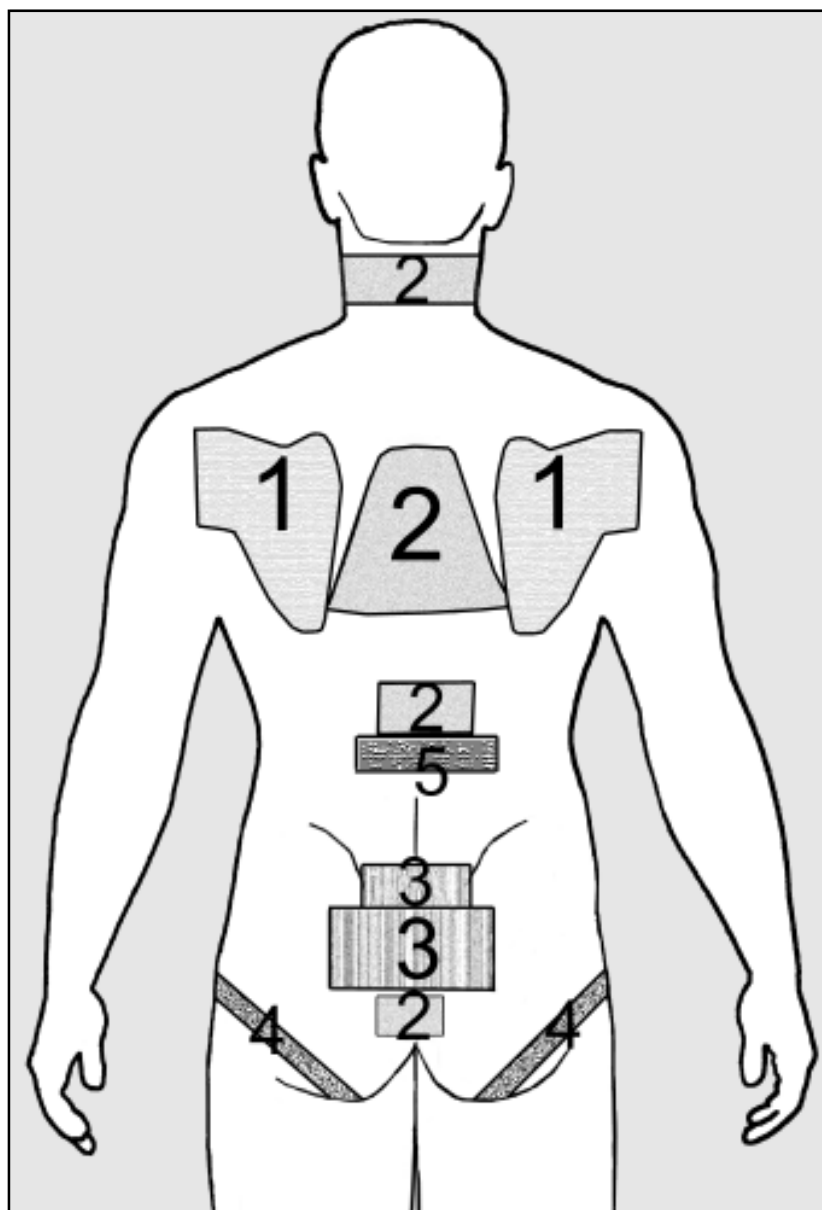
### ***Зона почек***

Расположена на уровне от второго до четвертого поясничных позвонков в области крестцово-остистой мышцы. Имеет ширину 5–8 см, представляет собой уплотнение соединительной ткани, которое долго сохраняется после перенесенных заболеваний почек. Зона трудно



**Рис. 4а. Зоны соединительно-тканного массажа:**

1 – зоны желудка и сердца; 2 – зоны печени и желчного пузыря; 3 – зона кишечника (запора); 4 – зона кишечника (поноса); 5 – венозно-лимфатическая зона; 6 – зона мочевого пузыря.



**Рис. 46. Зоны соединительно-тканного массажа:**

1 – зона верхних конечностей; 2 – зоны головы; 3 – зоны половых органов (аменореи и дисмоменореи); 4 – зона артерий нижних конечностей; 5 – зона почек.

определима. Для ее нахождения пользуются методом сдвигания кожной складки снизу вверх и по боковым границам зоны (рис.4б-5).

#### 4.1.7. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

СТМ может быть использован как самостоятельный вид лечения или отдельные элементы этого массажа можно использовать в комплексном сеансе мануальной терапии для целенаправленного воздействия на рефлекторные изменения в соединительной ткани.

- \* Массажу предшествует опрос, осмотр и пальпация мягких тканей для выявления рефлекторно измененных зон соединительной ткани.

**ИП** пациента — чаще всего лежа на животе или лежа на боку.

- \* При гипертонической болезни, а также при заболеваниях сердца, рекомендуется выполнение массажа в **ИП** пациента сидя на высоком стуле или на столе.

- \* Принципиально массаж начинают с области крестца, так как область крестца особенно богата соединительной тканью с большим количеством вегетативных нервных окончаний.

- \* Следует очень осторожно массировать места, близкие к сосудисто-нервным пучкам (подколенная ямка, локтевой сгиб, подмышечная впадина). Массаж непосредственно по суставной щели следует избегать.

- \* В последовательности массирования различных областей всегда придерживаются принципа: от каудальных областей к краниальным, от дорсальных к вентральным, конечности и голова массируются после туловища.

- \* При выполнении приема «короткое движение», растягивая соединительную ткань, кончики пальцев не должны скользить, они остаются на одном и том же месте.

- \* Нельзя выполнять массаж резкими, грубыми движениями и в высоком темпе.

При выполнении приемов массажа пациент не должен ощущать давление или тупую боль. Правильно выполненный прием дан-



- \* ного вида массажа всегда сопровождается резью разной степени интенсивности.

- \* Перед первой процедурой пациента предупреждают, что приемы СТМ сопровождаются ощущением рези или «царапания ногтем». Во время процедуры, контролируя себя, массажист спрашивает больного об ощущениях.

- \* Ощущение рези на первых процедурах более выражено, чем на последующих. При медленном выполнении массажа резь проявляется слабее. При больших рефлекторных изменениях соединительной ткани, особенно в ее глубоких слоях, пациенты характеризуют свои ощущения как «резь ножом». В этом случае массажисту необходимо уменьшить усилия и не переходить порог болевой чувствительности. Для этого сначала следует массировать поверхностные слои соединительной ткани и постепенно переходить к воздействию на рефлекторные изменения в глуболежащих слоях. Кроме того, интенсивность рези можно снизить, уменьшив угол между кончиками работающих пальцев и массируемым участком до 45–60°С.

- \* Для СТМ характерны кожные реакции в виде полосок гиперемии. При ярко выраженных рефлекторных изменениях в соединительной ткани в местах выполнения массажа, кроме полосок гиперемии, может оставаться припухлость, сопровождающаяся зудом. Иногда указанные выше реакции могут сохраняться в течение 24–36 часов. В процессе лечения выраженность кожных реакций снижается.

- \* При ревматоидном полиартрите после первой процедуры массажа на коже в местах воздействия могут появляться безболезненные гематомы небольших размеров. Наличие подобных гематом не является противопоказанием к массажу, массировать в дальнейшем следует особенно медленно и мягко. Если гематомы при пальпации болезненны, то это указывает на неправильную технику массажа.

Через 1–2 часа после окончания процедуры СТМ пациент ощущает усталость, сонливость. Это так называемые поздние

гуморальные реакции, тесно связанные с нервными реакциями. Пациенту при ощущении усталости необходим отдых лежа в течение не менее получаса. Если усталость появилась сразу же после массажа, то пациенту следует предложить легкоусвояемые углеводы (например, кусочек сахара) и ощущение усталости исчезает. Тем не менее, через 1–2 часа отдых пациенту необходим.

В связи с тем, что после массажа отдых обязателен, процедуру СТМ следует выполнять в конце рабочего дня или перед перерывом в работе. После массажа не рекомендуется заниматься тяжелой физической или напряженной умственной работой.

Ощущение усталости не следует устранять возбуждающими средствами (например, кофе, чай). Усталость после массажа более выражена в начале курса лечения, затем она уменьшается.

Курить в течение 2-х часов до массажа и 2-х часов после массажа не рекомендуется. При некоторых заболеваниях (например, при облитерирующем эндартериите) лечение массажем с курением несовместимо.

Физиотерапию следует назначать в дни, свободные от массажа, а лучше до или после курса массажа, так как они изменяют чувствительность соединительной ткани и технически правильно выполнять массаж трудно. Лечебную гимнастику можно применять перед массажем в один и тот же день.

При первых процедурах массажа не следует обрабатывать большое количество анатомических областей, особенно если рефлекторные изменения в соединительной ткани резко выражены. В связи с этим рекомендуют на первых процедурах массировать 15–20 минут. По мере уменьшения соединительно-тканых изменений, массажист обрабатывает большее количество областей, затрачивая в конце курса лечения при некоторых методиках (например, при синдроме головной боли) до 50 минут на одну процедуру. По возможности массаж выполняется ежедневно, но допускается массировать 3–4 раза в неделю. После окончания курса лечения может назначаться

- \* поддерживающая терапия: 1 раз в неделю. Курс состоит из 12–18 процедур. В редких случаях курс лечения удлиняется до 30 и более процедур. При необходимости повторного курса интервал между курсами не менее 2-х месяцев.

- При плохой технике или несоблюдении методических указаний к данному виду массажа иногда возможно появление отрицательных реакций (головная боль, тошнота, головокружение, слабость, болезненность в месте массажного воздействия и др.). Эти нежелательные симптомы чаще всего вызваны слишком быстрым и грубым массажем, или неумением вызвать у пациента необходимого при этом массаже ощущения рези, вместо которого пациент ощущает тупую боль или тупое давление.
- \* Причиной отрицательных реакций может быть несоблюдение дозировки массажа.

Для снятия отрицательных реакций, появившихся во время процедуры, необходимо выполнить массаж пальцев стопы. Отрицательные реакции быстро снимаются, но массажисту следует проанализировать свои действия и на следующих процедурах устранить все причины возможного их возникновения.

#### 4.1.8. МАССАЖ ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА

##### СТМ области спины и крестца (рис.5)

###### *Межлопаточная область*

Массажист проводит длинные движения от внутреннего края одной лопатки до другой в поперечном направлении. В начале длинные движения выполняются поверхностно, глубина воздействия постепенно увеличивается от процедуры к процедуре.

###### *Область лопатки*

Если у пациента имеются заболевания сердца или желудка, то массируется вначале правая лопатка, а затем левая. При заболеваниях печени сначала массируется левая лопатка.

###### *Валик трапецевидной мышцы*

Массаж данной области обычно производится в **ИП** пациента лежа на спине, при этом **ИП** массажиста — сидя на табурете у головного конца массажного стола. Массажист работает одноименной рукой. Голова пациента опирается на ладони своих рук. Кисть работающей руки массажиста находится в положении супинации, а большой палец максимально отведен. Короткие движения в краниальном направлении выполняются вдоль валика трапецевидной мышцы от остистого отростка седьмого шейного позвонка до акромиального отростка лопатки. После повторения коротких движений 2–3 раза по этой же линии и в том же направлении проводятся длинные движения.

### ***Паравертебральная линия***

Данная область массируется на уровне от остистого отростка седьмого шейного позвонка до основания затылочной кости. Массажист работает двумя руками одновременно. В **ИП** кончики средних и безымянных пальцев массажиста находятся у остистого отростка седьмого шейного позвонка, при этом тыльной поверхностью ногтевые фаланги обращены друг к другу. Большие пальцы расположены в надключичных ямках. Короткие движения направлены от остистых отростков шейных позвонков латерально. Длинные движения выполняются одновременно двумя руками из положения супинации по паравертебральным линиям на том же уровне.

### ***Область шейно-грудного перехода***

Показанием для СТМ данной области являются выявленные при осмотре у пациента, страдающего головной болью, набухания и уплотнения соединительной ткани вокруг VII шейного позвонка. Для их устранения применяются короткие движения, выполняемые по кругу на границе уплотненной и неизменной соединительной ткани вокруг VII шейного позвонка. Постепенно в процессе лечения уплотнение уменьшается, что приносит больному большое облегчение: исчезает скованность, увеличивается объем движений в шейном отделе позвоночника и плечевом поясе, ликвидируется головная боль.

### ***Область выйной линии***

Массажист сидит у головного конца массажного стола, работающая рука находится в положении супинации. Голова пациента лежит на ладонях своих рук. Короткие движения начинаются от затылочного бугорка, осуществляются до верхушки сосцевидного отростка височной кости, выполняются в краниальном направлении. Кончики пальцев массажиста не должны скользить по волосам пациента. Затем выполняются длинные движения, с повторением 3–4 раза. В области верхушек сосцевидных отростков височной кости обычно уплотнение соединительной ткани резко выражено и сопровождается болезненностью. Поэтому короткие движения следует выполнять медленно и достаточно глубоко, не скользя по тканям.

### ***Широчайшая мышца спины***

Короткие движения выполняются перпендикулярно латеральному краю широчайшей мышцы спины от уровня двенадцатого ребра до уровня нижнего угла лопатки.

### ***Межреберная область***

На участке между латеральным краем широчайшей мышцы спины и латеральным краем крестцово-остистой мышцы на уровне от XII ребра до нижнего угла лопатки массажист выполняет волнообразные сдвигания соединительной ткани.

*В начале* кончики пальцев массажиста проводят сдвигание кожной складки в краниальном направлении до возможного предела. Затем, не теряя контакта пальцев с кожей пациента, кисть совершает поворот на 90°, и массажист проводит длинное движение вниз до латерального края крестцово-остистой мышцы, где кисть совершает поворот в краниальном направлении. Во время выполнения волнообразного движения пациент может ощущать резь или «царапанье ногтем». Следующий массажный проход осуществляется рядом с предыдущим на сегмент выше от него.

*Затем* выполняются малые волнообразные движения на крестцово-остистой мышце. В отличие от предыдущих движений малые волнообразные движения через крестцово-остистую мышцу имеют одина-

ковую длину на протяжении от уровня XII ребра до уровня нижнего угла лопатки. Малое волнообразное движение выполняется так же, как и большое.

*В заключение* массажа межреберной области большое и малое волнообразные движения суммируются. Для этого кончики пальцев начинают выполнять волнообразное движение над латеральным краем широчайшей мышцы спины, продвигаются до латерального края крестцово-остистой мышцы и, не теряя контакта с кожей, осуществляют вторую (малую) волну. Выполняя две волны, рука массажиста продвигается от уровня XII ребра до уровня нижнего угла лопатки.

Такой же порядок массажа соблюдается на симметричной области после того, как пациент поворачивается на другой бок.

### ***Поясничная область***

В ИП пациент лежит на боку, массажист стоит позади пациента.

Массажу подвергается поверхность между латеральным краем широчайшей мышцы спины, передней аксиллярной линией и воображаемой линией, проведенной от XII ребра до передней аксиллярной линии, лежащего на боку пациента. На указанной выше поверхности выполняют только короткие движения от каудальной части к краниальной. Свободная рука, учитывая большую подвижность соединительной ткани боковой поверхности туловища, придерживает указательным пальцем нижележащий участок. По мере передвижения работающих пальцев в краниальном направлении свободная рука, придерживая ткани, также передвигается вверх. Пациент при каждом коротком движении может ощущать резь. Массаж боковой поверхности заканчивается, когда короткими движениями обрабатывается вся площадь между латеральным краем широчайшей мышцы спины и передней аксиллярной линией до уровня нижнего угла лопатки. Затем пациент поворачивается на другой бок и массируется симметричная область теми же приемами.

### ***Крестцово-тазовая область***

Данная область чрезвычайно богата соединительной тканью и вегетативными нервными окончаниями, поэтому массаж крестцово-тазовой области следует проводить почти при любом заболевании.

В этой области наблюдают набухания или втяжения соединительной ткани, а также изменяется подвижность ее слоев.

**В ИП** пациент лежит на боку. Массажист стоит перед пациентом. Массаж проводят в следующем порядке:

- \* латеральные поверхности крестца вдоль крестцово-подвздошных сочленений;
- \* площадь крестцовой кости;
- \* основание крестца;
- \* гребень подвздошной кости;  
от V поясничного позвонка, над гребнем подвздошной кости до латерального края прямой мышцы живота на уровне пупка.

Короткие движения выполняют вдоль латеральной поверхности крестца, вдоль подвздошно-крестцового сочленения справа до основания крестца. Направления коротких движений перпендикулярны по отношению к правой половине крестца и правому крестцово-подвздошному сочленению. Затем той же рукой выполняют короткие движения на симметричной линии от верхушки крестца до его основания слева. В отличие от коротких движений справа короткие движения слева направлены от крестца и крестцово-подвздошного сочленения в латеральном направлении. Длинные движения, как в области латеральных поверхностей крестца, так и в области крестцово-подвздошных сочленений, отсутствуют. На следующем этапе массажа короткие движения покрывают всю площадь крестцовой кости в направлении от верхушки крестца к его основанию.

Основание крестца массируется короткими и длинными движениями, направление которых от латерального края крестца к остистому отростку V поясничного позвонка. В **ИП** пациента лежа на правом боку, массируется одна половина основания крестца: от правого латерального края крестца до остистого отростка  $S_5$ .

Гребень таза обрабатывается короткими движениями, их направление снизу вверх, вдоль гребня таза от задней верхней ости до передней верхней ости подвздошной кости. Короткие движения перпендикулярны гребню таза, верхнюю границу которого пересекать не реко-

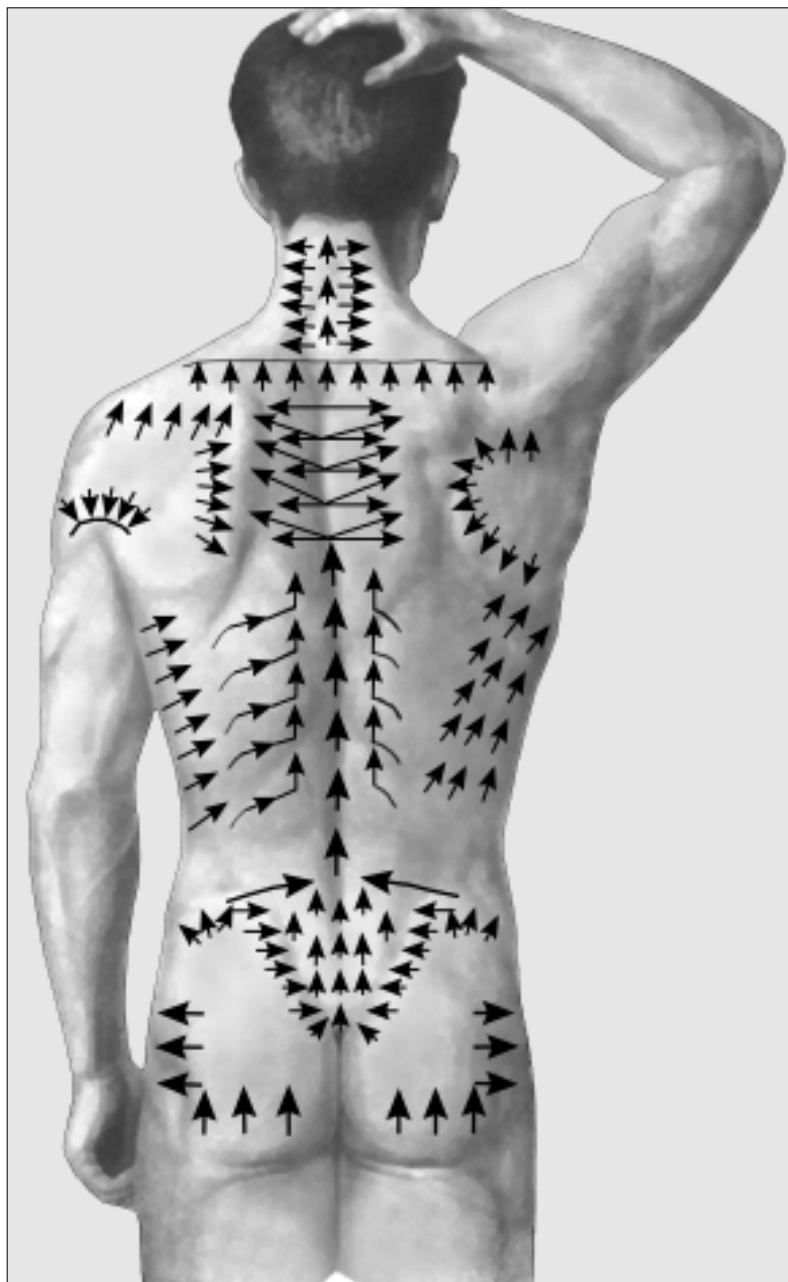


Рис. 5. Соединительно-тканый массаж области спины и крестца.



мендуется. Длинные движения выполняют над гребнем таза от остистого отростка V поясничного позвонка или от задней верхней ости подвздошной кости, между гребнем таза и нижними ребрами до латерального края прямой мышцы живота на уровне пупка. Длинные движения можно выполнять с отягощением свободной рукой, средний и безымянный пальцы которой помещают на ногтевые фаланги работающей руки.

При **ИП** пациента лежа на правом боку массируется гребень левой половины. После поворота массируются симметричные линии: левая половина основания крестца, применяя короткие и длинные движения; под правым гребнем подвздошной кости короткими движениями; длинными движениями над гребнем подвздошной кости справа от  $S_5$  до латерального края прямой мышцы живота. Короткие и особенно длинные движения несколько раз повторяются по одной и той же линии.

### **СТМ нижних конечностей (рис.6)**

#### ***Подвздошно-большеберцовый тракт***

Широкая фасция бедра на своей латеральной поверхности имеет утолщение в виде широкой полосы — это подвздошно-большеберцовый тракт. Для его практического определения предлагают пациенту, лежащему на спине (валик в области подколенной ямки), приподнять прямую ногу от массажного стола на 15–20 см и переместить ее в медиальном направлении. В таком положении подвздошно-большеберцовый тракт легко доступен пальпации от уровня коленного сустава до большого вертела бедренной кости в виде тяжа на латеральной поверхности бедра.

Затем предлагают пациенту ногу опустить и воображаемой линией делят подвздошно-большеберцовый тракт на нижнюю треть и две верхние трети. Начинается массаж данной области на границе нижней и средней трети подвздошно-большеберцового тракта. **ИП** массажиста — стоя сбоку от массажного стола. Допускается массировать как ближний, так и дальний подвздошно-большеберцовый тракт.

Легче всего овладеть техникой приемов СТМ, работая на дальнем от массажиста подвздошно-большеберцовом тракте. Кончики среднего и безымянного пальцев помещают на 1–2 см дорзальнее подвздошно-большеберцового тракта на уровне границы его нижней и средней трети — это первая фаза короткого движения. Затем сдвигают кожную складку перпендикулярно тракту до возможного предела смещения (вторая фаза короткого движения), не допуская скольжения кончиков пальцев по коже и пересечения тракта, растягивая кожную складку в течение нескольких секунд, что и является лечебным воздействием, во время которого пациент ощущает резь (третья фаза короткого движения). Следующие короткие движения выполняются, тесно прилегая друг к другу проксимально в направлении большого вертела. Указательный палец работающей руки является опорой и направляющим. Данную линию повторяют 3–5 раз.

На следующем этапе выполняют длинные движения непосредственно по подвздошно-большеберцовому тракту от границы нижней и средней трети подвздошно-большеберцового тракта вверх до большого вертела бедренной кости.

Для выполнения длинного движения массажист делает переход и массирует на ближнем подвздошно-большеберцовом тракте одноименной рукой. Кончики среднего и безымянного пальцев помещают поперек тракта, делают сдвигание, а затем растяжение складки, передвигаясь вверх до большого вертела бедренной кости. Пациент ощущает при длинном растяжении резь. Массажист не должен терять контакт с кожей, выполняя длинное движение. Если контакт пальцев с кожей пациента прекратился, то резь исчезает, и длинное движение следует повторить. Длинное движение по подвздошно-большеберцовому тракту необходимо выполнять в медленном темпе с повторением несколько раз. Это движение можно выполнить передним ходом руки массажиста: пальцы разогнуты в межфаланговых суставах, латеральные края концевых фаланг соприкасаются с массируемым трактом и движутся в проксимальном направлении передним ходом. Выполняя движение, массажист работает разноименными руками на ближнем подвздошно-большеберцовом тракте.

Для массажа нижней трети подвздошно-большеберцового тракта кончики среднего и безымянного пальцев одноименной руки помещают на 1–2 см ниже границы нижней и средней трети подвздошно-большеберцового тракта дальнего бедра. Короткие движения выполняются в дистальном направлении до уровня коленного сустава и повторяются несколько раз. Длинные движения в том же направлении выполняются медленно, с повторением 4–5 раз, кончики пальцев движутся непосредственно по тракту. Осуществляя длинные движения передним ходом, работает одноименная рука массажиста выпрямленными средним и безымянными пальцами.

Применяя длинные движения обратным ходом, массажист работает разноименными руками. В обоих случаях массажист стоит у подвздошно-большеберцового тракта ближнего бедра пациента. В заключение массажа подвздошно-большеберцового тракта проводятся длинные движения по всему тракту от коленного сустава до большого вертела бедренной кости с повторением 3–5 раз. Продолжительность массажа симметричных областей подвздошно-большеберцового тракта 10–15 минут. Кроме ощущения рези при массаже данных симметричных областей, пациент отмечает появление волн тепла в нижних конечностях, в этом случае массаж подвздошно-большеберцовых трактов можно прекратить.

### ***Область большого вертела бедренной кости***

В **ИП** пациент лежит на боку, согнув вышележащую ногу, другая нога выпрямлена. Корпус пациента слегка наклонен вперед. Массажист стоит перед пациентом.

Массаж начинают на 10–12 см ниже большого вертела дорсальнее бедренной кости, обходя ее сзади, заканчивают массаж над передне-верхним краем вертела. Массажист работает разноименными руками. Для выполнения коротких движений кончики среднего и безымянного пальцев помещают на 1–2 см дорсальнее бедренной кости и движения проводятся перпендикулярно по отношению к дорсальному краю бедренной кости и ее вертелу. Массируемая линия имеет вид запятой. Короткие движения выполняются в три фазы, рука массажиста про-

двигается в проксимальном направлении. Длинные движения проводятся по той же линии, в том же направлении, что и короткие, и многократно повторяются. Длинные движения выполняются обратным ходом одноименной руки, при этом пальцы массажиста согнуты в межфаланговых суставах и кончики их стоят поперек намеченной линии. При выполнении длинных движений не следует терять контакт кончиков пальцев с массируемыми участками.

### ***Область медиального края портняжной мышцы***

Медиальный край портняжной мышцы легко определяется путем пальпации от бугристости большеберцовой кости до передней верхней ости подвздошной кости. Перед СТМ его условно делят на нижнюю треть и две верхние трети. **ИП** пациент — лежит на спине, под колени подкладывается валик. Бедра пациента слегка разведены. **ИП** массажиста — стоя со стороны массируемой нижней конечности.

СТМ данной области начинается с коротких движений от уровня границы между нижней и средней третями медиального края портняжной мышцы. Рука массажиста пронирована, межфаланговые суставы согнуты, кончики пальцев соприкасаются с кожей на 1–2 см медиальнее от медиального края портняжной мышцы. Короткие движения перпендикулярны медиальному краю портняжной мышцы и следуют один за другим в проксимальном направлении до паховой складки. Длинные движения выполняются обратным ходом руки массажиста на том же уровне, в том же направлении, что и короткие движения с повторением. От границы нижней и средней трети медиального края портняжной мышцы к медиальному краю коленного сустава производятся короткие, а затем и длинные движения. Массаж в области нижней трети медиального края портняжной мышцы выполняется очень осторожно, медленно и технически правильно, не допуская исчезновения рези и появления ощущения тупого давления. Осторожность объясняется близким расположением сосудисто-нервного пучка и возможным появлением реакций на слишком интенсивный массаж соединительной ткани. Заканчивают массаж данной области выполняя длинные движения вдоль медиального края портняжной мышцы от бугристости большеберцовой кости до паховой складки.

### *Латеральная поверхность ягодицы*

В **ИП** пациент лежит на спине. **ИП** массажиста — сидя или стоя у массируемой ноги. Массажист разноименной рукой мягко и поверхностно выполняет длинные дугообразные движения параллельно друг другу, постепенно продвигаясь от уровня большого вертела бедренной кости вверх до уровня передней верхней ости подвздошной кости. Длинные дугообразные движения проводятся в вентральном направлении поперек латеральной поверхности ягодиц.

### *Задняя поверхность бедра*

В **ИП** пациент лежит на боку, **ИП** массажиста — стоя сзади от пациента. Массажное воздействие осуществляется от уровня середины подъягодичной складки в дистальном направлении до вершины подколенной ямки пальцами обеих рук одновременно. Концевые фаланги работающих пальцев тылом обращены друг к другу, а подушечки пальцев расположены между двуглавой мышцей бедра и полусухожильной. Направление коротких движений — латеральное. Область голени и подколенной ямки массируются по описанной выше технике. Затем при необходимости приступают к массажу надколенника, ахиллова сухожилия, голеностопного сустава и стопы.

### *Подколенная ямка*

В **ИП** пациент лежит на спине. Массажист, стоя у ближней ноги, свободной рукой слегка приподнимает нижнюю треть бедра. Направление массажных движений — дистальное. Короткие движения одноименной рукой выполняются поперек края сухожилия полуперепончатой мышцы, обращенного к центру подколенной ямки. По той же линии, но продольно, выполняются длинные движения. После смены работающей руки осуществляются короткие движения поперек сухожилия двуглавой мышцы бедра, длинные движения проводятся через подколенную ямку продольно. Все движения в подколенной ямке выполняются в медленном темпе и без давления, ввиду близости сосудисто-нервного пучка.

### ***Надколенник***

В **ИП** пациент лежит на спине, травмированная конечность согнута в коленном суставе. Массажист стоит сбоку от пациента. Короткие движения осуществляют вокруг коленной чашечки по направлению к ее краю. Затем выполняют длинные движения вокруг коленной чашечки, многократно меняя руки. Одна рука выполняет длинное движение на расстоянии в 2–3 см, затем другая рука накладывается сверху и как бы продолжает эту линию еще на 2–3 см. Таким образом, длинное движение выполняется вокруг надколенника, не прерываясь.

### ***Голень***

**ИП** пациента и массажиста те же, но массируемая нога согнута в коленном суставе и стопой опирается о массажный стол. Массажист проводит одноименную руку вдоль медиальной и задней поверхности голени, после чего короткими движениями в поперечном направлении обрабатывается латеральный край латеральной головки икроножной мышцы. Затем подушечкой согнутого среднего пальца супинированной кисти в продольном направлении выполняет короткие движения вдоль медиального края камбаловидной мышцы. В дальнейшем массируется двумя руками в поперечном направлении пространство между медиальной и латеральной головками икроножной мышцы. Длинные движения в области голени отсутствуют.

### ***«Варикозный» штрих***

**ИП** пациента и массажиста те же. Массажист работает одноименной рукой, кисть которой расположена поперек бедра и движется в проксимальном направлении передним ходом. Варикозный штрих проводится подушечками среднего и безымянного пальцев мягко и поверхностно от границы верхней и средней трети медиального края портняжной мышцы до передней верхней ости подвздошной кости и неоднократно повторяется. Если имеется трофическая язва голени, то вышеописанное лечение обычно способствует заживлению язвы.

### ***Ахиллово сухожилие и голеностопный сустав***

**ИП** пациента то же, но массируемая нога выпрямлена в коленном суставе. Кисть работающей руки супинирована, лучезапястный сустав

ориентирован каудально. Короткие движения проводятся вдоль латерального и медиального края ахиллова сухожилия с интервалом 5–8 см. Длинные движения выполняются вдоль медиального и латерального края ахиллова сухожилия до уровня лодыжки, обходят лодыжки сзади и снизу, заканчиваясь у переднего края лодыжки. Длинные движения осуществляются поочередно с медиальной и латеральной поверхности ноги. На передней поверхности голеностопного сустава массажист работает подушечкой согнутого среднего пальца, стопа пациента находится в среднем физиологическом положении. Локтевой сустав работающей руки ориентирован краниально. Подушечка среднего пальца помещена глубоко между сухожилиями длинного разгибателя большого пальца и длинного разгибателя пальцев. Свободная рука массажиста обхватывает стопу пациента в области плюсневых костей и осуществляет лечебное натяжение путем подошвенного сгибания стопы. Средний палец массажиста остается неподвижным, а больной ощущает характерную для СТМ резь или царапанье ногтем. Данная массируемая область при болезнях сосудов используется реже, чем при артритах и артрозах суставов нижних конечностей.

### ***Стопа***

Стопа массируется в ИП пациента лежа на спине. На тыле стопы в области межкостных промежутков (в дистальной трети) проводятся короткие штрихи по направлению к пальцам. В средней и проксимальной третях межкостных промежутков массажные движения не проводятся, так как тыльная фасция тонка, а кожа легко ранима. Пространство между головками плюсневых костей можно массировать так же, как область голеностопного сустава. При этом средний палец работающей руки, локоть которой обращен краниально, остается на месте. Короткое движение осуществляется подошвенным сгибанием пальцев, при этом пациент ощущает характерную для СТМ резь. Кроме того, от задней поверхности пятки в дистальном направлении параллельно подошве проводятся по три полудлинные движения, все 3 движения выполняются ниже лодыжки, сначала на латеральной, затем на медиальной поверхности пятки. При необходимости пространство

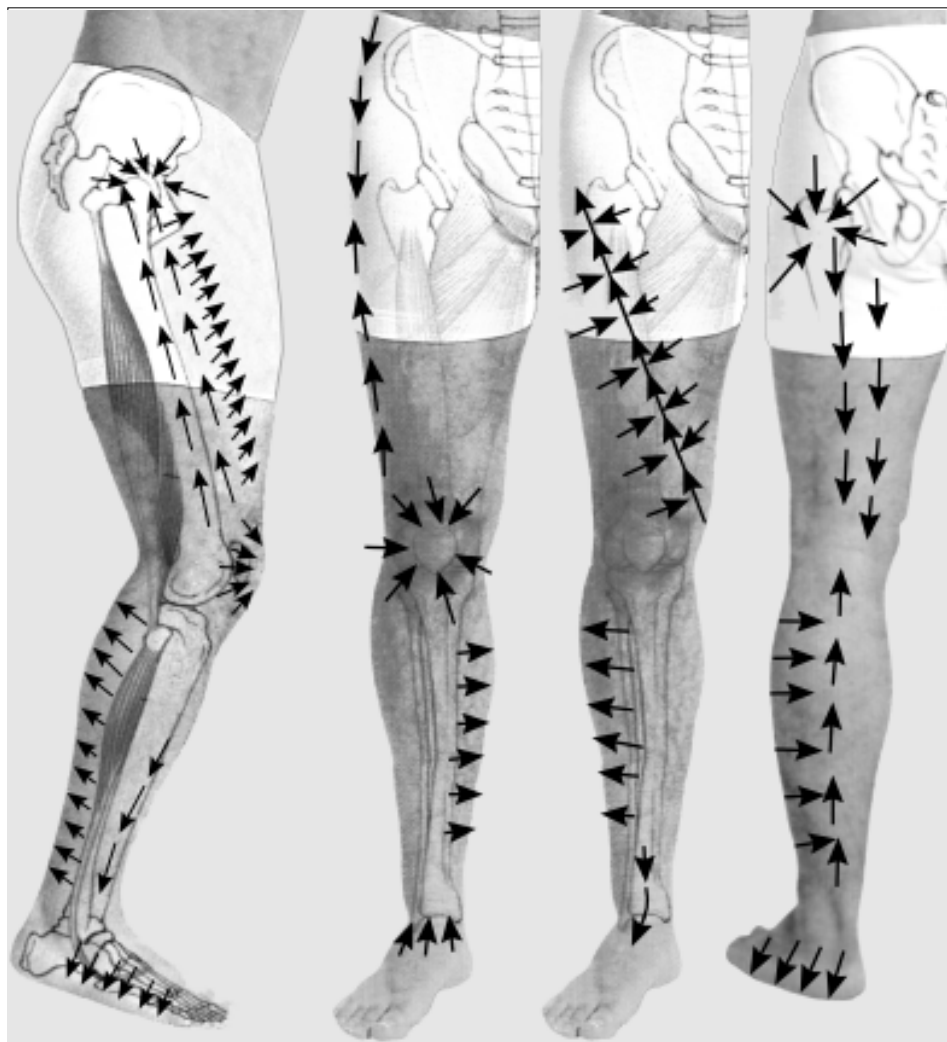


Рис. 6. Соединительно-тканый массаж нижних конечностей.



между головками плюсневых костей можно массировать и со стороны подошвы. При этом средний палец руки массажиста расположен между головками плюсневых костей, а лечебное натяжение осуществляется с помощью тыльного сгибания пальцев пациента. Короткие движения выполняются по краю пятки, начиная с ее середины, в направлении снизу вверх. Массируется вначале латеральный, затем медиальный край пятки. Короткие движения можно осуществлять от тыльной поверхности к подошвенной по латеральному краю, затем по медиальному краю пятки, начиная от ее середины. В области подошвы можно выполнять и длинные движения по направлению от пятки к пальцам по межкостным промежуткам. Длинные движения на подошве выполняются с достаточной интенсивностью. Медиальный и латеральный края подошвы массируются одновременно двумя руками от центра к периферии по диагонали, постепенно продвигаясь в дистальном направлении. В заключение проводятся длинные движения по подвздошно-большеберцовому тракту и над гребнями подвздошных костей к симфизу, которые многократно повторяются.

### ***Пятка***

Интенсивные короткие движения, начиная от середины дорзального края пятки, выполняются по латеральному краю пятки, затем по медиальному.

## **СТМ области живота и грудной клетки (рис.7)**

### ***Живот***

В **ИП** пациент лежит на спине. Массаж начинают в области прямой мышцы живота, на уровне пупка по ее латеральному краю. При **ИП** массажиста стоя у правой руки пациента массируется латеральный край прямой мышцы живота слева.левой рукой массажист выполняет короткие движения перпендикулярно латеральному краю прямой мышцы живота. В **ИП** кончики среднего и безымянного пальцев находятся на 1–2 см латеральнее от края прямой мышцы живота. Уровень воздействия по латеральному краю прямой мышцы живота: от пупка до паховой складки. Короткие движения по данной линии массажист повторяет 2–3 раза и затем правой рукой начинает проводить короткие движения от уровня пупка до нижнего края реберной дуги, движения несколько раз повторяются.

Для работы на симметричных участках прямой мышцы живота массажист делает переход и в дальнейшем работает стоя у массажного стола слева от пациента. После обработки латерального края прямой мышцы живота массируют короткими движениями от средней аксиллярной линии над гребнем подвздошной кости до середины симфиза. При этом массажист работает разноименной рукой. Движения выполняют с одной, а затем с другой стороны. На следующем этапе короткие движения выполняются от средней аксиллярной линии над нижним краем реберной дуги до мечевидного отростка. Короткие движения повторяются несколько раз с каждой стороны.

При массаже над краем реберной дуги необходимо стараться, чтобы перед кончиками среднего и безымянного пальцев в качестве опоры был указательный палец, что облегчает технически правильное выполнение коротких движений. Кончики работающих пальцев не должны соскальзывать с края реберной дуги.

Длинные движения в области живота можно выполнять как одной, так и обеими руками одновременно, с отягощением свободной рукой массажиста или без отягощения. Длинное движение от средней аксиллярной линии над гребнем подвздошной кости до середины симфиза выполняется очень медленно и осторожно, особенно если в этой области имеются рубцы после оперативных вмешательств, или если массаж проводится лицам старше 50 лет, чтобы не нарушить целостность кожных покровов. Длинное движение может выполняться с одной стороны разноименными руками или обеими руками одновременно по симметричным линиям. Короткие и длинные движения в данном случае проводятся по одной и той же линии. Длинные движения повторяются 4–5 раз в медленном темпе и являются заключительными при массаже данной области.

Следует запомнить, что короткие движения в данной области выполняются *над* нижним краем реберной дуги, а длинные движения — *под* ее нижним краем. Описываемые длинные движения также обычно выполняются в конце процедуры массажа как заключительные. Длинные движения проводятся медленно и несколько раз повторяются.

Иногда в конце процедуры СТМ длинные движения производят следующим образом: кончики среднего и безымянного пальцев обеих рук помещают на среднюю аксиллярную линию между нижним краем реберной дуги и гребнем таза на дальней от массажиста стороне. В начале приема пальцы движутся рядом, а затем расходятся. Пальцы одной руки движутся над гребнем подвздошной кости к середине лонного сочленения, а пальцы другой руки — до мечевидного отростка грудины. Прием повторяется несколько раз, после чего массажист делает переход к противоположному краю массажного стола и повторяет его на симметричных линиях 3–5 раз. Долгое движение можно выполнить также с отягощением. Для этого в **ИП** кончики среднего и указательного пальцев одной руки находятся на средней аксиллярной линии между нижним краем реберной дуги и гребнем подвздошной кости, а кончики среднего и безымянного пальцев свободной руки помещают на тыльную поверхность концевых фаланг работающих пальцев для отягощения. В начале движения контакт с кожными покровами пациента имеет только одна рука, а в дальнейшем руки расходятся — одна движется к мечевидному отростку грудины, а другая — к лонному сочленению.

### **«Печеночный» штрих**

**ИП** пациента — лежа на спине. Массажист работает в **ИП** сидя справа от пациента. Полусогнутые средний и безымянный пальцы разноименных рук массажист помещает на 1–2 см ниже нижнего края реберной дуги справа, на границе ее медиальной и средней трети. Печеночный штрих выполняется в виде длинного движения в латеральном направлении до средней или задней аксиллярной линии под реберной дугой и многократно повторяется в медленном темпе.

### **Грудина**

В области грудины выполняются короткие движения в краниальном направлении от уровня мечевидного отростка грудины до уровня яремной вырезки рукоятки грудины. В местах прикрепления ребер к грудине выполняются короткие движения двумя средними пальцами. В **ИП** кончики пальцев направлены друг к другу, растяжение соедини-

тельной ткани производят во взаимно противоположном направлении. Длинные движения проводятся по средней линии грудины от мечевидного отростка до яремной ямки. Эти движения могут служить продолжением длинного движения, выполняемого от среднеаксиллярных линий под нижними краями грудной клетки до мечевидного отростка двумя руками одновременно.

В заключение СТМ области грудины проводятся длинные движения от грудины по большой грудной мышце вверх к плечевому суставу и длинное движение в том же направлении над ключицей.

### ***Яремная ямка***

Массаж данной области требует от массажиста особой осторожности, необходимо вызывать у пациента острые режущие ощущения. Появление ощущения тупого давления недопустимо. Массажист работает кончиком среднего пальца, выполняя короткие движения сверху вниз к рукоятке грудины. Иногда появляется необходимость в массаже короткими движениями угла между верхним краем левой ключицы и латеральным краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Массаж данной области заканчивается растяжениями двумя средними пальцами в латеральном направлении межключичной и передней грудино-ключичной связок.

### ***Латеральный край грудино-ключично-сосцевидной мышцы***

В ИП пациент лежит на спине, массируется только латеральный край грудино-ключично-сосцевидной мышцы на дальней от массажиста стороне шеи в ИП стоя сбоку от пациента. Короткими движениями фасциальной техникой выполняется массаж от места прикрепления данной мышцы к ключице, вдоль ее латерального края до верхушки сосцевидного отростка височной кости. Необходимо спрашивать пациента, ощущает ли он резь. Если ощущается не резь, а давление, то возможны нежелательные реакции: нарушение глотания, чувство кома в горле. Такие же реакции при отсутствии рези возможны при массаже области яремной ямки.

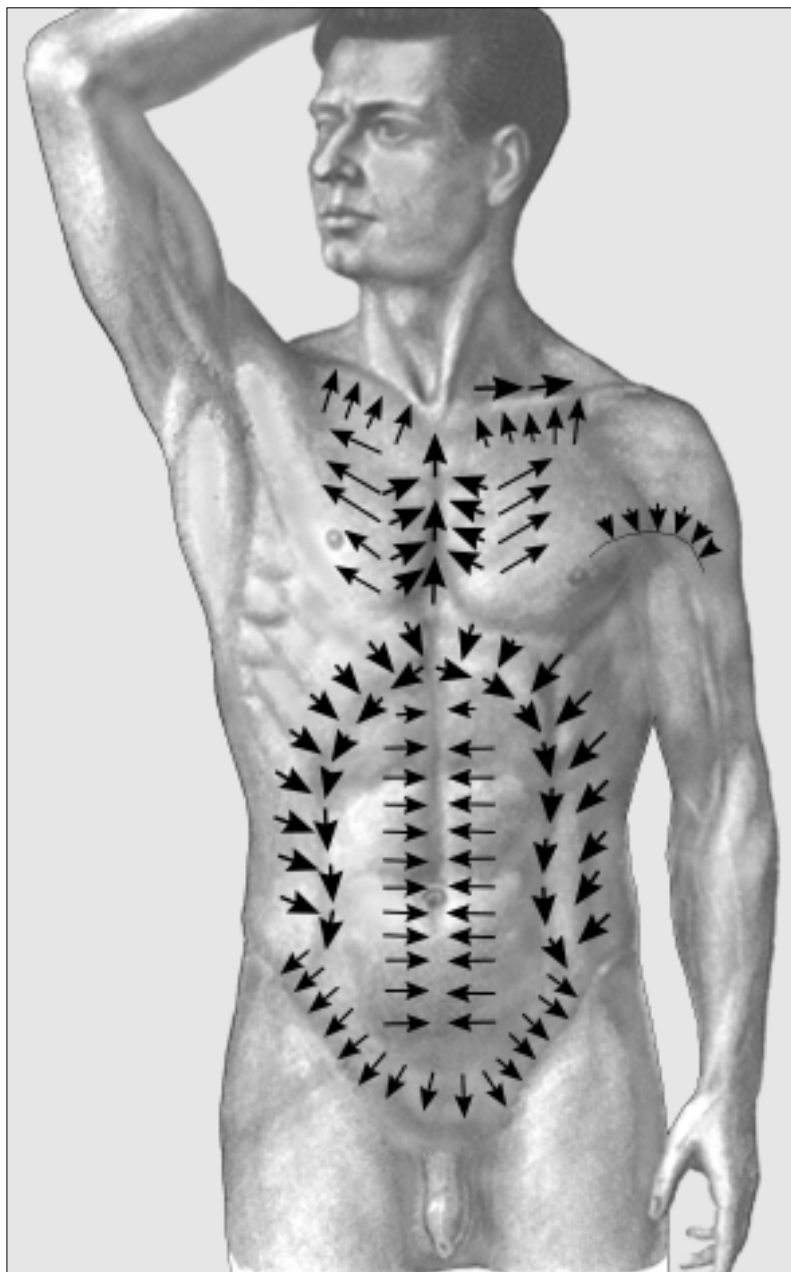


Рис. 7. Соединительно-тканый массаж области живота и грудной клетки.

## **СТМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (рис.8)**

### ***Плечевой сустав***

Плечевой сустав массируется с дорзальной, а затем с вентральной поверхности. Короткие движения вдоль латерального края лопатки начинаются от границы ее нижней и средней трети, направлены латерально и осуществляются до акромиального отростка ости лопатки. Затем короткие движения в медиальном направлении проводятся от задней подмышечной складки до акромиона. Длинные движения выполняются на том же уровне и неоднократно повторяются. Вентрально короткие движения от передней подмышечной складки до акромиального конца ключицы проводятся в медиальном направлении. Длинные движения многократно повторяются и направлены от передней подмышечной складки до акромиального конца ключицы.

### ***Область медиальной борозды плеча***

**ИП** пациента и массажиста — сидя напротив друг друга. Медиальная борозда плеча массируется одной или обеими руками одновременно. При массаже данной области больной должен ощущать только резь, ощущение давления не допускается. При большой подвижности мягких тканей работают одной рукой, при этом свободная рука массажиста фиксирует подвижные ткани пациента. Короткие движения осуществляются в поперечном направлении, постепенно продвигаясь сверху вниз. Длинные движения вдоль медиальной борозды плеча отсутствуют.

### ***Передняя поверхность подмышечной впадины***

**ИП** пациента и массажиста те же. Одноименной рукой выполняются короткие движения по дуге вдоль латерального края большой грудной мышцы, по медиальному краю двуглавой мышцы плеча. При большой подвижности тканей массажист фиксирует их свободной рукой. Направление коротких движений — сверху вниз. В том же направлении выполняются длинные движения.

### ***Задняя поверхность подмышечной впадины***

**ИП** пациента — сидя, **ИП** массажиста — стоя позади пациента. Короткие движения выполняются по дуге разноименными руками вдоль

латерального края широчайшей мышцы спины, по большой круглой мышце к трехглавой мышце плеча. Подвижные ткани также фиксируются свободной рукой массажиста. Длинные движения по данной линии выполняются с неоднократным повторением.

### *Дельтовидная мышца*

**ИП** пациента — сидя на стуле, рука лежит на массажном столе. **ИП** массажиста — стоя спереди от пациента, он выполняет короткие движения по заднему краю дельтовидной мышцы (от места ее начала на лопатке до места прикрепления в области плечевой кости). Длинные движения выполняются из тех же исходных положений по той же линии, в том же направлении, обратным ходом разноименных рук массажиста. В месте прикрепления дельтовидной мышцы на плечевой кости необходимо массировать очень осторожно, так как может появиться ощущение распирания и тяжести в области массируемой верхней конечности.

Кроме описанных выше коротких и длинных движений по дорзальной поверхности дельтовидной мышцы от ости лопатки к месту ее прикрепления на дельтовидной бугристости плечевой кости, существуют длинные движения по вентральной поверхности дельтовидной мышцы. Длинные движения снизу вверх проводятся от дельтовидной бугристости плечевой кости до латеральной части ключицы с повторением 3–4 раза. Длинные движения, кроме того, выполняются от акромиона вниз до дельтовидной бугристости плечевой кости с постепенным усилением массажного воздействия. Затем массажист проводит короткие движения в поперечном направлении.

### *Локтевой сустав*

Массируемая верхняя конечность, супинированная и согнутая в локтевом суставе под углом  $90^\circ$  и находится на массажном столе. **ИП** массажиста — сидя или стоя сбоку. Со стороны плеча в дистальном направлении медиально и латерально от сухожилия двуглавой мышцы плеча проводятся два коротких движения. Со стороны предплечья в проксимальном направлении проводятся также два коротких движения вдоль медиального края плечелучевой и длинной ладонной мышцы. Короткие движения можно осуществлять подушечкой только од-

ного среднего пальца. В дистальном направлении выполняются длинные движения вдоль краев сухожилия двуглавой мышцы плеча. Область локтевого сустава можно массировать также, как подколенную ямку, выполняя короткие штрихи двумя руками кнаружи от центра локтевого сгиба, который из-за близости сосудов и нервов никогда не массируется.

### ***Предплечье***

Предплечье супинировано, согнуто под углом 20°, и лежит на опоре. Длинные движения от дистальной трети предплечья в проксимальном направлении выполняются вдоль плечелучевой, длинной ладонной и лучевого сгибателя запястья. Короткие движения возможны в поперечном направлении вдоль локтевого сгибателя запястья к середине ладонной поверхности предплечья. На тыльной поверхности предплечья длинные и короткие движения проводятся по краю мышцы разгибателя пальцев.

### ***Лучезапястный сустав***

Кисть пациента пронирована и лежит на массажном столе. Кисть массажиста находится в положении пронации и ориентирована дистально. Массажист работает подушечкой согнутого среднего пальца. Средний палец он помещает на область лучезапястного сустава между сухожилиями локтевого разгибателя запястья и разгибателя мизинца. Кисть пациента находится вначале в положении тыльного сгибания. При выполнении приема средний палец массажиста остается на одном и том же месте, а короткое движение с ощущением рези осуществляется при ладонном сгибании кисти с помощью свободной руки массажиста. Затем средний палец работающей руки массажиста уставляется между сухожилиями длинного разгибателя большого пальца кисти и разгибателя указательного пальца, или между сухожилиями разгибателя пальцев, короткое движение осуществляется ладонным сгибанием кисти.

Аналогично осуществляются короткие движения на ладонной поверхности лучезапястного сустава. Кисть пациента пронирована и находится в положении ладонного сгибания. Кисть работающей руки мас-



сажиста супинирована и ориентирована дистально. Массажный прием выполняется при тыльном сгибании кисти.

Область лучевого края лучезапястного сустава массируется средним пальцем массажиста, который помещается ниже шиловидного отростка лучевой кости в области лучевой коллатеральной связки запястья. Кисть массажиста находится в среднем положении между супинацией и пронацией, пальцы ориентированы дистально. В **ИП** кисть пациента пронирована и находится в отведении (движение в сторону лучевой кости). При выполнении короткого движения средний палец плотно соприкасается с подлежащими тканями и не двигается, а пациент сгибает кисть. При этом он ощущает характерную резь или царапанье ногтем.

Аналогично осуществляется короткое движение по локтевому краю лучезапястного сустава: средний палец массажиста помещен ниже шиловидного отростка локтевой кости в области локтевой коллатеральной связки запястья, лучезапястный сустав пациента находится в приведении, резь возникает при движении кисти в сторону лучевой кости.

### ***Кисть***

**ИП** пациента и массажиста — сидя напротив друг друга. Рука пациента опирается о массажный стол, пронирована и лежит на ладони свободной руки массажиста. В план СТМ ладонной поверхности кисти входят следующие области: тенар, гипотенар и межкостные промежутки. Тенар массируется полудлинными движениями по диагонали к латеральному краю кисти с уровня лучезапястного сустава в дистальном направлении. В том же **ИП** после смены работающей руки массируется гипотенар от его медиальной границы к локтевому краю кисти. Массаж тенара и гипотенара заканчивается движениями по межкостным промежуткам в дистальном направлении. На тыльной поверхности при необходимости также возможны длинные движения, выполняющиеся по межкостным промежуткам с I–IV в дистальном направлении. В заключение выполняются длинные движения по вентральной поверхности грудной клетки, а также в области ключицы и



Рис. 8. Соединительно-тканый массаж верхних конечностей.

по дорзальному краю дельтовидной мышцы. На курс лечения выполняют 12–18 массажных процедур.

### ***Межкостные промежутки***

Длинные движения проводятся лишь по межкостным промежуткам с подошвенной поверхности стопы. Движения выполняются достаточно интенсивно от пятки в дистальном направлении.

### **СТМ лицевой части головы и швов черепа (рис.9)**

#### ***Край нижней челюсти***

Нижний край нижней челюсти массируют при параличе и парезе лицевого нерва, при заболеваниях зубочелюстного аппарата, височно-челюстного сустава и др. **ИП** пациента — лежа на спине. **ИП** массажиста — сидя у головного конца массажного стола, кисть рабочей руки пронирувана, средний и безымянный пальцы одноименной руки помещены на 2–3 см ниже середины нижнего края нижней челюсти. Свободная рука ладонной поверхностью указательного пальца фиксирует кожу. Массажист с помощью фасциальной техники выполняет короткие движения от уровня середины нижнего края нижней челюсти до уровня основания уха с одной, затем с другой стороны. Длинные движения выполняются от середины нижнего края нижней челюсти до уровня наружного слухового прохода, при этом свободная рука придерживает ткани, избегая их излишнего растяжения.

#### ***Скулы***

Данная линия включается при заболеваниях лицевого нерва, зубочелюстного аппарата, уха, носа, тройничного нерва, при лицевых болях мышечного происхождения и др. При одностороннем патологическом процессе массаж выполняется вначале на здоровой стороне, а затем на больной. Исходное положение больного и массажиста те же. Одноименной рукой, кончики среднего и безымянного пальцев которой помещают на 1–2 см ниже тела скуловой кости, массажист выполняет ряд коротких движений под телом скуловой кости и под скуловой дугой до уровня наружного слухового прохода. По той же линии и в том же направлении выполняются длинные движения, обладающие выра-

женным расслабляющим эффектом. Длинные движения повторяются несколько раз.

### ***Область носа***

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

### ***Передняя граница волосистой части головы***

Массаж данной линии показан при невралгии тройничного нерва, при локализации головной боли различной этиологии в лобной области и др. Массаж выполняется в **ИП** пациента лежа на спине, **ИП** массажиста — сидя у головного конца массажного стола. От уровня наружного слухового прохода вверх вдоль границы волосистой части головы проводятся длинные движения до уровня верхнего края височной мышцы. Короткие движения вдоль данной линии отсутствуют. Затем от середины передней границы волосистой части головы до уровня верхнего края височной мышцы выполняются короткие, а затем длинные движения с повторением 3–5 раз.

### ***Надбровные дуги и висок***

**ИП** пациента — лежа на спине, **ИП** массажиста — стоя сбоку от пациента. От уровня внутреннего конца брови до наружного, отступая от

надбровной дуги на 1–2 см, проводят короткие движения. Длинные движения в области надбровных дуг отсутствуют. Короткие движения проводятся по направлению сверху вниз (к брови). Массаж в области надбровных дуг входит в схему лечения при невралгии верхней ветви тройничного нерва, парезе лицевого нерва, при иррадиации головной или лицевой боли в область глаза и др. К массажу надбровных дуг тесно примыкают линии в височной области, включаемые по мере необходимости. Направление движений — от наружного угла глаза косо вверх до волосистой части головы. В височной области возможно осуществлять 3–4 полудлинные движения средним и безымянным пальцами одноименной руки, при этом свободная рука фиксирует мягкие ткани у наружного угла глаза.

### *Лоб*

Показаниями к включению области лба в процедуру СТМ являются психогенные головные боли, сопровождающиеся бессонницей, раздражительностью, тревогой, страхом и др. Массаж данной области иногда вводится как заключительная часть процедуры, после СТМ волосистой части головы, шеи или лица.

СТМ области лба, кроме того, можно включать как отдельный элемент в процедуру классического или рефлекторно-сегментарного массажа при лечении неврастении или синдрома головной боли. Больные при выполнении массажа области лба отмечают приятные ощущения легкости, свежести, бодрости, успокоения и т.д.

Область лба массируется в **ИП** пациента сидя или лежа на спине. Массажист стоит позади сидящего пациента или сидит у головного конца массажного стола. Ладонной поверхностью указательного пальца свободной руки фиксируются мягкие ткани на границе волосистой части головы в височной области. Средний и безымянный пальцы массирующей руки поставлены под углом 90°, к массируемой поверхности области лба и, не теряя контакта с тканями, выполняют длинные движения от виска к виску со сменой работающих рук. Длинные горизонтальные линии начинаются от уровня передней границы волосистой части головы и заканчиваются на уровне надбровных дуг.

Необходимо добиваться при выполнении длинных движений в области лба острых режущих ощущений.

Процедуру СТМ при лечении лицевой боли заканчивают длинными движениями: вдоль подвздошно-большеберцового тракта в проксимальном направлении, над гребнем подвздошной области в **ИП** пациента лежа на спине, **ИП** массажиста — сидя у головного конца массажного стола. Короткие движения от середины задней границы волосистой части головы выполняются снизу вверх в латеральном направлении, обходят снизу и спереди сосцевидный отросток. Длинные движения отсутствуют.

В заключение средними пальцами обеих рук в поперечном направлении выполняется растяжение затылочной связки, которое повторяется 3–4 раза. При этом в **ИП** средние пальцы, расположенные по средней линии затылочной связки, согнуты в межфаланговых суставах, а ногтевые фаланги тылом обращены друг к другу. Выполняя растяжение затылочной связки, пальцы не должны скользить по тканям.

Обычно при наличии уплотненной соединительной ткани больной при выполнении движений вдоль задней границы волосистой части головы и при растягивании затылочной связки в поперечном направлении ощущает боль, которая теряет острый характер через несколько процедур.

### ***Область швов черепа***

Обработка швов черепа включается при наличии болезненных уплотнений и при отсутствии подвижности соединительной ткани в области волосистой части головы. Массировать в области швов черепа необходимо средним и безымянным пальцами обеих рук одновременно. Короткие движения направлены поперек швов черепа.

Следует отметить, что имеются такие больные, которые плохо переносят массаж соединительной ткани на лице и волосистой части головы, в этом случае данные области не массируются.

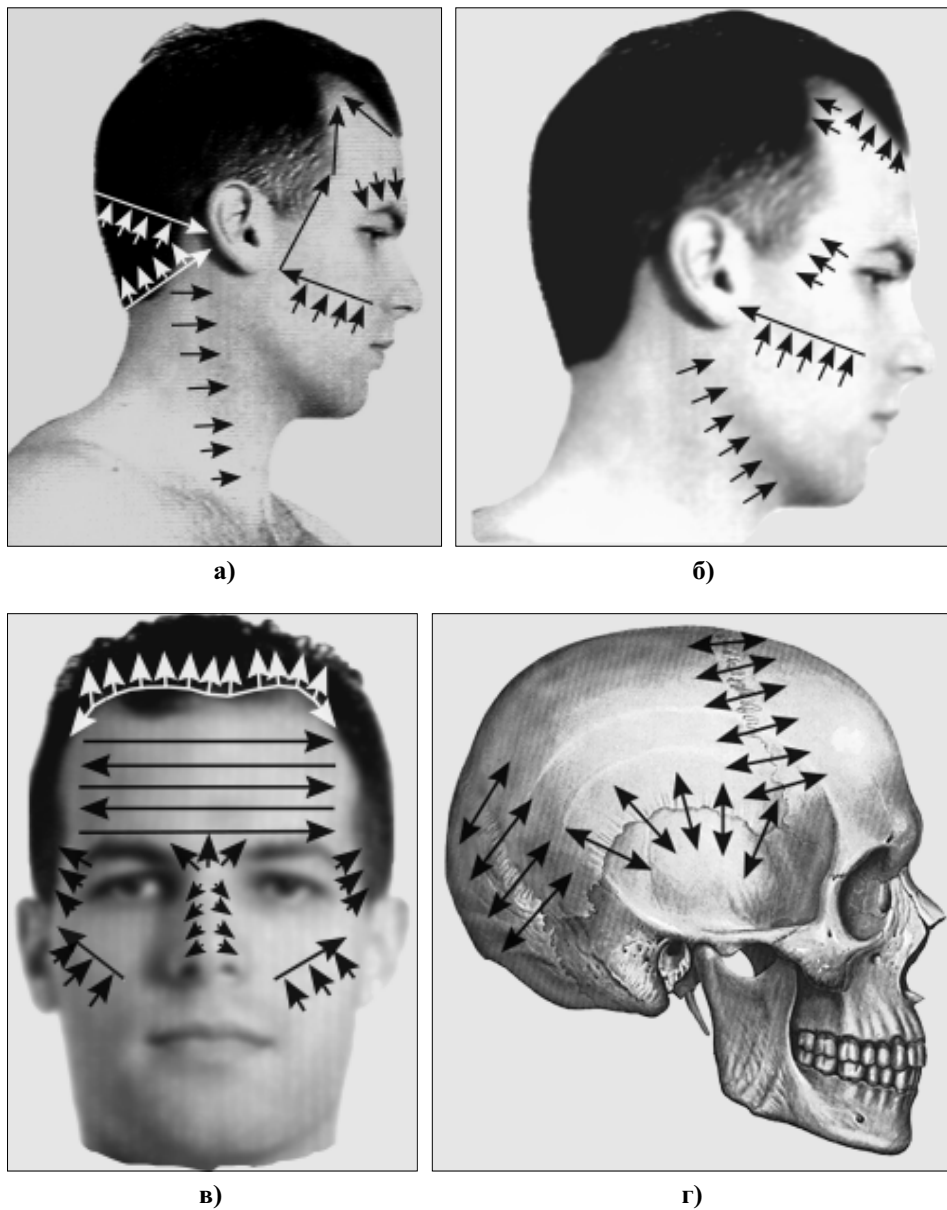


Рис. 9. Соединительно-тканый массаж лицевой части головы и швов черепа.

#### 4.1.9. Выводы

Итак, массаж соединительной ткани применяется при лечении многих сопровождающихся нарушением вегетативных функций заболеваний внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и сосудов.

Лечение наиболее эффективно при наличии выраженных рефлекторных изменений в тканях человека. Плотные набухания или втяжения соединительной ткани указывает на целесообразность применения данного вида массажа.

Особенностями СТМ являются:

- \* оригинальная техника, основанная на послойном растяжении соединительной ткани до ощущения режущей боли;
- \* определенный порядок воздействия, при котором сначала устраняются поверхностные нарушения, затем глубокие (это характерно для всех видов сегментарного массажа);
- \* дозировка в зависимости от реактивности пациента;
- \* длительное всестороннее последствие.



## 4.2. ПЕРИОСТАЛЬНЫЙ МАССАЖ

### История массажа

Периостальный массаж (ПМ) называют еще «давящим» массажем. В современных представлениях самостоятельно он стал использоваться с 1928 г., автор этой методики *Paul Vogler*.

#### 4.2.1. Основы периостального массажа

Использование массажа при различных заболеваниях внутренних органов и травмах позволило выявить, что при патологических процессах в организме в соответствующих зонах (в сегментах) происходят изменения и на надкостнице, проявляющиеся как:

- \* уплотнения;
- \* утолщения;
- \* вдавления;
- \* неровности;
- \* точки повышенной болезненности.

Эти изменения в основном наблюдаются на:

- \* крестце;
- \* грудице;
- \* черепе;
- \* ребрах;
- \* остистых отростках позвонков;
- \* гребне подвздошной кости.

#### Костная система:

- \* участвует в поддержании на определенном уровне минерального состава крови;
- \* является депо неорганических соединений (кальция, фосфора и др.);
- \* выполняет в организме функцию кроветворения;
- \* играет важную роль в обеспечении работоспособности мышц;

- \* богато снабжена кровеносными сосудами;
- \* тесно связана с ЦНС нервными окончаниями, выполняя рефлекторную связь с различными органами и системами.

Под действием ПМ усиливается внутрикостный кровоток, раздражаются рефлексогенные зоны. На сегодняшний день известна метамерная (сегментарная) иннервация надкостницы (рис.10) и ее рефлекторная связь с внутренними органами. Выполняя ПМ соответствующих сегментов, можно оказывать лечебное воздействие на связанные с ними органы.

Под влиянием ПМ:

- \* улучшается регенерация костной ткани;
- \* усиливается крово- и лимфообращение;
- \* улучшаются трофические и обменные процессы.

ПМ хорошо сочетается с другими методиками и может быть рекомендован в комплексном массаже.

#### 4.2.2. Показания и противопоказания к периостальному массажу

ПМ следует рассматривать как рефлексотерапию и хорошее средство для снятия болей различного происхождения.

##### **Показания:**

- \* стенокардия;
- \* вегетативная дистония;
- \* аритмия;
- \* бронхиальная астма;
- \* пневмония;
- \* бронхит;
- \* повреждения и заболевания опорно-двигательного аппарата.

##### **Противопоказания:**

- \* травматические повреждения, требующие покоя;
- \* индивидуальная непереносимость;

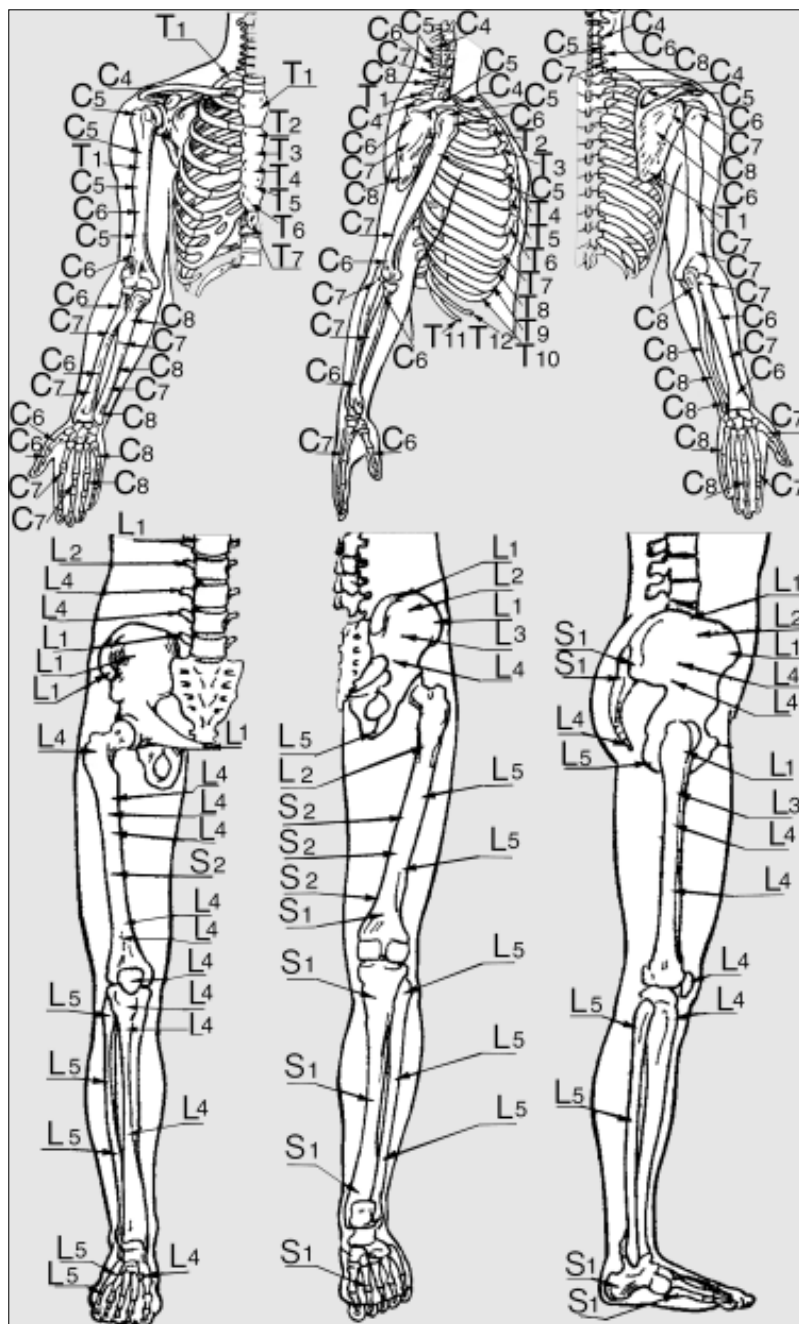


Рис. 10. Схема иннервации скелета человека.

- \* выраженный остеоартроз;
- \* острый остит;
- \* опухоли.

#### 4.2.3. ТЕХНИКА МАССАЖА

Сущность техники периостального массажа заключается в точечном ритмичном воздействии пальцем на костные поверхности с постепенным увеличением силы надавливания.

*Приемы периостального массажа могут быть выполнены:*

- \* ногтевым краем указательного пальца (рис.11,а);
- \* подушечкой большого пальца (рис.11,б);
- \* косточкой фаланги согнутого указательного или среднего пальца (рис.11,в);
- \* подушечкой среднего пальца (рис.11,г).

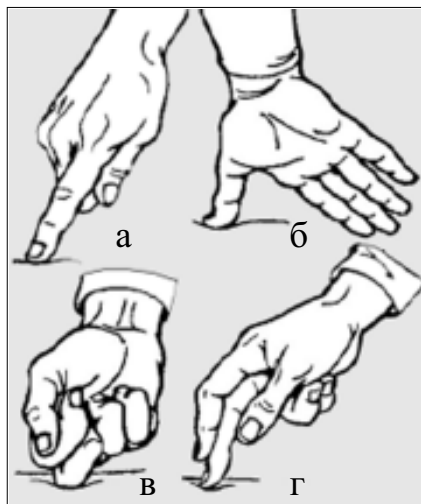


Рис. 11. Положение пальцев при выполнении ПМ.

#### 4.2.4. Частные методики ПМ при заболеваниях внутренних органов

При головных болях воздействуют на:

- \* затылочную кость;
- \* шейные позвонки;
- \* оба сосцевидных отростка;
- \* лобные поверхности;
- \* ость лопатки.

При болезнях сердца используют:

- \* I–IV ребра слева;
- \* грудину;
- \* левую лопатку.

При заболеваниях желчного пузыря воздействуют на:

- \* грудину;
- \* реберную дугу слева;
- \* боковые поверхности остистых отростков грудных позвонков (Th<sub>9-10</sub>);
- \* участки ребер на уровне середины лопаток.

При заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки воздействуют на:

- \* реберные дуги с обеих сторон;
- \* нижнюю половину грудины;
- \* боковые поверхности остистых отростков грудных позвонков (Th<sub>11-12</sub>).

При болезнях мочеполовых органов воздействуют на:

- \* подвздошный гребень;
- \* крестец;
- \* боковые поверхности остистых отростков поясничных позвонков (L<sub>4-5</sub>).

#### 4.2.5. ПЕРИОСТАЛЬНЫЕ ОБЛАСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ И ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ

##### **ЧЕРЕП:**

- \* височные области — головная боль;
- \* затылочно-теменной шов — сосудистые нарушения;
- \* теменная область — плохой сон;
- \* височно-теменной шов — перепады настроения;
- \* сосцевидные отростки — шум в ушах;
- \* затылочные бугры — ухудшение зрения.

##### **Височно-нижнечелюстной сустав:**

- \* тугоухость;
- \* шум в ушах;
- \* зубная боль;
- \* мигрень;
- \* боль плечевого сустава;
- \* шейный прострел;
- \* нервный тик под глазом;
- \* асимметрия лица.

##### **Грудная клетка:**

- \* болезни сердца и его сосудов;
- \* остаточные явления воспаления легких;
- \* последствия бронхита;
- \* кашель.

##### **РЕБЕРНЫЕ ДУГИ:**

- \* упорные боли при язве желудка и двенадцатиперстной кишки;
- \* заболевания желчного пузыря и желчных протоков.

##### **Боковые поверхности остистых позвонков:**

- \* функциональные блокады позвоночно-двигательных сегментов;
- \* позвоночные боли;

- \* спондилоартрозы;
- \* нарушения осанки;
- \* последствия травм позвоночника.

**КРЕСТЕЦ:**

- \* импотенция;
- \* фригидность;
- \* воспаление мочевого пузыря;
- \* бесплодие;
- \* крестцовые боли после родов.

**КОСТНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ:**

- \* последствия травм;
- \* болезни суставов;
- \* нарушения функции кроветворения;
- \* периферические ангиопатии;
- \* ревматические процессы в суставах.

**Кисть и стопа** — являются зонами специфического воздействия для лечения различных заболеваний (имеются специальные таблицы). В целом ПМ этих зон тонизирует функцию вегетативной нервной системы, повышает работоспособность организма. В ПМ следует воздействовать на наиболее болезненные точки.

**4.2.6. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

- \* Надавливание пальцем на одну периостальную точку надкостницы следует проводить ритмично (одно надавливание в 1 с) в течение 0,5–1 мин, затем перейти к другой точке.
- \* Надавливание проводится с постепенным увеличением усилия.
- \* Боль, возникающая во время массажа, допускается, но должна быть переносимой.
- \* Если боль чрезмерная, рекомендуется проводить сначала массаж отдаленных точек с последующим переходом на очаг заболевания.

- \* Количество используемых точек на первой процедуре 4–5, постепенно увеличивая от процедуры к процедуре до 18–20 точек за сеанс.
- \* Массаж следует проводить не чаще чем через день.
- \* Процедуру следует заканчивать приемами «выжимание» и легкими растираниями массируемых участков.

### 4.3. СЕГМЕНТАРНЫЙ МАССАЖ

Если при СТМ и ПМ воздействие происходит на специфические ткани (соединительную, периостальную), то в сегментарном массаже (СМ), с учетом сегментарного строения тела человека, воздействие можно оказывать на следующие терапевтические зоны:

- \* мышечные;
- \* связочные (синдесмоторные);
- \* зоны прикрепления мышц к надкостнице (склерозонные);
- \* нервные (нейротрунккулярные);
- \* капсулы соматических ганглиев (соматоганглионарные);
- \* сосудистые (вериваскулярные).

Чаще всего для графического изображения локализации и распространенности сегментов пользуются схемами *Dejegine-Hansen* (рис.12а и 12б), хотя существуют другие схемы и карты. Эти зоны обозначают по тем спинномозговым нервам, которые их иннервируют.

Различают следующие *сегменты*:

- \* C<sub>1-8</sub> (шейные);
- \* D<sub>1-12</sub> (грудные);
- \* L<sub>1-5</sub> (поясничные);
- \* S<sub>1-5</sub> (крестцовые).

Важной частью сегментарного массажа является план и порядок действий.



#### 4.3.1. Задачи сегментарного массажа

- \* Понимание и устранение всех рефлекторных изменений во всех доступных массажу тканях.
- \* Обработка выявленных рефлекторных изменений оптимальными массажными приемами и их комбинациями.
- \* Выбор меры массажных воздействий, чтобы не вызвать ухудшение состояния больного.
- \* Устранение рефлекторных изменений, а также самого патологического очага, способно благотворно влиять на болезненный процесс, сокращая длительность заболевания и устраняя жалобы больного.

#### 4.3.2. Сегментарное строение человека

Сегмент или спинномозговой сегмент (СМС) — это условная полоска тканей, которая начинается от позвоночника и направляется к боковым поверхностям, переходит на грудную сторону, соединяясь на средней линии груди, переходя на верхние и нижние конечности (рис. 12а, 12б). Сегментарно объединенные части тела, образуя единое функциональное целое, могут влиять друг на друга благодаря тесным нервным, эндокринным и гуморальным связям. Смысл этой сегментации заключается в возможности организма отвечать на внешние раздражения, попадающие на поверхность тела, реакцией отдельных частей тела и образованием местных рефлексов. Конечно, сегментация эта не является чем-то постоянным, а правилом, имеющим исключения.

Хотя мнения различных авторов о топографии сегментов и их связи с внутренними органами не вполне совпадают, все же наиболее оправданно схематическое изображение, предложенное *Hansen* (табл. 3).

Условно сегментарные зоны можно подразделить на четыре большие области:

- \* шейно-воротниковая область;
- \* грудной отдел позвоночника;
- \* поясничная область;
- \* крестцово-копчиковая область.

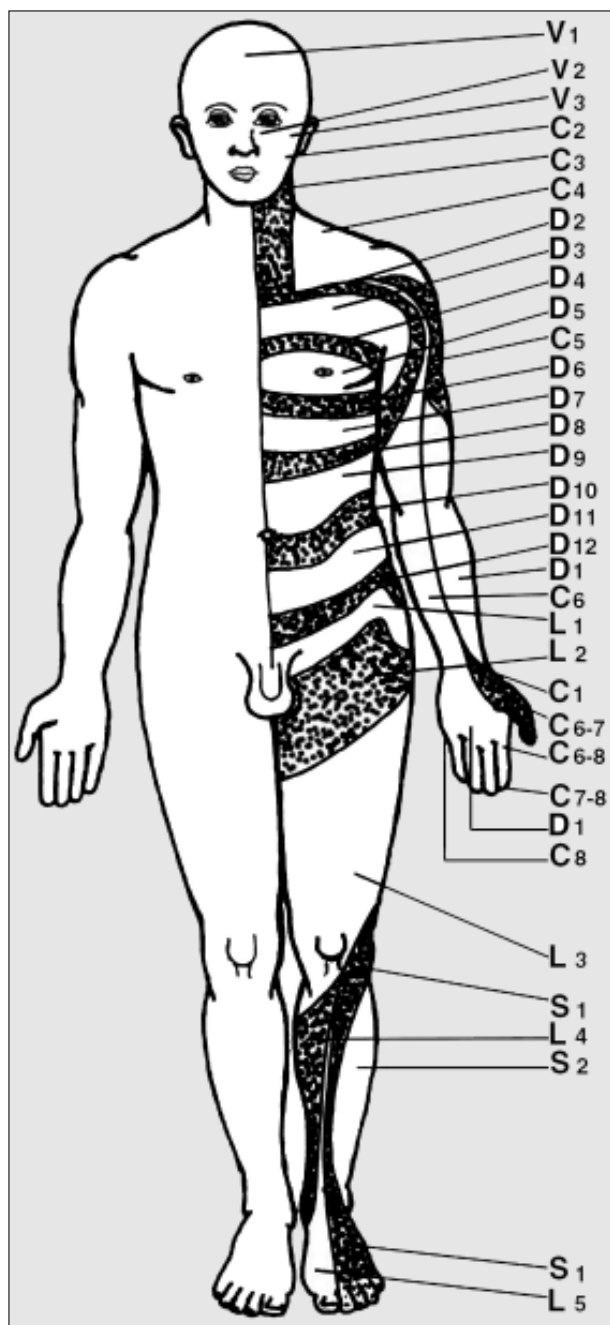


Рис. 12а. Схема сегментарной и кожной иннервации.

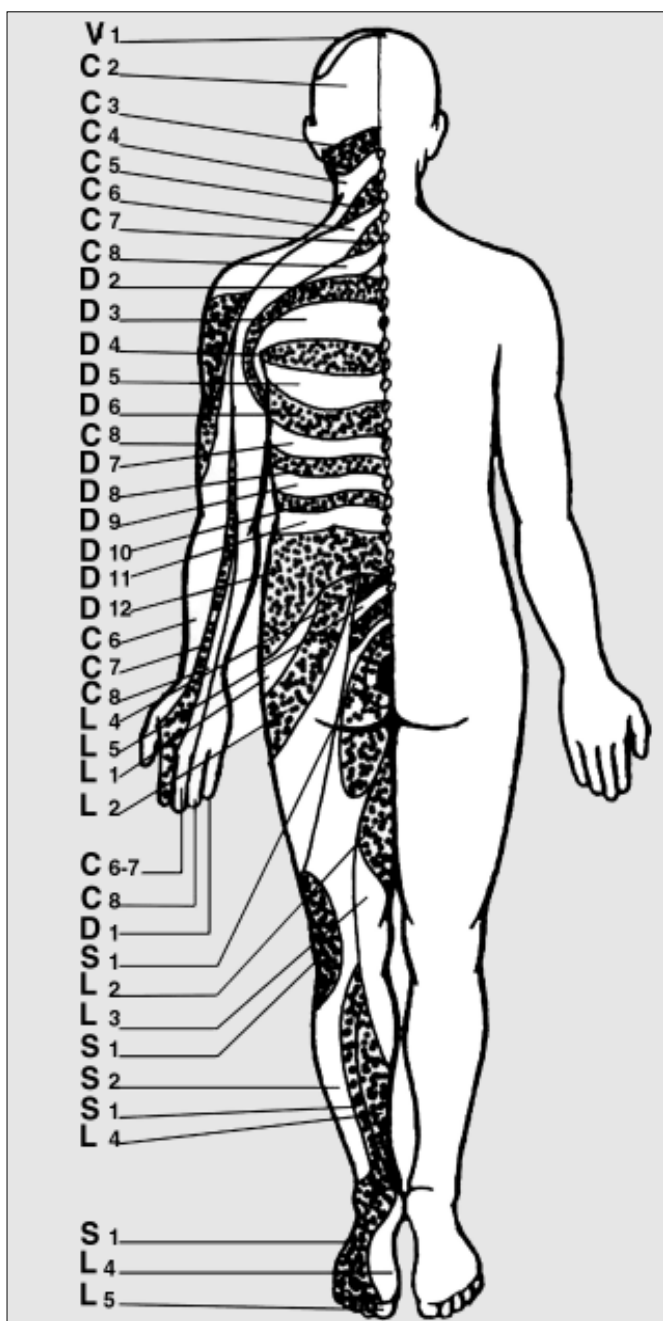


Рис.126. Схема сегментарной и кожной иннервации.

**Таблица 3.** Сегментарная иннервация внутренних органов.

| Сегмент                                                | Орган                                                                                               |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C <sub>3-4</sub>                                       | Легкие                                                                                              |
| C <sub>3-4</sub> слева                                 | Сердце и восходящая часть аорты, поджелудочная железа, селезенка, желудок, двенадцатиперстная кишка |
| C <sub>3-4</sub> справа                                | Печень и желчный пузырь, кишечник                                                                   |
| D <sub>1-5</sub>                                       | Сердце                                                                                              |
| D <sub>5-11</sub> слева                                | Желудок                                                                                             |
| D <sub>3-5</sub>                                       | Легкие                                                                                              |
| D <sub>6-10</sub> справа                               | Двенадцатиперстная кишка                                                                            |
| D <sub>7-9</sub> слева                                 | Поджелудочная железа                                                                                |
| D <sub>8-10</sub> слева                                | Селезенка                                                                                           |
| D <sub>8-11</sub> справа                               | Печень и желчный пузырь                                                                             |
| D <sub>9</sub> -L <sub>2</sub>                         | Кишечник                                                                                            |
| D <sub>10</sub> -L <sub>3</sub>                        | Матка                                                                                               |
| D <sub>10</sub> -L <sub>2</sub>                        | Почки                                                                                               |
| D <sub>10-12</sub> , L <sub>5</sub> , S <sub>1-3</sub> | Предстательная железа                                                                               |
| D <sub>11-12</sub> , L <sub>1-2</sub>                  | Прямая кишка                                                                                        |
| D <sub>11</sub> -L <sub>3</sub> , S <sub>2-4</sub>     | Мочевой пузырь                                                                                      |
| D <sub>12</sub> -L <sub>3</sub>                        | Яичник                                                                                              |

Воздействия на *шейно-воротниковую зону* массажными манипуляциями вызывают функциональные изменения со стороны центральной нервной системы и получают физиологические реакции со стороны внутренних органов: сердца, легких и бронхов, влияют на процессы терморегуляции и обмена веществ. Массаж этой зоны используют при расстройствах сна, гипертонической болезни, головных болях, двигательных и чувствительных нарушениях в верхних конечностях.

*Грудной отдел позвоночника* наиболее тесно связан с сердцем и его сосудами, с желудком, пищеводом, печенью и желчным пузырем, легкими. Поэтому массаж этой области вызывает изменения со стороны указанных органов и используется при этих заболеваниях.

*Поясничная область* тесно связана с почками, кишечником (особенно толстым), поэтому при массаже этой области массажист оказывает влияние на функциональные изменения со стороны этих органов.

*Крестцово-копчиковая область* тесно связана с мочеполовыми органами и отвечает за детородную функцию. Массаж этой области используют для стимуляции гормональной функции половых желез, применяют при сосудистых заболеваниях и травмах нижних конечностей.

#### 4.3.3. План сегментарного массажа

- \* Массаж следует начинать с нижних сегментов, постепенно перемещаясь к вышележащим участкам.
- \* Сначала стремятся устранить поверхностные нарушения, постепенно проникая вглубь.
- \* Сегментарный массаж начинают с проработки паравертебральных участков, воздействуя на сегментарные корешки.
- \* После проработки сегментарных корешков обрабатывают ткани по принципу «от периферии к центру».
- \* Массаж конечностей осуществляется от дистальных участков к проксимальным.
- \* Принципиально сегментарный массаж начинают с массажа спины, а дальнейшие действия связывают с задачами.

#### 4.3.4. Особенности техники сегментарного массажа

- \* Незначительный мышечный тонус лучше поддается средне-частотной вибрации с небольшим давлением. Глубокое разминание, наоборот, ведет к повышению мышечного тонуса.
- \* Распространенный мышечный тонус ликвидируется с помощью сверления.
- \* Миогелозы (или БМУ) хорошо поддаются глубокому разминанию и ишемической компрессии.
- \* Мышцы с пониженным тонусом можно активизировать сильным давлением, частой вибрацией, глубоко действующим разминанием.

- \* При изменениях в надкостнице можно применить легкое растирание, пунктирование, линейное выжимание.

В табл. 4 представлены общие и специфические приемы сегментарного массажа.

**Таблица 4.** Общие и специфические приемы сегментарного массажа.

| Ткань              | Вид рефлекторных изменений                                                                     | Общие приёмы                                                                          | Специфические приемы                                                              |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Покровная</i>   | Набухание<br>Втяжение<br>Гелозы<br>Болезненность<br>Повышенная чувствительность<br>Демографизм | Мельчайшая вибрация<br>Выжимание<br>Потряхивание                                      | Пиление<br>Пересекание<br>Сдвигание<br>Перекатывание<br>Растяжение<br>Штрихование |
| <i>Мышцы</i>       | Гипертонус<br>Гипотонус<br>Миогелоз<br>Повышенная чувствительность<br>БМУ<br>Тяжи              | Разминание<br>Ударные приемы<br>Мелкая вибрация<br>Потряхивание<br>Глубокое выжимание | Разминание основанием ладони с перекатом<br>Перемещение<br>Ишемическая компрессия |
| <i>Надкостница</i> | Вдавления<br>Уплотнения<br>Набухания<br>Болезненность                                          | Сдвигание<br>Надавливание<br>Глубокое растирание                                      | Ритмичное надавливание                                                            |
| <i>Кости</i>       | Нарушение осанки<br>Сколиоз<br>Ограничение объема движений                                     | Пассивные движения<br>Активные движения                                               | ПИРы<br>Мобилизация<br>Манипуляция<br>Гимнастика                                  |

#### 4.4. ВЫВОДЫ

СМ основан на том, что все части человеческого организма представляют собой единое целое и находятся между собой во взаимозависимых и взаимообусловленных связях. Наблюдениями многочисленных исследователей доказано, что ни одно заболевание не является местным, а всегда вызывает рефлекторные изменения преимущественно в сегментарно связанных функциональных образованиях. Эти рефлекторные изменения могут поддерживать заболевание. Их устранение способствует восстановлению нормального состояния, являясь необходимым дополнением местной терапии.

С помощью СМ воздействуют на заболевания через рефлекторные зоны. От других применяемых видов рефлекторного массажа он отличается следующим:

- \* *по технике проведения:* при нем массируют мышцы, соединительную ткань, надкостницу и все участки рефлекторных изменений специальными массажными приемами;
- \* *по плану проведения:* при СМ весь организм рассматривается как единое целое, и в определенном оправдавшем себя порядке стремятся устранить все рефлекторные изменения.
- \* *по дозировке:* при СМ дозировка должна всегда соответствовать реактивности больного и значимости рефлекторных нарушений;
- \* *по показаниям:* в противоположность классическому массажу при СМ учитывают и используют его отдаленное действие на организм человека.

СМ в целесообразном сочетании с другими лечебными воздействиями является исключительным средством для повышения эффективности лечения. Его, конечно, нельзя рассматривать как панацею от всех болезней, но он обогащает методы немедикаментозной терапии.

## 5. ТОЧЕЧНЫЙ МАССАЖ

Точечный массаж в древности широко применялся на Востоке. Он и сегодня является эффективным методом лечения и оздоровления.

Особенность его заключается в механическом воздействии пальцем или специальным инструментом на ограниченные участки кожи и подлежащих ей слоев тканей. Эти участки еще называют биологически активными точками (БАТ). Границы БАТ расплывчаты и их насчитывается около 1000, но для массажа вполне достаточно знание 150 точек.

В изучении особенностей техники и методики точечного массажа есть два различных подхода.

**Первый** — изучение точечного массажа на основе традиционных (восточных) представлений и правил. Ученику придется встретиться с многочисленными архаичными правилами, метафизическими концепциями, философскими мировоззренческими представлениями, трудными для понимания европейца. Это требует от специалиста развития особого рода чувствительности. Такой подход представляется не совсем оправданным.

**Второй** — изучение особенностей точечного массажа как одного из видов *рефлексотерапии*.

### 5.1. ТОПОГРАФИЯ МЕРИДИАНОВ И ТОЧЕК

Для нахождения мест расположения БАТ удобно пользоваться системой, которую открыли восточные врачи. Точки между собой как бы связаны в единую систему, располагаясь на так называемых каналах (меридианах). В международной практике иглорефлексотерапии принято использовать французский индекс обозначения меридианов.

В представленной ниже табл. 5 указаны названия каналов на французском и русском языках, их международный индекс обозначения и номера точек, применяемые в массаже.



**Таблица 5.** Точки, применяемые в массаже.

| Русское название                       | Французское название     | Индекс и номера точек для массажа                                                                                           |
|----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Легких                                 | Poumons                  | P(11) 1, 5, 7, 9                                                                                                            |
| Толстой кишки                          | Gros intestin            | GI(20) 4, 5, 10, 11, 15, 17, 20                                                                                             |
| Желудка                                | Estomac                  | E(45) 2, 11, 12, 18, 25, 30, 36, 38, 41, 42                                                                                 |
| Селезенки –<br>поджелудочной<br>железы | Rate-pancreas            | RP(21) 6, 9, 10, 12                                                                                                         |
| Сердца                                 | Coeur                    | C(9) 1, 3, 7                                                                                                                |
| Тонкой кишки                           | Intestine grele          | IG(19) 5, 8, 9, 11, 19                                                                                                      |
| Почек                                  | Reins                    | R(27) 1, 3                                                                                                                  |
| Мочевого пузыря                        | Vessie                   | V(67) 1, 2, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19,<br>20, 21, 23, 25, 26, 31, 32, 33 34, 36, 40,<br>41, 43, 44, 45, 56, 57, 60, 62 |
| Перикарда сердца                       | Maitre du coeur          | MC(9) 3, 6, 7                                                                                                               |
| Трех обогревателей                     | Trois rechauf feurs      | TR(23) 4, 5, 14, 17, 21                                                                                                     |
| Желчного пузыря                        | Vesicule biliaire        | VB(44) 12, 20, 21, 30, 31, 39                                                                                               |
| Печени                                 | Fole                     | F(14) 3                                                                                                                     |
| Заднесрединный                         | Vaisseau<br>gouverneur   | VG(28) 3, 4, 14, 15, 16, 20, 6                                                                                              |
| Переднесрединный                       | Vaisseau de<br>Conceptio | VC(24) 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 17, 22                                                                                       |

Таким образом, точки объединены в 12 парных и 2 непарных канала (6 ручных и 6 ножных канала).

Кроме основных меридианов в практике восточной рефлексотерапии известны чудесные, поперечные и продольные ло-меридианы и сухожильно-мышечные меридианы, которые топографически повторяют основные меридианы.

Из практических соображений приводим топографические схемы традиционных восточных меридианов и систему сухожильно-мышечных меридианов, так как в массаже воздействие на точки сочетается с воздействием на мягкие ткани (мышцы, сухожилия, подкожно-жировую клетчатку, надкостницу). В отличие от основных меридианов сухожиль-

но-мышечные — имеют более широкий «путь» и объединяют мышцы и сухожилия. Комплексное воздействие на точки, мышцы и сухожилия позволяют эффективно оказывать лечебное и оздоровительное влияние на весь организм.

**Меридиан легких** — Р (11 точек\*) начинается во втором межреберье на передней поверхности грудной клетки, делает изгиб вверх и опускается по внутренней поверхности руки и заканчивается у наружной поверхности ногтевого ложа большого пальца (рис.13).

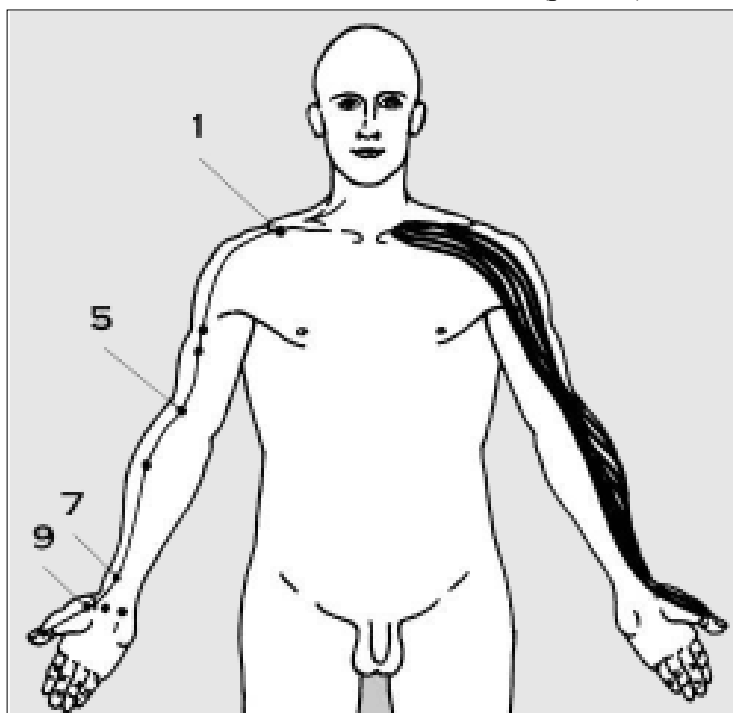


Рис. 13. Меридиан легких.

**Меридиан толстой кишки** — GI (20 точек) начинается около угла ногтевого ложа указательного пальца, проходит по лучевой поверхности предплечья, через локтевой сустав по наружной поверхности плеча, далее идет по трапециевидной мышце к надключичной ямке, отсюда идет на шею, щеку и заканчивается у боковой борозды носа (рис.14).

\* На рисунках обозначены точки, которые применяются в массаже.

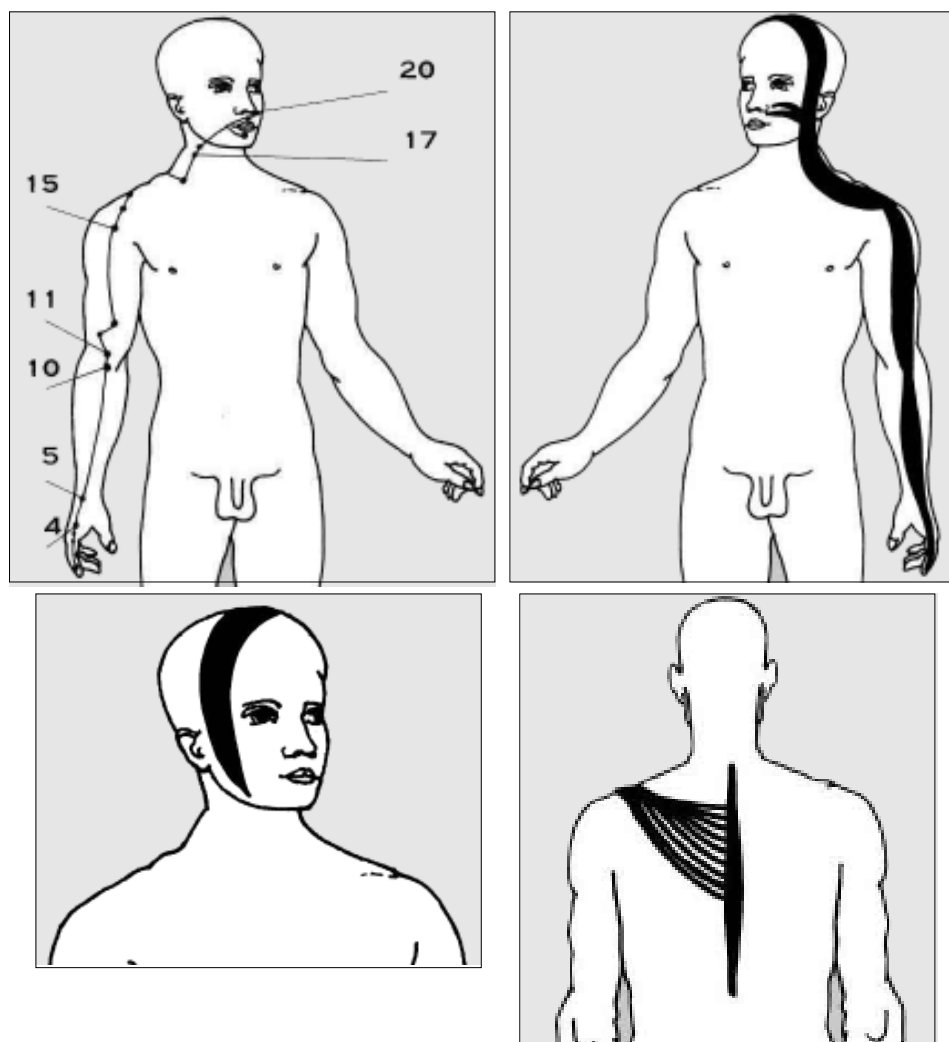


Рис 14. Меридиан толстой кишки.

**Меридиан желудка** — Е (45 точек) начинается у височной части головы, опускается вертикально вниз к нижнему краю орбиты и идет к средней линии подбородка; затем вниз к нижней челюсти, на шею, направляется вертикально вниз по передней поверхности грудной клетки по линии, проходящей через сосок; переходит на боковую линию живота, на бедро и по передней поверхности его идет вниз, огибает

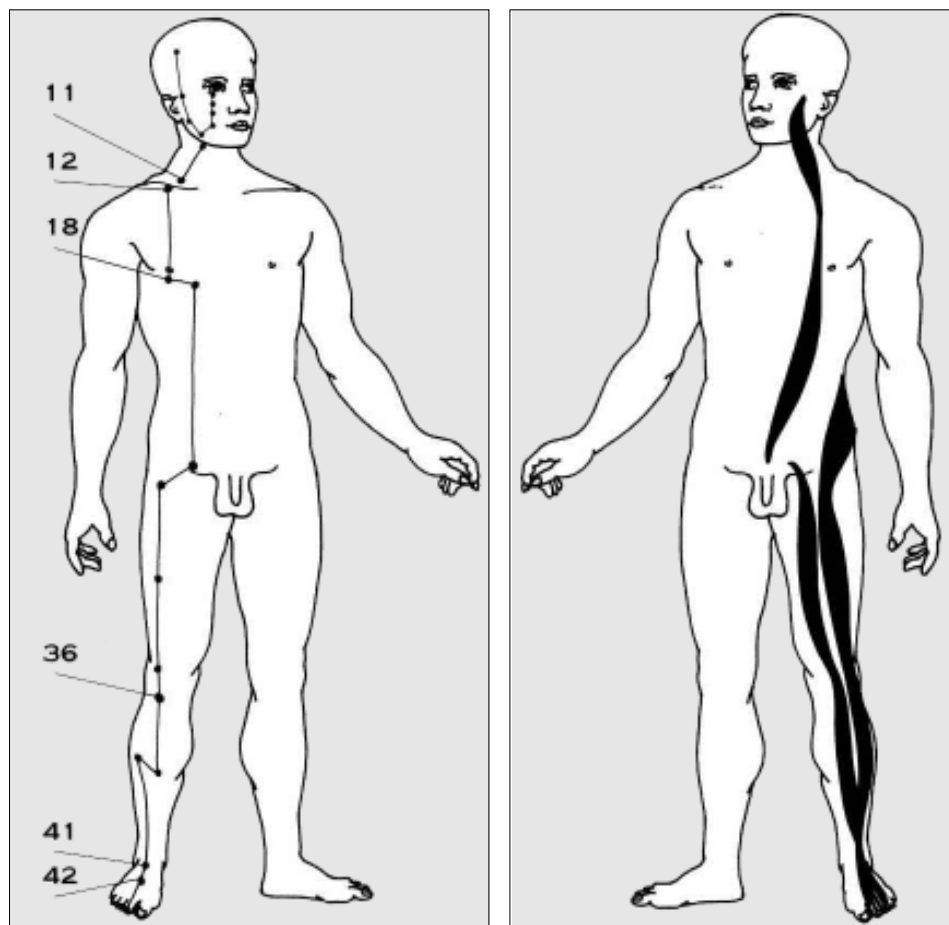


Рис. 15. Меридиан желудка.

наружную поверхность коленной чашечки, опускается вниз по передней поверхности голени, переходит на тыльную поверхность стопы, проходит между 2-м и 3-м пальцами стопы и заканчивается у наружного края 2-го пальца стопы (рис.15).

**Меридиан селезенки-поджелудочной железы** — RP (21 точка) начинается от внутреннего угла ногтя большого пальца и идет по внутренней поверхности стопы к переднему краю внутренней лодыжки; поднимается вверх по внутренней поверхности голени и бедра, проходит через паховую область, переходит на живот и идет кнаружи и параллельно

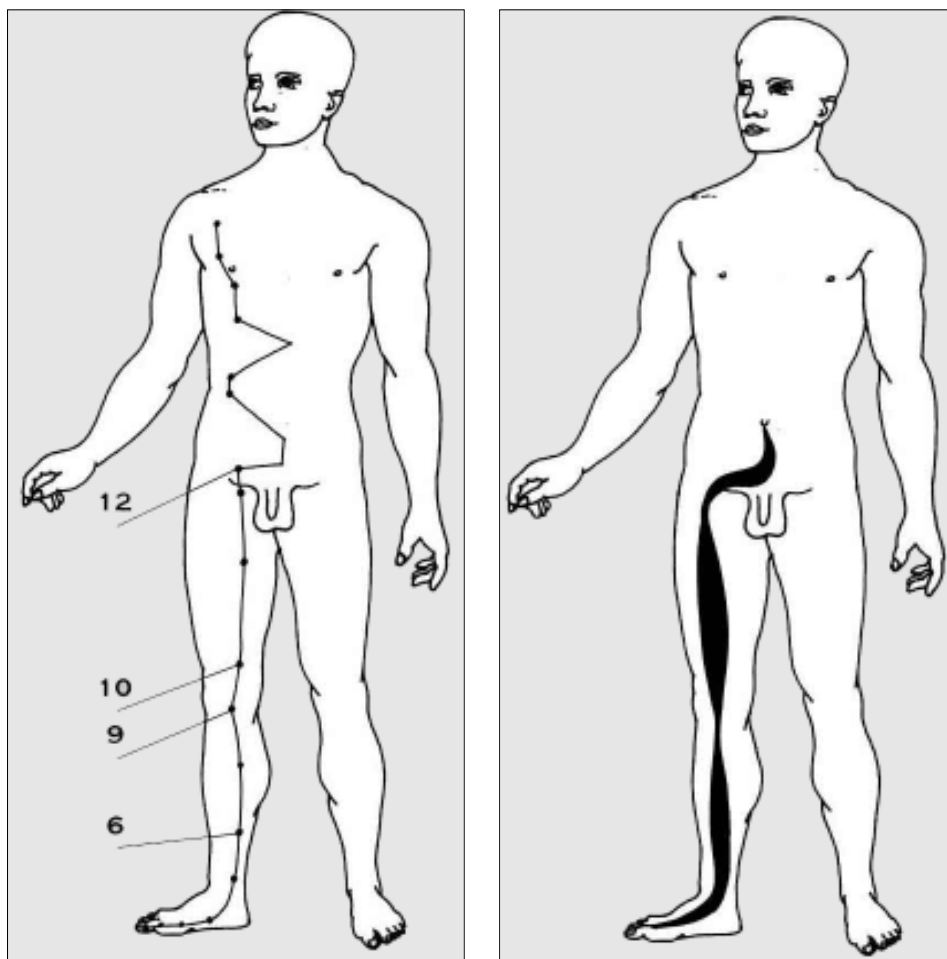


Рис. 16. Меридиан селезенки-поджелудочной железы.

линии меридианов почек и желудка вверх вдоль живота и груди, где делает изгиб наружу и в подмышечную область (рис.16).

**Меридиан сердца** — С (9 точек) начинается в подмышечной ямке, у IV ребра, идет по внутренней поверхности плеча, предплечья до кисти и по внутренней поверхности мизинца (между мизинцем и безымянными пальцами), заканчивается у ногтевого ложа мизинца с внутренней стороны (рис.17).

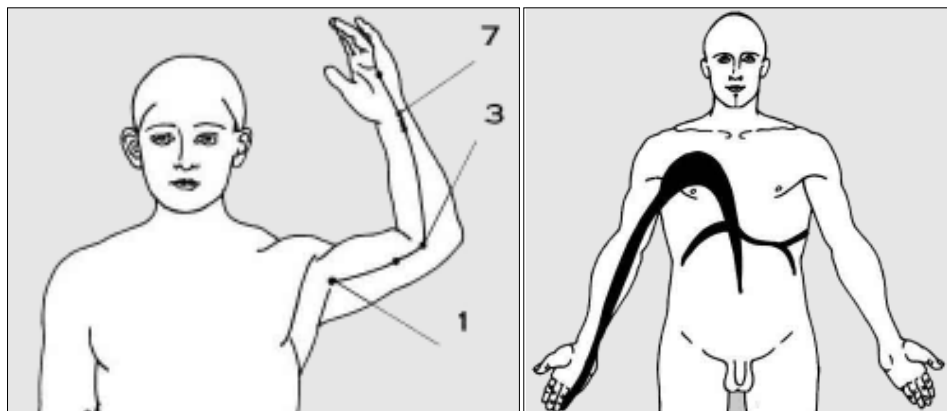


Рис. 17. Меридиан сердца.

**Меридиан тонкой кишки** — IG (19 точек) начинается у наружного края ногтевого ложа мизинца, направляется вверх по наружной поверхности мизинца, кисти, предплечья и плеча, переходит на лопатку, откуда поднимается вверх в надключичную ямку, идет по заднебоковой поверхности шеи и заканчивается возле уха (рис.18).

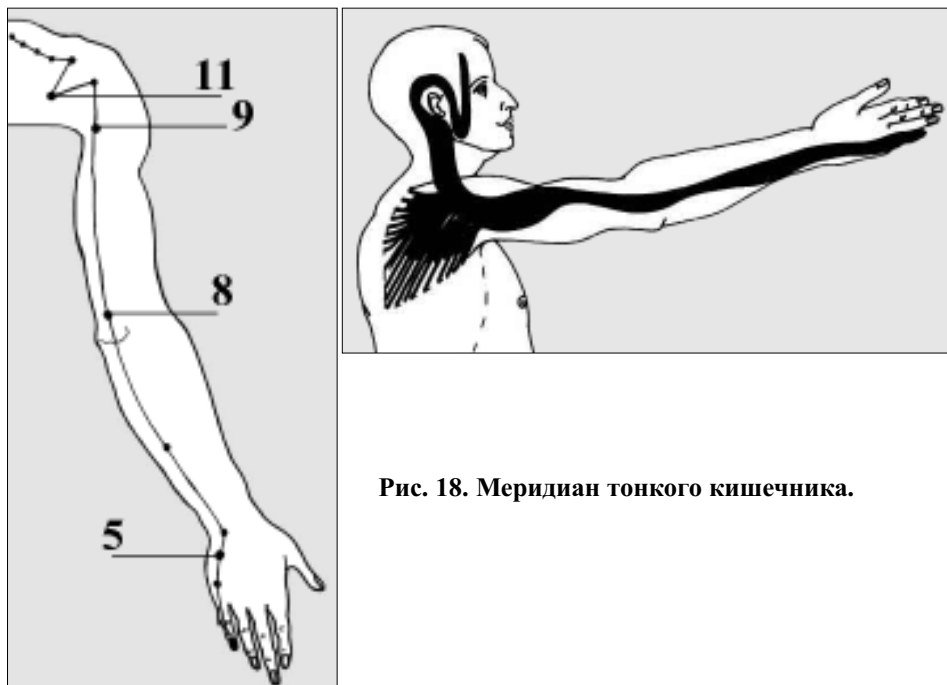


Рис. 18. Меридиан тонкого кишечника.

**Меридиан мочевого пузыря** — V (67 точек) начинается у внутреннего края глаза, поднимается вверх через начало брови и лоб на волосистую часть головы; проходит до задней поверхности волосистой части головы, спускается на заднюю поверхность шеи, на спину и по линии, параллельной средней задней линии, проходит вдоль позвоночника до крестца; отклоняется наружу и идет в виде параллельной линии вверх по внутреннему краю лопатки до второго грудного позвонка, а затем вниз по середине задней поверхности ноги опускается до наружной лодыжки и по наружному краю стопы направляется к мизинцу, где и заканчивается у наружного края ногтевого ложа (рис.19).

**Меридиан почек** — R (27 точек) начинается в центре подошвы, переходит на внутреннюю поверхность стопы ниже внутренней лодыжки, делает зигзаг и поднимается вертикально вверх по внутренней поверхности голени и бедра, переходит на живот и поднимается вверх параллельно переднему срединному меридиану по передней поверхности живота и груди и заканчивается на уровне грудины (рис.20).

**Меридиан перикарда** — MC (9 точек) начинается в четвертом межреберье ниже подмышечной впадины, поднимается выше, делает изгиб и идет вниз по середине плеча и предплечья, по середине лучезапястной складки спускается через ладони и по наружному краю среднего пальца, где и заканчивается у его ногтевого ложа (рис.21).

**Меридиан трех обогревателей** — TR (23 точки) начинается у внутренней поверхности ногтевого ложа 4-го пальца руки, поднимается вверх между 4-м и 5-м пальцами, идет через лучезапястный сустав, поднимается по наружной поверхности предплечья, плеча и плечевого сустава к лопатке, следует по боковой поверхности шеи к верхнему краю ушной раковины, к нижней орбите, заканчивается перед ухом (рис.22).

**Меридиан желчного пузыря** — VB (44 точки) начинается у наружного угла глазной впадины, совершает несколько зигзагов по волосистой части головы над ухом и направляется до затылка, опускается на шею, затем к ключице, подмышечной впадине и по боковой поверхности груди и живота опускается вниз на переднюю поверхность ноги, идет по наружной поверхности бедра, через коленный

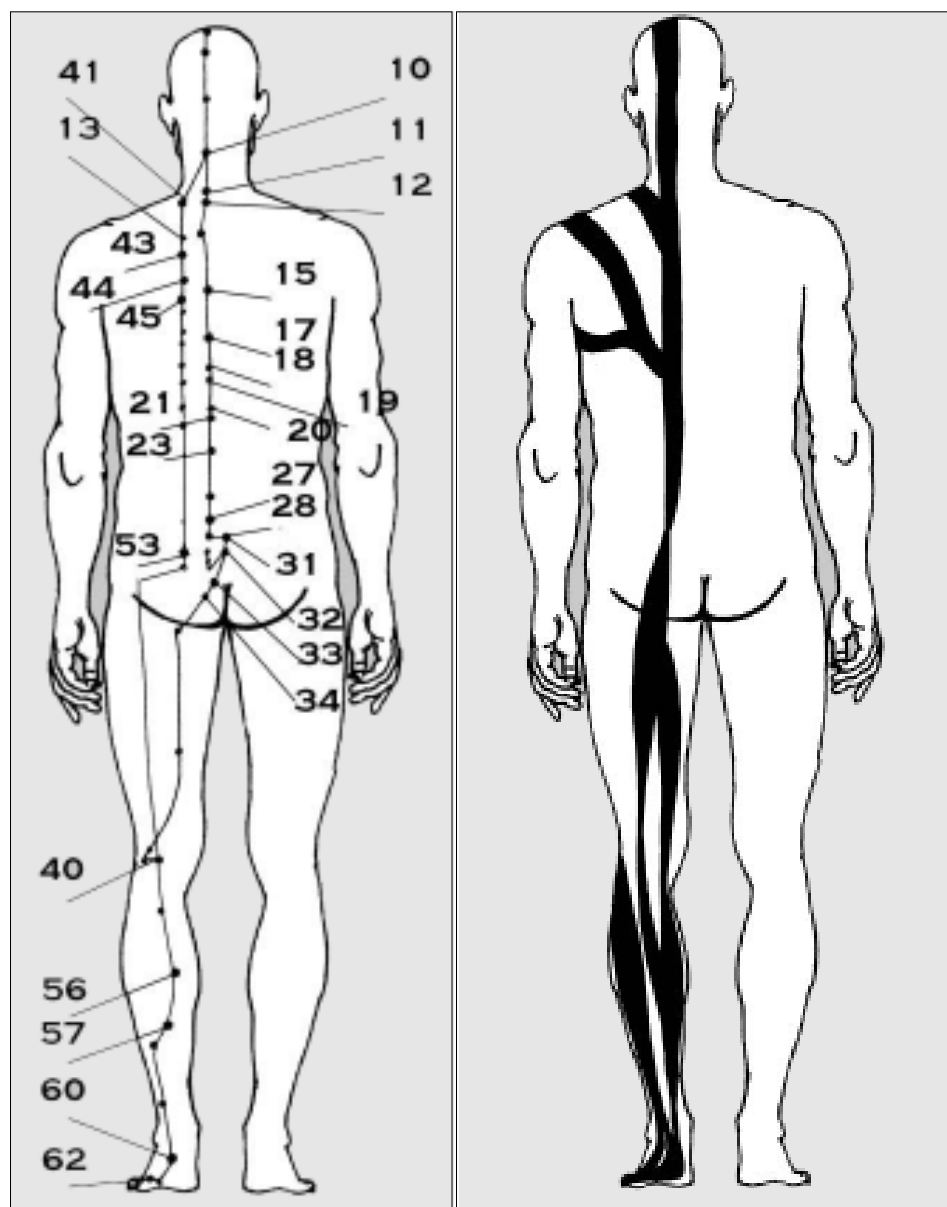


Рис. 19. Меридианы мочевого пузыря.



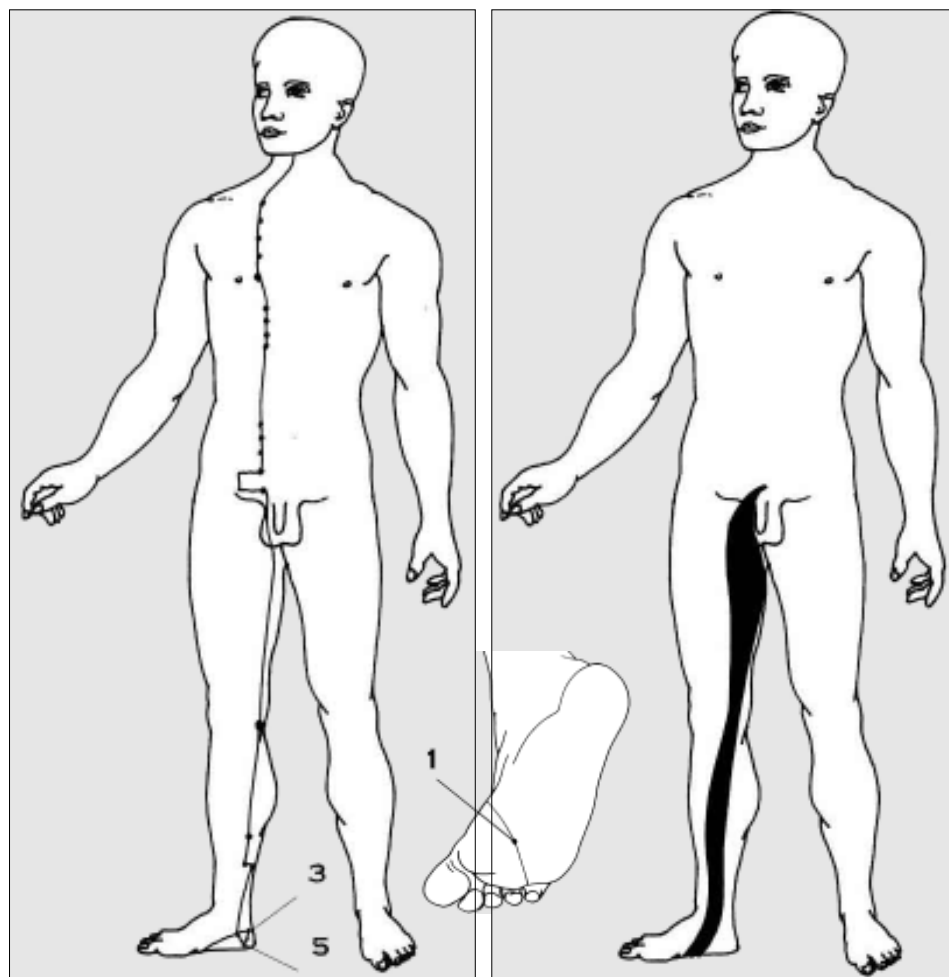


Рис. 20. Меридиан почек.

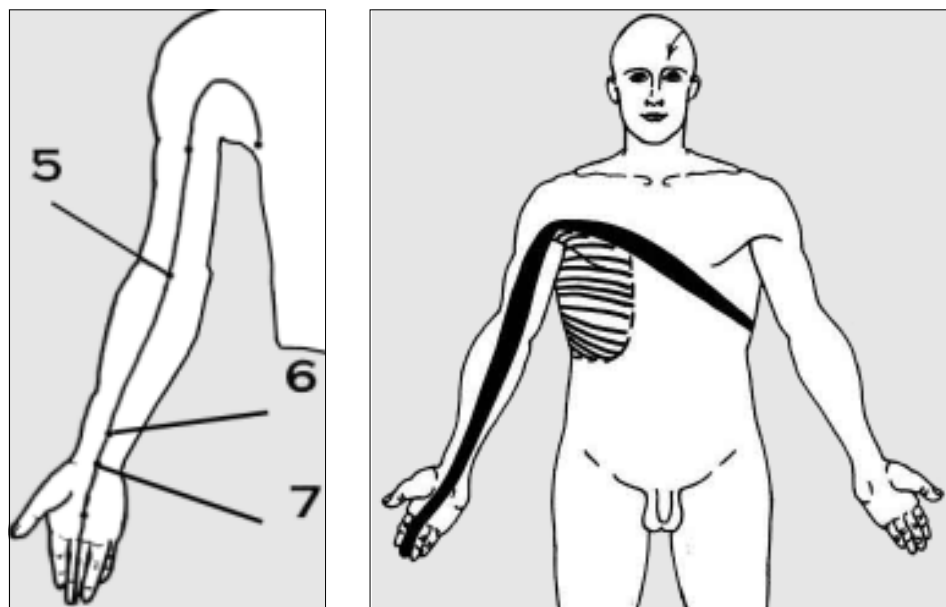


Рис. 21. Меридиан перикарда.

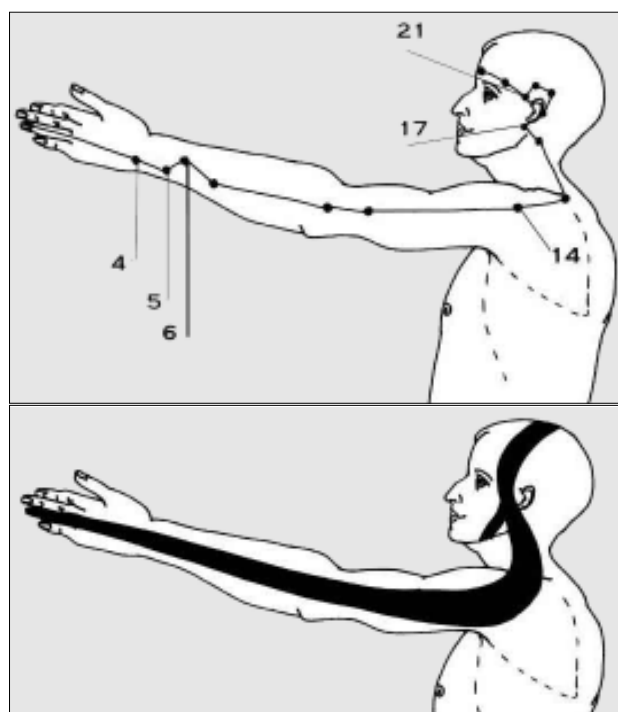


Рис. 22. Меридиан трех обогревателей.

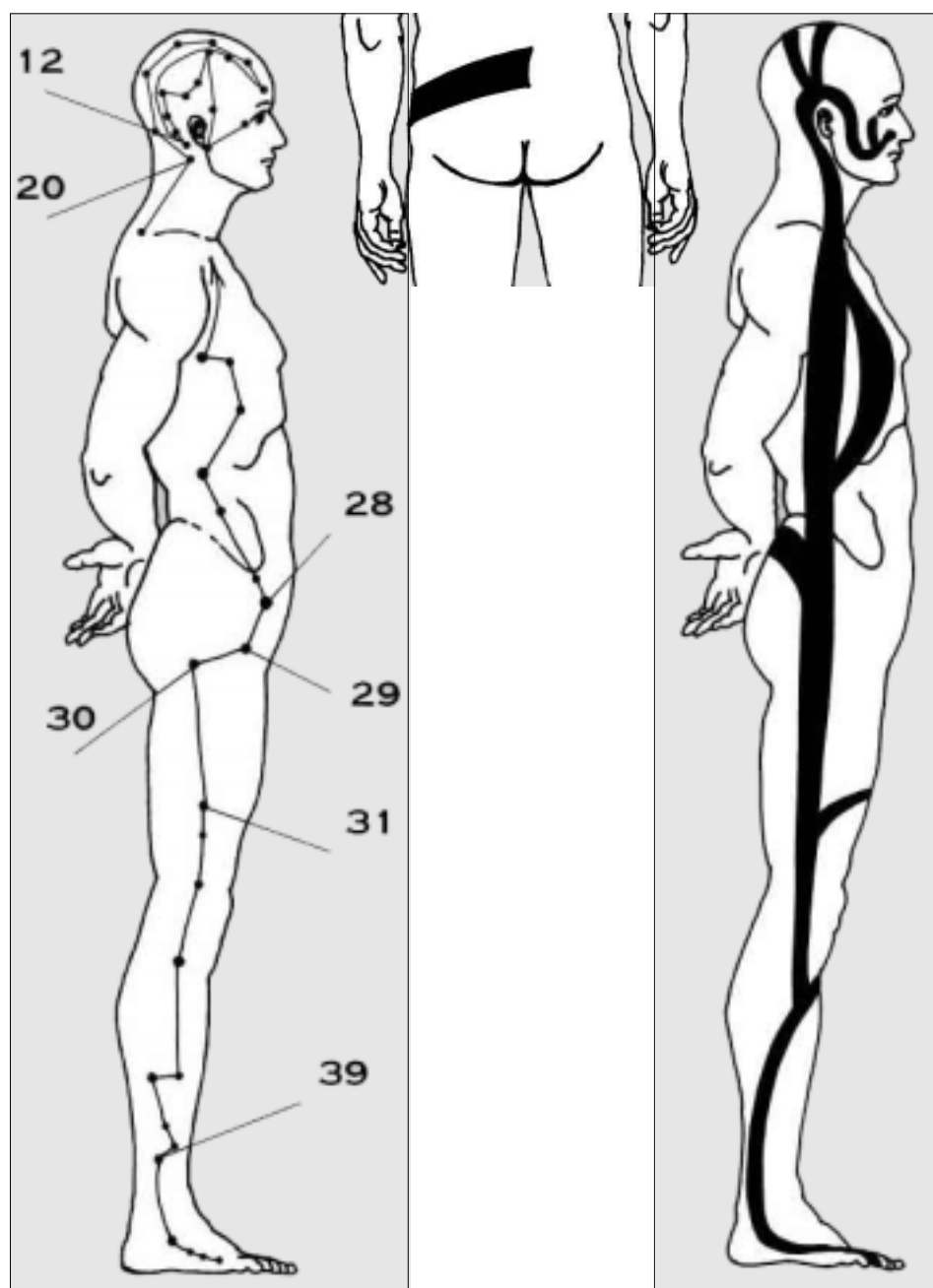


Рис. 23. Меридианы желчного пузыря.

сустав и голень к наружной лодыжке, между четвертым пятым пальцами стопы и заканчивается у наружного края ногтя четвертого пальца стопы (рис.23).

**Меридиан печени F (14 точек)** берет начало от большого пальца нижней конечности снаружи от ногтевого ложа и поднимается вверх по наружной поверхности большого пальца стопы, перед внутренним мыщелком, по внутренней поверхности голени, коленного сустава и бедра до нижней части живота, до IX ребра, где и заканчивается у нижнего края реберной дуги в месте прикрепления IX реберного хряща (рис.24).

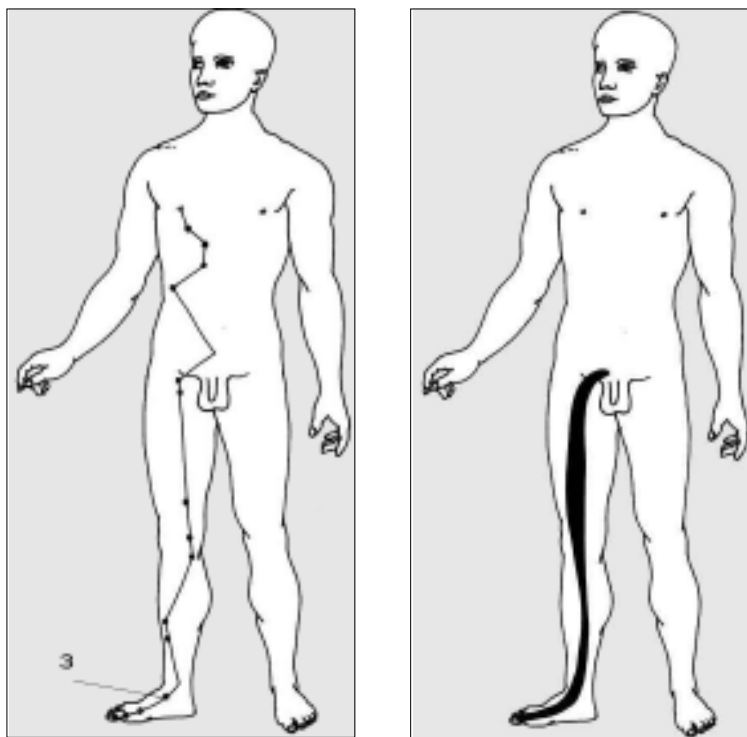


Рис. 24. Меридиан печени.

**Заднесрединный меридиан** — VG (28 точек) начинается от копчика, направляется снизу вверх сзади по средней линии тела вдоль поясничного, грудного и шейного отделов позвоночника, переходит на среднюю линию головы сзади наперед, спускается на середину лба,

идет через центр кончика носа и заканчивается на середине верхней губы (рис.25).

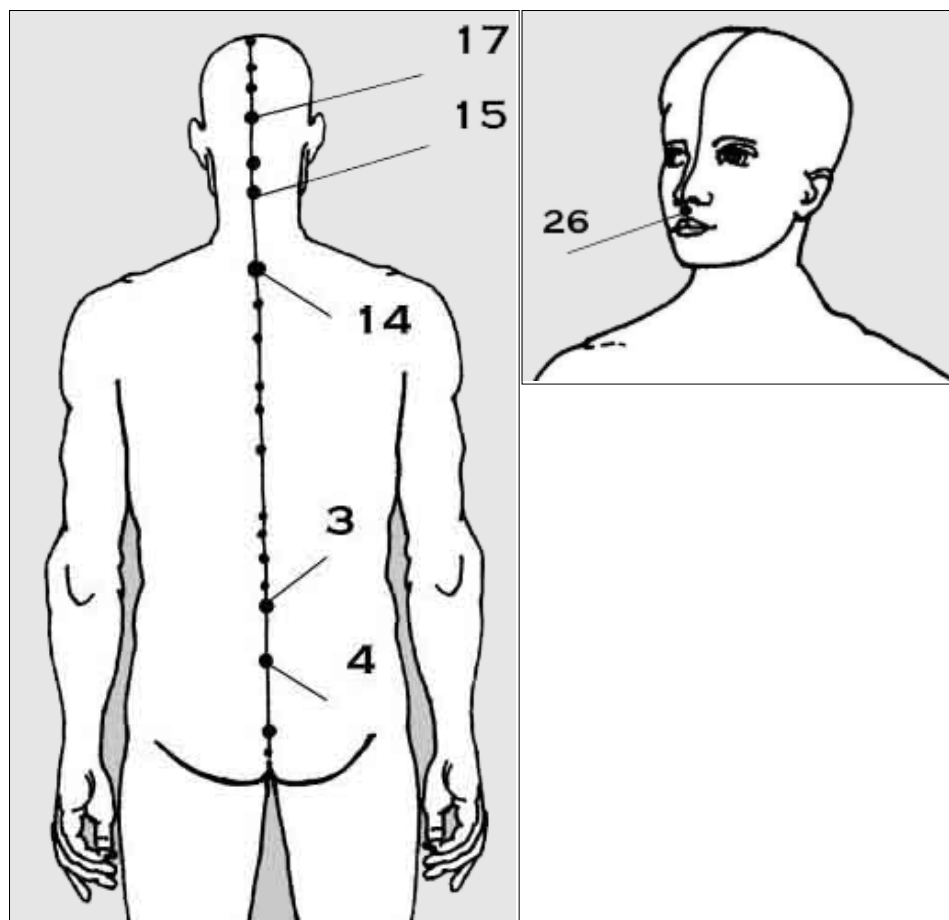


Рис. 25. Заднесрединный меридиан.

**Переднесрединный меридиан** — VC (24 точки) начинается в области промежности, поднимается вверх по средней линии живота и грудной клетки через грудину, идет по передней поверхности шеи, по средней ее линии до середины подбородка, где и заканчивается (рис.26).

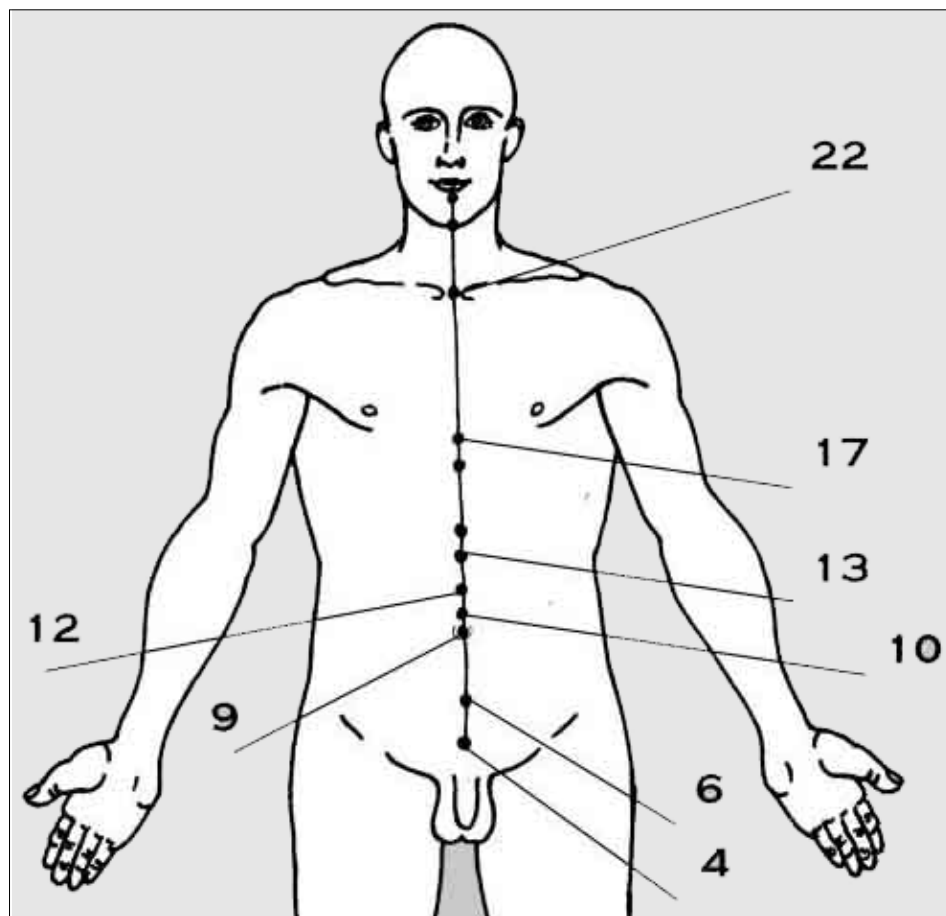


Рис. 26. Переднесрединный меридиан.

## 5.2. ПРИНЦИПЫ И ПРАВИЛА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОЧЕЧНОГО МАССАЖА

На основании литературных данных и нашего опыта можно сказать, что точечный массаж — эффективный метод лечения и оздоровления и очень хорошо сочетается с другими методами массажа. Хорошо поддаются лечению хронические заболевания позвоночника, последствия травм, заболевания суставов, некоторые заболевания нервной и нервно-сосудистой систем. Точечный массаж рекомендуется для восстановления нарушения кровообращения, функций дыхания, функций органов пищеварения, органов малого таза.

Если точечный массаж выполнен правильно, он практически не вызывает побочных явлений.

Применять точечный массаж, как и другие виды массажа, можно только после обследования пациента, установления диагноза. Важно тщательно выявлять болезненные точки, уплотненные и напряженные мышцы.

Теоретические основы точечного массажа тождественны основам рефлексотерапии. В конце главы представлена табл. 6, в которой указано, для каких лечебных целей можно применять массаж сухожильно-мышечных меридианов.

## 5.3. ПОИСК И НАХОЖДЕНИЕ ТОЧЕК

Одним из важных моментов в точечном массаже является поиск и нахождение *биологически активных точек*. Вот несколько правил нахождения точек.

- \* Отправным моментом является *топография* расположения точки.
- \* Точка всегда находится в некоем анатомическом углублении и при точном попадании массажист ощущает особое чувство провала в ямку, палец как бы прилипает к точке.
- \* При попадании в точку возникает чувство *ломоты, распира-ния, тяжести, иррадирующего тока, покалывания, онемения*, так называемое преднамеренное ощущение.

## 5.4. СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ТОЧЕК

Условно все точки можно разделить на следующие группы:

**1. Точки широкого спектра воздействия** — общеукрепляющие (см. табл. 7). Эти точки достаточно часто используются в массаже и имеют большое терапевтическое значение при различных заболеваниях.

**2. Сегментарные точки** (см. табл. 8). Эти точки соответствуют спинномозговым сегментам и по рефлекторным путям имеют связь с внутренними органами. В массаже они имеют большое значение и частое применение.

**3. Точки скорой помощи** (см. табл. 9), т.е. активные точки, рекомендуемые для оказания неотложной помощи.

В восточной рефлексотерапии известны еще точки *системные, симптомные, противоболевые и точки желез внутренней секреции*, в массаже они имеют меньшее практическое значение.

## 5.5. ТЕХНИКА ТОЧЕЧНОГО МАССАЖА

На точки можно оказывать различное воздействие.

Их можно:

- \* поглаживать,
- \* растирать,
- \* надавливать,
- \* вибрировать,
- \* вонзать,
- \* ввинчивать,
- \* постукивать,
- \* поколачивать,
- \* пунктировать,
- \* вращать.



Вся эта техника, как правило, выполняется ногтевым краем указательного пальца (крючок), подушечкой большого пальца, или косточкой фаланги согнутого указательного пальца, или специальным для точечного массажа инструментом.

*Различают три способа воздействия на точки:*

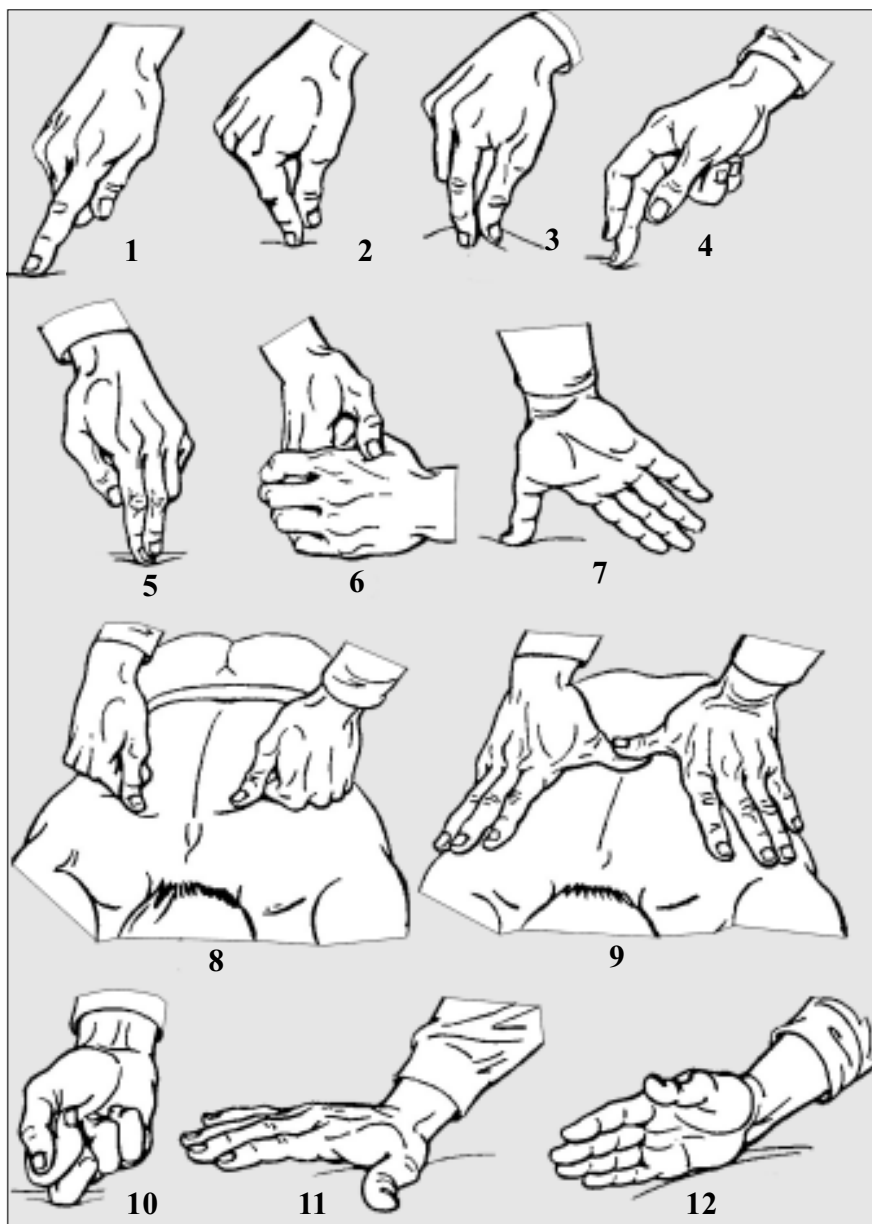
- \* **тонизирующий**, возбуждающий или активизирующий;
- \* **гармонизирующий**, уравнивающий или нейтральный;
- \* **седативный**, успокаивающий или угнетающий.

Требуемого воздействия можно добиться несколькими подходами (табл. 6): техникой приемов, глубиной проникновения, продолжительностью массажа.

**Таблица 6.** Техника и методика точечного массажа

| Способ          | Техника                                                                                  | Усилие     | Глубина                           | Время       |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------|-------------|
| Тонизирующий    | Поглаживание<br>Поколачивание<br>Толчок<br>Вращение                                      | 0,2 – 1 кг | В кожном слое                     | 0,5 – 1 мин |
| Гармонизирующий | Вращение<br>Растирание<br>Среднечастотная вибрация<br>Надавливание                       | 1 – 3 кг   | Фасции<br>Мышцы                   | 1 – 2 мин   |
| Седативный      | Вонзание<br>Ввинчивание<br>Сверление<br>Надавливание<br>Глубокая вибрация<br>Защипывание | 3 – 9 кг   | Надкостница<br>Мышцы<br>Сухожилия | 2 – 5 мин   |

На рис.27 показаны техники точечных воздействий, использующие разные элементы кисти.



**Рис. 27. Техника точечного массажа:**

*1, 2, 3, 4, 5 – ногтевой край пальца; 6, 7, 8, 9 – подушечка большого пальца; 10 – «костяшка»; 11 – бугор большого пальца; 12 – гороховидная косточка.*

**Тонизирующий** метод используют:

- \* при хронических заболеваниях;
- \* при недостатке секреторной и моторной функций;
- \* при вялости, усталости, дряблости мышц.

**Гармонизирующий** метод используют с целью уравнивания процессов возбуждения и торможения в организме.

**Седативный** метод используется:

- \* при перевозбуждении, агрессивности,
- \* для снятия приступа.

Точечный массаж можно с большим эффектом применять как самостоятельный метод лечения или оздоровления, или в сочетании с другими методиками массажа.

## 5.6. ПРАВИЛА ПРАКТИЧЕСКОГО УСВОЕНИЯ ТОЧЕК

Путь усвоения, запоминания большого количества точек достаточно прост.

1. Прежде всего, следует хорошо изучить и практически освоить точки *общего характера воздействия*.
2. Изучить и практически освоить *сегментарные точки*.
3. Изучить точки воздействия в *неотложных случаях* (скорая помощь).
4. Изучить и постепенно практически осваивать *точки при заболеваниях*.

## 5.7. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОЧЕК ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Для повышения защитных сил организма, используют точки *общего воздействия*: P<sub>7</sub>, GI<sub>4</sub>, GI<sub>11</sub>, E<sub>36</sub>, RP<sub>6</sub>, R<sub>6</sub>, MC<sub>6</sub>, TR<sub>5</sub>, VC<sub>4</sub>, VG<sub>14</sub>.

*Астенический синдром* — P<sub>7</sub>, G<sub>14</sub>, 11.

*Бессонница* —  $RP_6, V_{18, 19, 21}, VC_{6, 12}, VG_{20}, C_7, MC_6, E_{36}, F_3$ .

*Бронхиальная астма* — «хриплое дыхание» —  $V_{12, 13}, VC_{17}, P_7, GI_4$ .

«пыхтящее дыхание» —  $R_3, V_{13, 20, 23}, VC_{4, 6, 12, 17}$ .

*Варикозное расширение вен* —  $E_{36, 41}, RP_{6, 10}, R_{1, 3}, MC_6, VB_{30, 31}, V_{25, 31, 32, 33, 34, 40, 60}$ .

*Геморрой* — жесткий массаж подошвенной части стопы —  $R_1, VG_{20}$ .

*Головная боль* в лобной области —  $GI_4, E_{36}, V_2$ .

*Головная боль* в теменной области —  $V_2, VG_{20}$ .

*Головная боль* в затылочной области —  $V_{10, 11, 60}, VB_{20}, VG_{16}$ .

*Головная боль* в височной области —  $E_2, TR_5$ .

*Мигрень* —  $P_7, GI_{4, 10, 11}, E_{36}, RP_{6, 9}, C_7, V_{2, 60}, MC_{6, 7}, TR_5, VB_{20, 21, 39}, VG_{20}$ .

*Мигрень* с повышенным артериальным давлением) —  $GI_4, V_2$ .

*Грипп* —  $VG_{16}, VB_{20}, V_{13}, P_1$ .

*Запор*, сопровождающийся болями, вздутием живота, ложными позывами к дефекации, жаждой, неприятным запахом изо рта, появлением на языке сухого желтого налета —  $VC_{12}, E_{25, 36}, GI_{11}, V_{25}$ .

*Запор*, сопровождающийся общей слабостью и беспокойством, чувством холода в пояснице —  $R_3, VC_4, V_{23}, C_7$ .

*Запор*, сопровождающийся отсутствием аппетита, сильной усталостью, вздутием живота, бледным лицом —  $VC_{6, 12}, V_{20, 21}, E_{25}$ .

*Оздоровляющий массаж* —  $E_{36}, V_{43}, RP_6, VB_{39}, R_6, VG_{20}, P_7, VC_{5, 6}$ .

*Половая слабость* —  $VG_{3, 4}, V_{23, 31, 32, 33, 34}, VC_{4, 6}, G_{14}, RP_{6, 9}$ .

*Хронический бронхит* —  $V_{13, 15}, R_1, VC_{17}$ .

*Хронический гастрит* —  $V_{17, 19, 20, 21}, VC_{12}, E_{25}$ .

*Язвенная болезнь* — см. хронический гастрит +  $E_{36}, TR_5, MC_{3, 6}$ .

При головной боли используют также массаж подошвенной части стопы, массаж пальцев; каждую стопу массируют примерно 10–15 мин.

При заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания с большим эффектом используют точки, находящиеся в сегментарных зонах, на канале мочевого пузыря (V) и заднесрединного (VG).

## 5.8. ТОЧЕЧНЫЙ САМОМАССАЖ

Точечный массаж можно использовать как дополнительное средство в самомассаже и его применяют в следующих случаях:

1. Для улучшения самочувствия —  $GI_4, E_{36}$ .
2. Для улучшения мозгового кровообращения —  $E_{36}$  (ежедневно).
3. При приступе стенокардии следует сильно сжать или прикусить концевую фалангу мизинца ( $C_9$  —  $IG_1$ ).
4. При кашле массируют концевую фалангу среднего пальца.
5. При бронхиальной астме следует сильно сжать концевую фалангу большого пальца и  $GI_4$ .
6. При обморочном состоянии —  $VG_{26, 25}, VC_{24}$ .
7. При повышенной потливости массируют ладони.
8. При икоте  $GI_{5, 6}$ .
9. При запоре рекомендуется ходить по мелкой гальке, керамзиту.
10. При геморрое поколачивают (сильно) подошвенную часть стопы.
11. Для улучшения мозгового кровообращения, с целью профилактики склероза, снятия нервно-психических расстройств, при нарушении сна массируют затылочные бугры, затылочные дуги, область шейных позвонков, сосцевидных отростков.

**Таблица 7.** Использование мышечно-сухожильных меридиан в массаже.

| <b>МЕРИ-<br/>ДИАН</b> | <b>Функциональные<br/>нарушения</b>                                                                                                               | <b>Соматические<br/>нарушения</b>                                                                                                                           | <b>Специфические<br/>заболевания</b>                                                                         |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Р</b>              | Бронхит, пневмония, одышка, кашель, бронхиальная астма, синуситы                                                                                  | Боль: в грудной клетке, спине, ключице, плече-локтевом суставе                                                                                              | Головная боль, бессонница, повышенная температура, ночная потливость, носовые кровотечения, кожные сыпи, зуд |
| <b>GI</b>             | Заболевания толстого кишечника                                                                                                                    | Боль: в пальцах, лучезапястном суставе, предплечье, плече-локтевом суставе                                                                                  | Звон и шум в ушах, снижение слуха, гипертоническая болезнь, заболевания кожи, носовые кровотечения           |
| <b>Е</b>              | Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, рвота, запор, понос, метеоризм                                                               | Артриты: суставов стоп, бедра, коленного сустава. Боли: в голени, тыльной части стопы, области передней брюшной стенки, передней поверхности грудной клетки | Артериальная гипертензия, маниакально-депрессивные состояния, отеки лица                                     |
| <b>RP</b>             | Вздутие живота, запор, понос, тошнота, рвота, боль и ощущение тяжести в области подреберья, снижение аппетита, венозный застой нижних конечностей | Боль: в стопе, голеностопном суставе, голени, коленном суставе, внутренней поверхности бедра, груди                                                         | Локальные отёки, катаракта                                                                                   |
| <b>С</b>              | Сердцебиение, гипертония, гипотония, нарушения кровообращения, верхних конечностей                                                                | Межреберная невралгия. Боль: в груди, области плеча, локтевом суставе                                                                                       | Страх, внутреннее беспокойство, истерия, психозы                                                             |
| <b>IG</b>             | Диспепсия, тошнота, рвота                                                                                                                         | Боль: в задней поверхности предплечья                                                                                                                       | Гипертония                                                                                                   |

Окончание табл. 7.

| Мери-<br>диан | Функциональные<br>нарушения                                                                     | Соматические<br>нарушения                                                                                                                               | Специфические<br>заболевания                                            |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>V</b>      | Задержка или недержание мочи, цистит, пиелонефрит, нефрит, болезни органов грудной полости      | Судороги и парез мышц голени.<br>Боль: в стопе, пятке, голени, бедре, крестце, позвоночнике, области затылка                                            | Геморрой, ринит                                                         |
| <b>R</b>      | Задержка или недержание мочи, болезни почек, нефрит, пиелонефрит                                | Боль: в подошве, внутренней части лодыжки и голени, бедра                                                                                               | Эмоциональные расстройства, нарушение слуха                             |
| <b>MC</b>     | Заболевания сердца: эндокардит, миокардит, неврогенное сердцебиение                             | Судорога мышц руки, межреберная невралгия.<br>Боль: в области локтевого сустава, плече, предплечье                                                      | Гипотония, сексуальные расстройства                                     |
| <b>TR</b>     | Нарушение теплорегуляции                                                                        | Головокружение, головная боль, шум в ушах, глазные заболевания.<br>Боль: в кисти, предплечье, локтевом суставе, плече, лопатке, шее и затылке           | Эпилепсия, нарушение половых функций                                    |
| <b>VB</b>     | Холецистит, тошнота, рвота, горечь во рту, дискинезия желчных путей, расстройство ЖКТ           | Головная боль в височной и затылочной частях.<br>Боль: в области тыльной части стопы и пальцев, тазобедренном суставе, коленном суставе, груди и животе | Нервно-психические расстройства                                         |
| <b>F</b>      | Желтуха, гепатит, заболевания ЖКТ, тошнота, рвота, понос, запор, нарушение менструального цикла | Опущение матки и влагалища, недержание мочи.<br>Боль в: стопе, голени, бедре                                                                            | Раздражительность, страхи, дерматозы                                    |
| <b>VC</b>     | Болезни, почек, болезни сердца                                                                  | Заболевания позвоночника                                                                                                                                | Обмороки, истерия, маниакальные возбуждения                             |
| <b>VG</b>     | Заболевания половых органов, новообразования в малом тазу                                       | Нарушение стула, геморрой                                                                                                                               | Тик и контрактура лица, боли и опухание десен, слезотечение, косоглазие |

**Таблица 8.** Общеукрепляющие точки.

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Хэ-гу GI <sub>4</sub>         | Неврит лицевого нерва, зубная боль, парез мимических мышц рта, носовое кровотечение, шум в ушах, боль и отек горла, контрактура пальцев, лихорадка, потливость, аменорея                                                                                                                              |
| Цюй-чи GI <sub>11</sub>       | Боль в суставах верхних конечностей, туберкулез легких, атония кишечника, крапивница, нейродермит, неврастения, нарушение менструального цикла, гипертензия                                                                                                                                           |
| Ле-цюе P <sub>7</sub>         | Боль в области сердца, кашель, удушье, последствия неврита лицевого нерва, боль в запястье, боль в локтевом суставе, зудящие дерматозы                                                                                                                                                                |
| Ней-гуань MC <sub>6</sub>     | Боль в области сердца, стенокардия, тахикардия, кашель с астматическим компонентом, ларингит, гипертензия, отрыжка, рвота, боль в желудке, лихорадочные состояния, расстройства психики                                                                                                               |
| Мин-мэнь VG <sub>4</sub>      | Сильная головная боль, напряженность мышц позвоночника и шеи, боль в пояснице, высокая температура тела без потливости, эндометрит, аднексит, бели, импотенция, недержание мочи, понос, геморрой, астеническое состояние, нарушение сна, судороги у детей                                             |
| Чжао-хай R <sub>6</sub>       | Расстройства менструального цикла, опущение влагалища и матки, боль внизу живота, заболевания органов ЖКТ, заболевания печени, заболевания поджелудочной железы, неврастения, бессонница, импотенция, эпилептиформные припадки, гипотензия, нарушение мозгового кровообращения, ожирение              |
| Да-чжуй VG <sub>14</sub>      | Простудные лихорадочные состояния, кашель, бронхиальная астма, боль в подреберье, желтуха, рвота, ригидность мышц затылка, судороги у детей, психические заболевания                                                                                                                                  |
| Цзу-сань-ли E <sub>36</sub>   | Нарушение функции желудка и кишечника, боль в коленном суставе и голени, заболевания глаз, лихорадочные состояния, недержание или задержка мочи, гипертензия, астенические состояния                                                                                                                  |
| Вай-гуань TR <sub>5</sub>     | Катар верхних дыхательных путей, головная боль, боль в затылке, шум в ушах, тугоухость, паротит, затруднение движения в локтевом суставе, тремор рук, паралич мышц верхних конечностей, люмбаго, глазные болезни, запор, гипотензия, астения, нарушение сна, неврозы, паркинсонизм с ригидностью мышц |
| Сань-инь-цзяо RP <sub>6</sub> | Недостаточность функции желудка, боль внизу живота. дисменорея, бесплодие, импотенция, недержание мочи, боль при грыже, парез и паралич нижних конечностей, гипертензия, переутомление, неврастения                                                                                                   |



**Таблица 9.** Сегментарные точки.

| Орган                   | Наименование точки          | Симптомы и болезни                                                                                         |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Сердце                  | Синь-шу V <sub>15</sub>     | Боль и стеснение в груди, кашель, потливость во время сна, сердечная боль                                  |
| Диафрагма               | Гэ-шу V <sub>17</sub>       | Болезни сердца, тошнота, рвота, слабость рук и ног, спазм пищевода                                         |
| Печень                  | Гань-шу V <sub>18</sub>     | Острый и хронический гепатит, холецистит, сухость во рту, судороги ног, ослабление зрения                  |
| Желчный пузырь          | Дань-шу V <sub>19</sub>     | Головная боль, озноб, горечь во рту, желтуха, холецистит                                                   |
| Селезенка               | Пи-шу V <sub>20</sub>       | Боли в сердце, отсутствие аппетита, желтуха, быстрая утомляемость                                          |
| Желудок                 | Вэй-шу V <sub>21</sub>      | Боли в животе, метеоризм, дистрофия, гастрит, опущение желудка, панкреатит                                 |
| Почка                   | Шэнь-шу V <sub>23</sub>     | Опущение почек, ишиас, моча с кровью, боли внизу живота                                                    |
| Толстый кишечник        | Да-чан-шу V <sub>25</sub>   | Нарушение стула, вздутие живота, боли и рези вокруг пупка                                                  |
| Тонкий кишечник         | Сяо-чан-шу V <sub>27</sub>  | Рези в животе, геморрой, недержание мочи, сухость во рту                                                   |
| Мочевой пузырь          | Пан-гуан-шу V <sub>28</sub> | Заболевания половых органов, цистит, диабет, мочекаменная болезнь                                          |
| Жизненный центр         | Гао-хуан V <sub>43</sub>    | Общеукрепляющее действие при любой патологии, астме, пневмонии, язвенной болезни                           |
| Место ощущения          | Шэнь-тан V <sub>44</sub>    | Одышка, кашель, сильные боли в позвоночнике                                                                |
| Крик боли               | И-си V <sub>45</sub>        | Заболевания сердца, бронхиальная астма, ограничение подвижности позвоночника, бессонница при переутомлении |
| Граница диафрагмы       | Гэ-гуань V <sub>46</sub>    | Межреберная невралгия, боль в спине, спазм пищевода, расстройство стула                                    |
| Ворота души             | Хунь-мэнь V <sub>47</sub>   | Заболевания печени, желтуха, боли в желудке, нарушение стула                                               |
| Соединение ганг         | Ян-ган V <sub>48</sub>      | Дисфункция печени и желчного пузыря, межреберная невралгия, понос с кровью                                 |
| Амбар желудка           | Вэй-цан V <sub>50</sub>     | Боли в мышцах спины, вздутие живота, расстройство пищеварения                                              |
| Дом фантазий            | И-шэ V <sub>49</sub>        | Гепатит, желтуха, нарушение обмена веществ, отвращение к пище, диарея                                      |
| Врата жизненных центров | Хуан-мэнь V <sub>51</sub>   | Заболевания желудка, запор, мастопатия, боли под сердцем                                                   |

**Таблица 10.** Точки скорой помощи.

| Заболевание              | Номер точки,название                                                                                                                                                                                                               | Симптомы и болезни                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Астматический криз       | V <sub>13</sub> фэй-шу<br>VC <sub>12</sub> чжун-вань<br>VC <sub>17</sub> тань-чжун<br>VC <sub>22</sub> тянь-ту<br>E <sub>40</sub> фэн-лун                                                                                          | Удушье, сухой кашель<br>Одышка<br>Хриплое дыхание<br>Астма, бронхит<br>Обильная мокрота                                                                                                                               |
| Почечная колика          | TR <sub>10</sub> тянь-цзинь<br>VB <sub>25</sub> цзинь-мэнь<br>RP <sub>9</sub> инь-линь-цюань<br>V <sub>60</sub> кунь-лунь<br>R <sub>4</sub> да-чжун<br>VB <sub>40</sub> цю-суй                                                     | Перемеживающаяся лихорадка<br>Задержка мочи<br>Нефрит<br>Спазмы<br>Задержка мочи<br>Воспаление                                                                                                                        |
| Стенокардия              | V <sub>15</sub> синь-шу<br>V <sub>17</sub> гэ-шу<br>C <sub>4</sub> лин- дао<br>MC <sub>6</sub> ней-гуань<br>GI <sub>11</sub> цюй-чи                                                                                                | Боль в груди<br>Коллющие боли в сердце<br>Боль в сердце<br>Высокое АД<br>Стеснение в груди                                                                                                                            |
| Обморок, шок             | E <sub>36</sub> цзу-сань-ли<br>VG <sub>26</sub> жэнь-чжун                                                                                                                                                                          | Шок, анемия                                                                                                                                                                                                           |
| Маточное кровотечение    | RP <sub>6</sub> сань-инь-цзяо<br>RP <sub>10</sub> сие хай<br>E <sub>36</sub> цзу-сань-ли<br>F <sub>1</sub> да-дунь<br>F <sub>3</sub> тай-чун<br>VC <sub>3</sub> чжун-ци<br><br>E <sub>30</sub> ци-чун<br>R <sub>12</sub> инь-гуань | Гинекологические кровотечения<br>Нарушение менструации<br>Кровотечение, обморок<br>Сильное кровотечение<br>Продолжительное кровотечение<br>Все виды гинекологических нарушений<br>Боли в животе<br>Выделения с кровью |
| Прединсультное состояние | GI <sub>11</sub> цюй-ци<br>GI <sub>15</sub> цзянь-лай<br>VB <sub>39</sub> сюань-чжун<br><br>E <sub>36</sub> цзу-сань-ли<br>VB <sub>20</sub> фэн-чи<br>TR <sub>22</sub> хэ-ляо                                                      | Высокое АД<br>Переутомление<br>Воздействие на мозговое кровообращение<br>Гипертония<br>Тяжесть в голове<br>Предобморочное состояние                                                                                   |

Окончание табл. 10.

| Заболевание                           | Номер точки, название                                                                                                                                                            | Симптомы и болезни                                                                                                               |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Рвота беременных<br>(до 5-ти месяцев) | VC <sub>11</sub> цзянь-ли<br>VC <sub>12</sub> чжунь-вань<br>R <sub>21</sub> ю-мэнь<br>MC <sub>6</sub> ней –гуань<br>RP <sub>6</sub> сань-инь-цзяо<br>E <sub>36</sub> цзу-сань-ли | Тошнота, рвота<br><br>Расстройство пищеварения                                                                                   |
| Головные боли                         | GI <sub>4</sub> хэ-гу<br>IG <sub>3</sub> хоу-си<br>V <sub>10</sub> тянь-чжу                                                                                                      | Головная боль<br><br>Головокружение                                                                                              |
| Люмбаго                               | V <sub>31,32,33,34</sub><br>VG <sub>4</sub> мин-мэнь<br>V <sub>40</sub> вэй-чжун<br>V <sub>60</sub> кунь-лунь<br>R <sub>27</sub> шу-фу<br>VG <sub>26</sub> жень-чжун             | Боли в пояснице и крестце<br><br>Боли в позвоночнике<br>Боли в позвоночнике и ноге<br>Боли в крестце и ногах<br>Хронические боли |
| Острый понос                          | E <sub>25</sub> тянь-шу<br>VC <sub>9</sub> шуй-фэнь<br>VC <sub>12</sub> чжун-вань<br>RP <sub>6</sub> сань-инь-цзяо<br>RP <sub>9</sub> инь-лин-цюань                              | Сильный непрекращающийся понос<br>Понос при олигурии<br>Понос при интоксикации<br>Понос не переваренной пищей<br>Понос после еды |
| Судороги у детей                      | V <sub>60</sub> кунь-лунь<br>F <sub>2</sub> синь-цзянь<br>VG <sub>26</sub> жень-чжун                                                                                             | Судороги и эпилептические припадки<br>Приступ судорог<br>Судороги с тошнотой                                                     |

## 6. ОРИГИНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ МАССАЖА

### 6.1. МАССАЖ БОЛЕЗНЕННО-МЫШЕЧНЫХ УПЛОТНЕНИЙ

Уплотнения в мышцах имеют различные названия: болезненно-мышечные уплотнения (БМУ), триггерные точки (ТТ) или точки «заклинивания» (рис.28а,б). Такие уплотнения могут возникать внезапно или развиваться постепенно после физических упражнений, неловкого движения, быть следствием травм, плохих условий труда. Могут являться результатом нервного перенапряжения или длительного статического положения.

Мышца, содержащая уплотнение, несколько ослаблена, а во время сокращения в ней возникает боль. Локализуется БМУ в мышечной ткани или ее фасции. Лечение направлено на расслабление патологических участков, восстановление функции одеревеневших мышц, потерявших эластичность, а также разрыхление этих уплотнений. Для того чтобы выявить болезненно-мышечное уплотнение, определить его форму и размер, проводят глубокую скользящую или клещевую пальпацию. Любая уплотненная структура в мышце ощущается как нечто перекатывающееся под пальцами, соскальзывающее, пружинистое.

Грубая техника диагностики может вызвать у пациента резкую боль, сопровождающуюся непроизвольным рефлексоподобным движением, гримасой на лице, поэтому необходимо соблюдать осторожность во время обследования.

БМУ могут стать причиной головных болей, депрессивных состояний, нарушений сна, ограничений двигательных способностей.

#### 6.1.1. Методика инактивации мышечных уплотнений

Предлагаю эффективный способ инактивации БМУ.

1. Участок кожи 30–40 см, под которым обнаружено БМУ, проглаживается льдом 20–40 раз или прокатывается неврологическим колесиком с острыми шипами (20–40 пассажей).

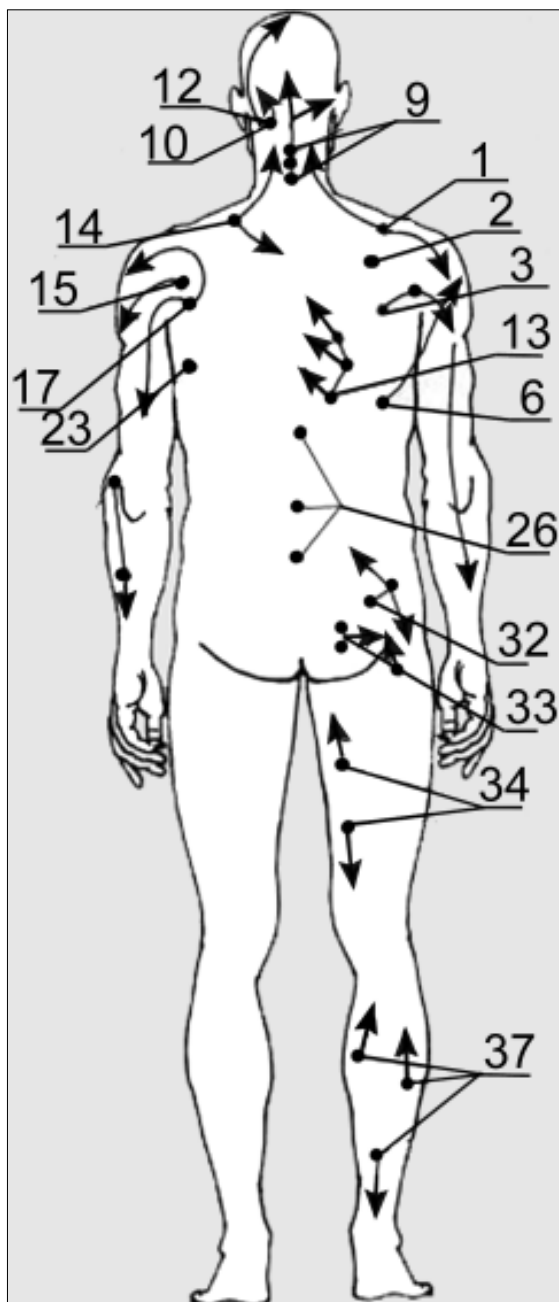


Рис. 28а. Триггерные точки на задней поверхности туловища.

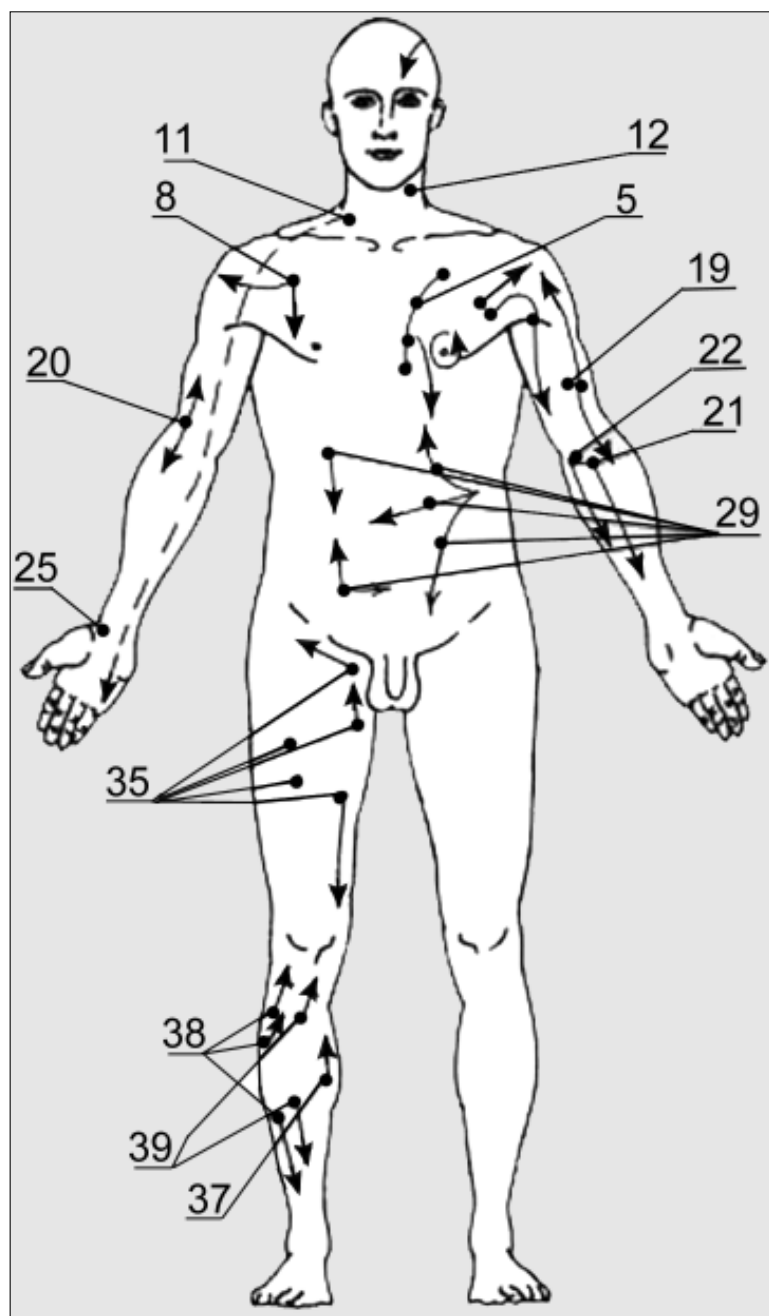


Рис. 286. Триггерные точки на передней поверхности туловища.

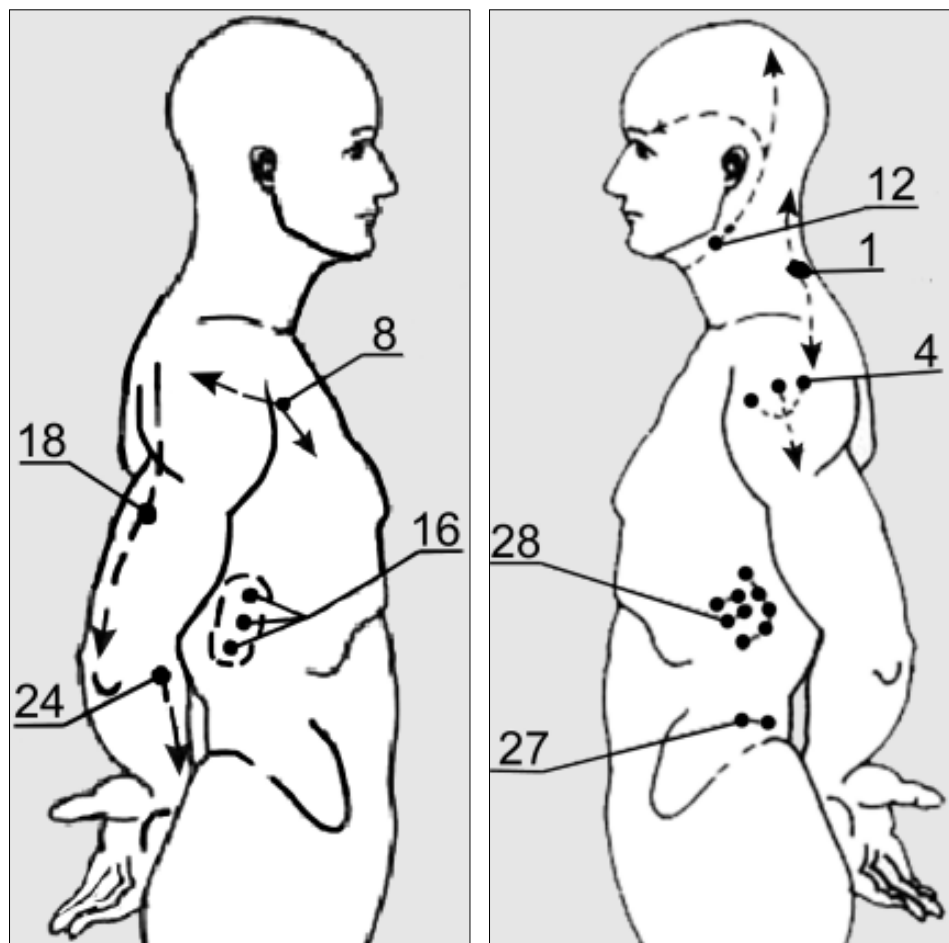


Рис. 28 в. Триггерные точки на боковых поверхностях туловища.

2. Проводится энергичное растирание этой поверхности (2–3 мин).
3. Проводится *ишемическая компрессия*, состоящая из нескольких этапов:
  - \* надавливание на триггерные точки до появления чувства боли (боль должна быть терпимой);
  - \* экспозиция (выдержка) 7–15 с для того, чтобы мышца адаптировалась.

4. Следующий этап — активное действие пациента — он либо напрягает мышцу, либо растягивает ее.
5. Через 10–15 с напряжения пациента просят плавно расслабить мышцу.
6. В момент расслабления массажист несколько увеличивает давление на уплотнение, стремясь проникнуть глубже в структуру мышцы.

И вновь все повторяется: фаза экспозиции, затем активного действия, расслабления и проникающего давления.

В некоторых случаях эту процедуру необходимо повторить 3–5 раз.

Когда уплотненная структура исчезает под пальцами и палец как бы проваливается, можно считать, что массажист добился необходимого результата.

На этом этапе бывают **ошибки**, и весь процесс может оказаться неэффективным, если массажист ослабил свои усилия вместо постепенного проникающего давления или сразу же осуществил сильное давление, вызвав тем самым чрезмерную боль и рефлекторное напряжение мышцы. Иногда, если уплотнение слишком раздражимо и болезненно, третий этап требует повторной ишемической компрессии после небольшой паузы.

7. Выполняется прием «выжимание».
8. Хороший результат дает наложение влажного горячего компресса на массируемый участок.

**Примечание:** описанная процедура трудоемка и продолжительна. Но если в области триггерных точек или мышечных уплотнений выполнить прокалывание (специальной толстой иглой), а затем на это место поставить банку, обеспечивая небольшое кровопускание, эффект от такой процедуры гораздо значительней. Того же самого результата можно добиться кровопусканием, применив пиявку. Но описание этих методик не является предметом нашего руководства.



### 6.1.2. Клиническая особенность и описание триггерных точек

**ТТ 1** — располагается в трапециевидной мышце в средней части горизонтальной порции. Передает боль на той же стороне в заднебоковую область шеи и сосцевидный отросток, является главным источником боли «напряженной шеи». Может быть причиной головокружения.

**ТТ 2** — в надкостной мышце, в ее дистальной части. Передает боль в глубь плечевого сустава и вниз по руке.

**ТТ 3** — в нижней части надкостной мышцы.

**ТТ 4** — в дельтовидной мышце в средней части по всей длине. Боль возникает при отведении плеча назад.

**ТТ 5** — в большой грудной мышце, в ключичной ее части. Часто дает ощущение боли в сердце.

**ТТ 6** — в нижней части круглой мышцы вдоль края лопатки. Вызывает боли в плече.

**ТТ 7** — в мышце, поднимающей лопатку у внутреннего края лопатки. Может быть источником жгучей боли по внутреннему краю лопатки.

**ТТ 8** — в начале малой грудной мышцы. Может вызывать боль в плече и боли в сердце.

**ТТ 9,10** — формируется в ременной, полуостистой мышце головы, в верхней и нижней косой мышце. Может быть источником боли в затылке с отдачей в висок и темя.

**ТТ 11** — в начале передней лестничной мышцы, боль отдает в руку с чувством онемения.

**ТТ 12** — может залегать в нижнем крае грудино-ключично-сосцевидной мышцы над верхней частью грудины и вызывать пароксизмальный сухой кашель; на уровне угла скуловой кости — передает боль в глотку и в заднюю часть языка при глотании, что вызывает ощущение «больного горла»; в верхнем конце медиальной головки — вызывает боль затылка и темени, болезненность скальпа; в самой медиальной головке — включает симптомы слезоточения, зрительные расстройства, развивается насморк, односторонняя глухота.

**ТТ 13** — в ромбовидной мышце вдоль внутреннего края лопатки, вызывает боль в межлопаточной области.

**ТТ 14** — располагается у наружного края лопатки в подлопаточной мышце или широчайшей мышце спины, является причиной ноющих болей в плече, особенно ночью, в состоянии покоя.

**ТТ 15** — прощупывается в малой круглой мышце, может вызывать боль в плече и руке во время движения.

**ТТ 16** — обнаруживается в нескольких точках в передней зубчатой мышце у мест прикрепления ребер к груди.

**ТТ 17** — определяется в широчайшей мышце спины, спонтанно боли не возникают.

**ТТ 18** — формируется в трехглавой мышце плеча.

**ТТ 19** — встречается в двуглавой мышце плеча.

**ТТ 20** — у наружного надмыщелка плечевой кости в мышце супинатор предплечья.

**ТТ 21, 22** — располагаются в проксимальной части мышц разгибателей кисти и предплечья.

**ТТ 23, 24** — залегают в плечелучевой мышце.

**ТТ 25** — располагается в межпальцевом промежутке мышцы тенара.

**ТТ 26** — залегает глубоко в мышцах ротаторов позвоночника и определяется только во время движений.

**ТТ 27** — формируется в квадратной мышце спины между гребнем подвздошной кости и XII ребром.

**ТТ 28** — в межреберных мышцах, пальпацией выявить не удастся.

**ТТ 29** — определяется в наружной косой мышце живота, дает ощущение боли в печени или желудке.

**ТТ 30** — обнаруживается в прямой мышце живота.

**ТТ 32** — обнаруживается в средней и малой ягодичных мышцах.

**ТТ 33** — обнаруживается в грушевидной мышце во время пассивных движений.

**ТТ 34** — обнаруживается в мышцах задней группы бедра, во время пассивного растяжения.

**ТТ 35** — обнаруживается во время отведения бедра в мышцах бедра медиальной группы.

**ТТ 37** — определяется в мышцах голени, в трехглавой и задней большеберцовой.

**ТТ 38** — формируется в наружных мышцах голени.

**ТТ 39** — формируется в мышцах передней группы голени.

**ТТ 40** — выявляется в мышцах стопы.

## 6.2. ЛИНЕЙНЫЙ МАССАЖ

Линейный массаж следует рассматривать как разновидность восточного массажа, он является эффективным методом рефлексотерапии.

Сущность линейного массажа заключается в воздействии на большое количество биологически активных точек способом скользящего (иногда трущего) линейного движения по краям мышц, вдоль мышечных волокон, по ходу длинника мышцы и сухожилия, по надкостнице, особо обращая внимание на болезненные участки и точки. Направление скользящего движения может быть центростремительным и центробежным. Для того чтобы не травмировать кожную поверхность, я рекомендую для скольжения использовать растительное масло (лучше оливковое или косточковое).

На рис. 29а и 29б я предлагаю в определенном порядке свою схему массажа, а на конечностях (рис.29в) массаж проводится по мышечно-сухожильным меридианам.

### ТЕХНИКА ЛИНЕЙНОГО МАССАЖА

Практика этого массажа позволила выработать несколько технических приемов и способов.

**1. Линейное выжимание.** Выполняется подушечкой большого пальца. По сути, это прием «выжимание» подушечкой пальца. Такое линейное выжимание проводится вдоль мышц и сухожилий длинным или коротким штрихом.

**2. «Греблями».** Выполняется подушечками выпрямленных и расставленных пальцев. Скользящее выжимающее действие выполняется тремя-четырьмя пальцами.

**3. «Рубанком».** Осуществляется линейное циркулярное (возвратно-поступательное) движение ребром ладони; иногда используется движение, которое напоминает волнообразное перемещение змеи.

**4. Основанием ладони** или опорной частью кисти. Глубокое линейное скольжение по крупным мышечным группам.

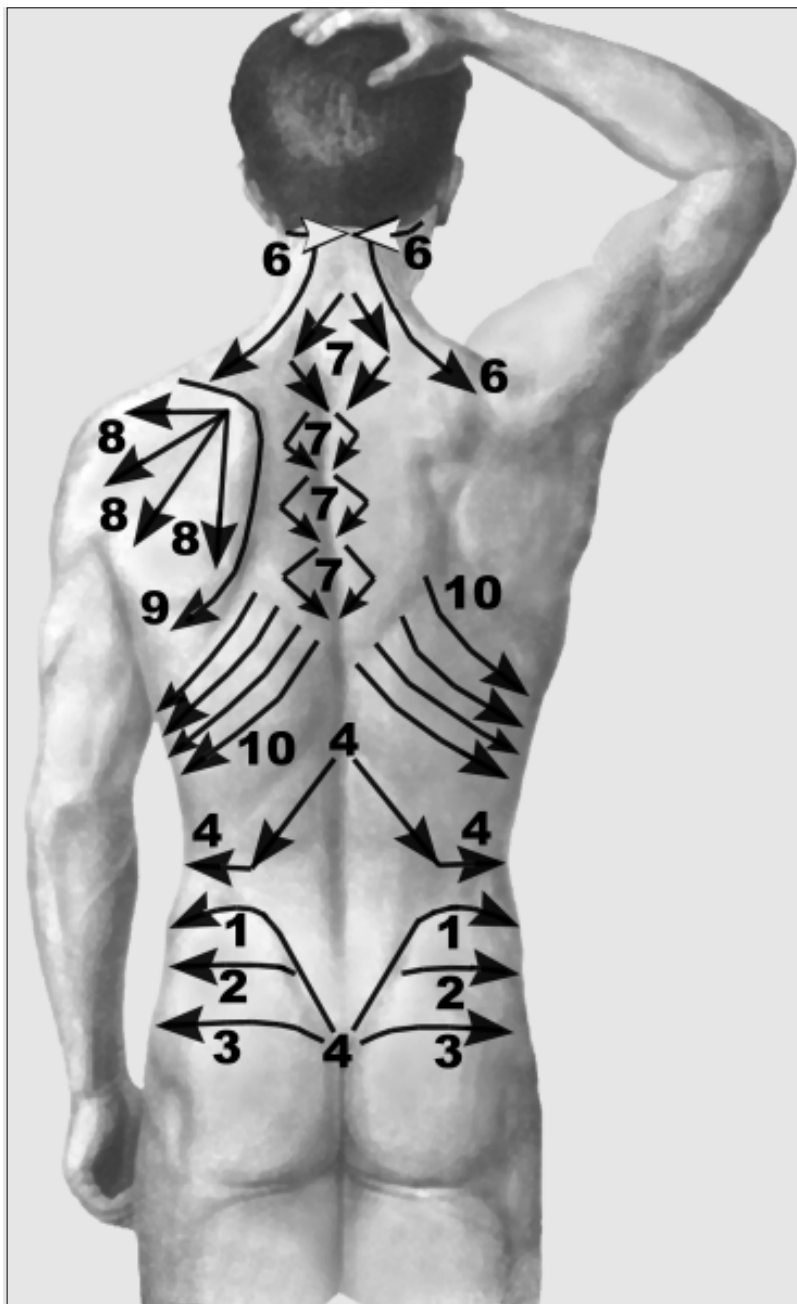


Рис. 29а. Примерный порядок и схема линейного массажа на спине.

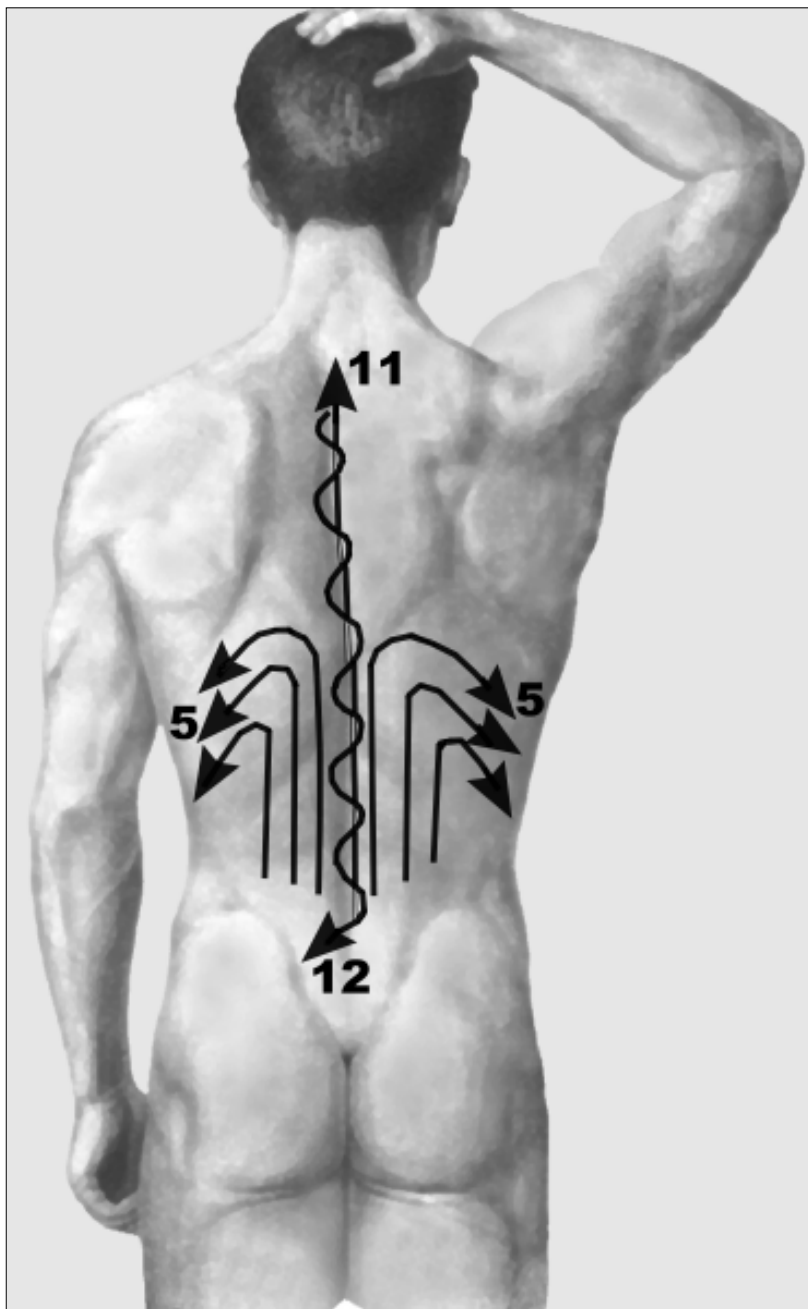


Рис. 296. Примерный порядок и схема линейного массажа на спине.

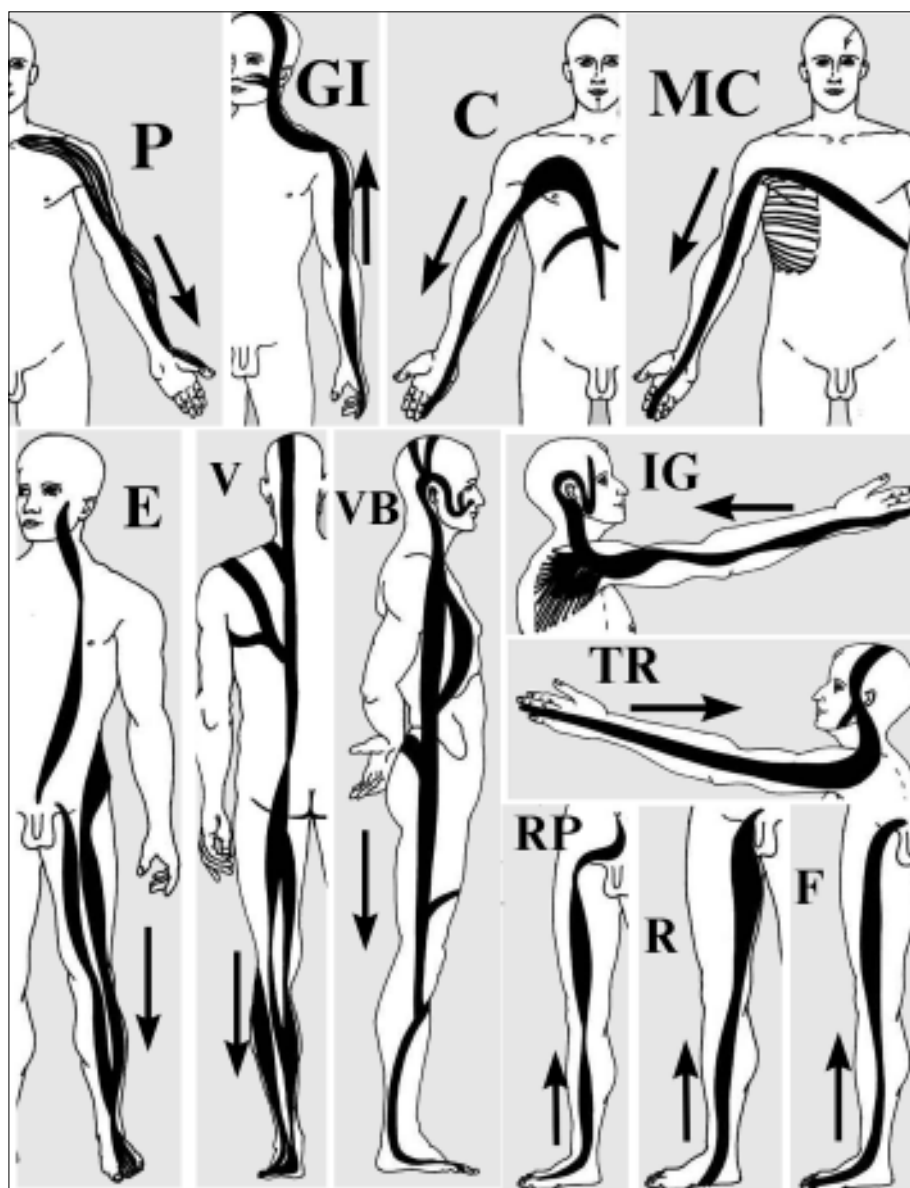


Рис. 29в. Направление линейного массажа на отдельных участках тела.

**5. Спиралевидное линейное растирание.** Подушечками сложенных вместе 4-х пальцев спиралевидное растирание выполняется одновременно с поступательным движением продольно или поперечно.

Методика линейного массажа.

Различают три метода линейного массажа:

**Тонизирующий** (захватывающий кожу и подкожную клетчатку) — скольжение с легким, мягким надавливанием (от 0,2 до 1 кг). Направление движений — по ходу меридиана. Число линейных проходов 3–5.

**Гармонизирующий** — скольжение с надавливанием средней силы (от 1 кг до 3 кг), проникающий до фасции и мышцы, число повторений 5–10. Направление движений может быть центробежным или центростремительным.

**Тормозной** — медленное линейное скольжение с глубоким проникновением в мышечные слои, вплоть до надкостницы. Усилие надавливания до 10 кг. Во время выполнения приема может возникать болезненное ощущение. Количество пассажей 10–15. Направление движений — против хода меридиана.



### 6.3. МАССАЖ ПО МЕТОДУ И. РОЛЬФ

Сведений об этом виде массажа в специальной литературе почти нет, но вот как описывает сеанс массажа известный доктор медицины Джон Лилли в книге «Центр Циклона» (Нью-Йорк, 1972 г.): «На следующей неделе я был представлен Иде Рольф. Я получил свои первые три часа так называемого «рольфинга». Ида работала уже свыше сорока лет и хорошо владела техникой обработки глубоких мышц. Она массировала, собирала их в структурное целое таким образом, что тело восстанавливалось. Ида освобождала тело посредством растяжения фасций вокруг мускула. Если человек противодействовал ее движениям, или если мускулы сами собой сопротивлялись, это вызывало боль.

В течение первого часа, пока она обрабатывала мою грудную клетку, я сопротивлялся и испытывал сильную боль. Она представлялась мне чародейкой в высокой черной шляпе. Я сказал ей об этом. Она ответила: «Я всего лишь милая маленькая седоватая пожилая леди. Боль — Ваша. Я не причиняю боль. Это Вы».

В течение этой недели я узнал, как в некоторых группах мышц может быть связана энергия, которая сохраняет в теле определенные зажимы в результате старой травмы в детстве. Действие этой травмы с помощью обратной связи с мозгом повторяется годами... Одна травма является скрытой причиной другой, устанавливая порочный круг в центральной нервной системе. Это продолжается постоянно до тех пор, пока не произойдет разрушения или в мозгу, или в мышце. Когда Ида доходит до такого участка, она находит в мышце напряженное место и давит на него очень сильно, растягивая фасции. Это причиняет боль, которая преобразует участок в центральной нервной системе, прерывая, таким образом, описанный выше порочный круг.

Ида продемонстрировала, что ее руки были чувствительной системой для распознавания вот таких вероятных травм. Она могла посмотреть на тело человека, почувствовать его и немедленно сказать, где были повреждения. Я внезапно осознал, что человек с помощью «рольфинга» не должен стареть в пожилом возрасте и зарабатывать артрит, он может оставаться молодым».

### ОСОБЕННОСТИ «РОЛЬФИНГА»

Специалисты по «рольфингу» основное внимание уделяют системе соединительных тканей, которые окутывают мышцы, соединяя их с костями. Все соединительные ткани должны быть пластичны, позволять человеку свободно двигаться, поддерживая хорошую осанку.

Когда тело нормально сбалансировано, сила тяжести фиксирует соединительную ткань в естественном положении, но если тело принимает несбалансированную осанку, то сила тяжести воздействует на соединительную ткань, придавая ей неестественную форму. Нарушение баланса имеет тенденцию со временем прогрессировать, оказывая разрушительное воздействие на тело человека.

Задача этого метода — преобразовать нарушенную осанку в сбалансированные и гармонично-свободные движения. Поэтому специалисты рольфинга уделяют внимание характеру движений, добиваясь освобождения скованных и напряженных мышц и связок.

Цель «рольфинга» — привести тело в соответствие с его изначальным «чертежом», заставив его вновь двигаться в единой вертикальной плоскости, которая проходит от головы через плечевой пояс, грудную клетку и таз до нижних конечностей. На это уходит примерно 10 сеансов по 2 ч. Массаж сочетается со специальными движениями, пациент «учится» ходить, стоять, приседать..., меняя привычный стереотип движений.

### ТЕХНИКА ПРИЕМОВ

«Рольфинг» предполагает глубокое воздействие на ткани организма с целью стимуляции коллагеновой основы соединительной ткани, переводя его из твердого состояния «геля» в более жидкий «золь». Когда коллаген переходит в состояние золя, тело утрачивает ригидность, начинает двигаться свободнее и все его соединения приходят в состояние равновесия.

На самом деле не существует какой-то специальной техники рольфинга. В основном специалисты рольфинга используют приемы глубокого *разминания в сочетании с растираниями и глубоким выжиманием.*

## 6.4. ПЕРКУССИОННЫЙ МАССАЖ

Буквально — «нанесение ударов». Сущность перкуссионного массажа заключается в мягком, ритмичном нанесении фиксированных ударов по различным участкам тела через пальцы массажиста.

Чрезвычайно эффективен этот массаж при легочных заболеваниях, особенно для лечения последствий бронхита, пневмонии, астматических явлений, для улучшения легочной вентиляции, выделения мокроты, для улучшения кровообращения и лимфообращения, лечения кашля.

### План перкуссионного массажа

Важно соблюдать определенную последовательность во время перкуссионного массажа.

#### Массаж со стороны спины:

- \* в момент **вдоха** направление движений от боковых поверхностей к позвоночнику;
- \* в момент **выдоха**, от позвоночника к боковым поверхностям по линиям межреберных промежутков.

#### Массаж грудной клетки:

- \* в момент **вдоха** от грудины к боковым поверхностям;
- \* в момент **выдоха** от боковых поверхностей к груди по межреберным линиям;
- \* простукивание по груди снизу вверх в фазу **выдоха**.

### Методические рекомендации

- \* Перкуссионный массаж начинают с нижних участков грудной клетки, постепенно перемещаясь к верхним.
- \* По каждому участку следует пройти 5–6 раз, при необходимости допускается и большее число проходов (пассажей).
- \* Рекомендуется массаж сочетать с одновременным покашливанием на выходе и отхаркиванием.

- \* Перкуссионный массаж хорошо сочетается с приемом «растяжение грудной клетки».
- \* Своеобразная вибрация во время перкуссионного массажа обеспечивает рефлекторное влияние на рецепторы альвеол и плевры, на дыхательный центр, стимулируя его работу.

## 6.5. БАНОЧНЫЙ МАССАЖ

В своей практике баночный массаж я стал использовать с 1974 г. Когда мой сын заболел пневмонией, я решил попробовать действие банок. Но уже на следующую процедуру поставив одну банку я стал ею утюжить по всей спине малыша. Результат был впечатляющим: сразу после баночного массажа ребенок крепко уснул, перестал кашлять, спала температура. Через несколько процедур такого массажа сын выздоровел.

### КРАТКАЯ ИСТОРИЯ БАНОЧНЫХ ПРОЦЕДУР

В Древнем Риме врач *К. Гален* использовал банки, которые накладывал на кожу больного после небольших надрезов. Авиценна подробно описывает действие кровососных банок для «извлечения дурной крови», которые были популярны в арабских странах. В Древнем Китае применяли банки с кровопусканием в сочетании с иглоукалыванием. Широко использовали банки в народной медицине на Руси для лечения последствий простудных заболеваний.

### ДЕЙСТВИЕ БАНОЧНОГО МАССАЖА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

В результате применения баночного массажа:

- \* снижается систолическое давление;
- \* замедляется частота пульса;
- \* происходит положительное изменение биохимических процессов в организме;
- \* активизируется микроциркуляция крови, лимфы, межтканевой жидкости во всем организме;
- \* активизируются обменно-регуляторные процессы;
- \* улучшается общее самочувствие пациента;

- \* устраняются застойные явления и активно выводятся продукты клеточного обмена.

По механизму воздействия баночный массаж схож с действием соединительно-тканного массажа, он также выполняет роль своеобразной сосудистой гимнастики.

Во всех тех случаях, когда необходимо ликвидировать застойные явления, улучшить лимфо- и кровообращение, способствовать активизации выделительной функции, баночный массаж дает хороший результат.

#### Микроркровоизлияния или экстравазаты

После баночного массажа часто под кожей возникают мельчайшие капиллярные кровоизлияния или экстравазаты. Образование таких кровоизлияний имеет лечебное и диагностическое значение.

В составе этих микроркровоизлияний под кожей находят:

- \* белковые субстраты плазмы крови;
- \* физиологически активные вещества, такие, как гистамин, простагландины, нейромедиаторы, гормоны, эндорфины и другие;
- \* форменные элементы крови.

Эти вещества оказывают мощный стимулирующий эффект на весь организм, обеспечивают обезболивающий эффект, который длится до тех пор, пока пятна не рассосутся, инициируют усиление микроциркуляции крови и лимфы в тканях, активизируют ток межтканевой жидкости, способствуют синтезу собственных лекарств, необходимых для лечения организма.

Капиллярные кровоизлияния возникают на первых 3–5 процедурах баночного массажа, затем пятна полностью рассасываются и больше не образуются. Баночный массаж способствует нормализации капиллярной циркуляции, активизации репаративных процессов в тканях, исчезновению застоя лимфы и крови. Все это сопровождается улучшением общего самочувствия, пропадают болевые синдромы.

Окраска подкожных кровоизлияний помогает в диагнозе:

- \* темные багровые пятна возникают при застойных процессах в глубоких тканях;
- \* красные пятна с точечными кровоизлияниями указывают на нарушения циркуляции в покровных тканях;
- \* темные синюшные пятна свидетельствуют о накоплении токсинов под кожей и в поверхностных мышцах;
- \* припухлость и отечность пятен свидетельствуют о гормональных нарушениях в организме.

Чем выразительнее кровоизлияния, тем серьезнее нарушения.

Участки, на которых образуются экстравазаты, соответствуют сегментарному строению человеческого тела.

#### Порядок действий

- \* Приготовить банку, специально приспособленную для баночного массажа, если такой нет, можно воспользоваться банкой из-под майонеза. Во втором случае необходимо подготовить спирт, спички, растительное масло и изготовить небольшой фитиль.
- \* Смазать массируемую поверхность растительным маслом (оливковым или косточковым).
- \* Намочить фитиль в спирте, зажечь его, ввести зажженный фитиль в банку и, быстро удалив фитиль, приложить банку к телу.
- \* Проверить, с какой силой присосалась банка к поверхности, выполнив несколько скользящих движений. Если движения затруднены, необходимо ослабить действие банки, нанося короткий быстрый удар ногтевой фалангой указательного пальца по коже возле банки, небольшими порциями впуская воздух в банку.
- \* Скользящими движениями перемещать банку по поверхности тела. Движения проводят в различных направлениях (рис.30) для получения равномерной гиперемии по всему массируемому участку.

Существуют специальные вакуумные банки и аппаратные декомпрессоры, которые значительно удобнее, а также облегчают работу массажиста.

#### ОШИБКИ

- \* Скольжение банки вызывает резкую боль у пациента.
- \* Массаж вызывает значительные микрокровоизлияния.
- \* Скольжения банки не ритмичны.

#### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Те же, что и для других видов массажа.

#### НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА

Баночный массаж можно проводить на спине, на груди, животе, на конечностях и в косметических целях на лице. Заканчивать процедуру следует ручными приемами «выжимание», а пациенту следует принять теплый душ.

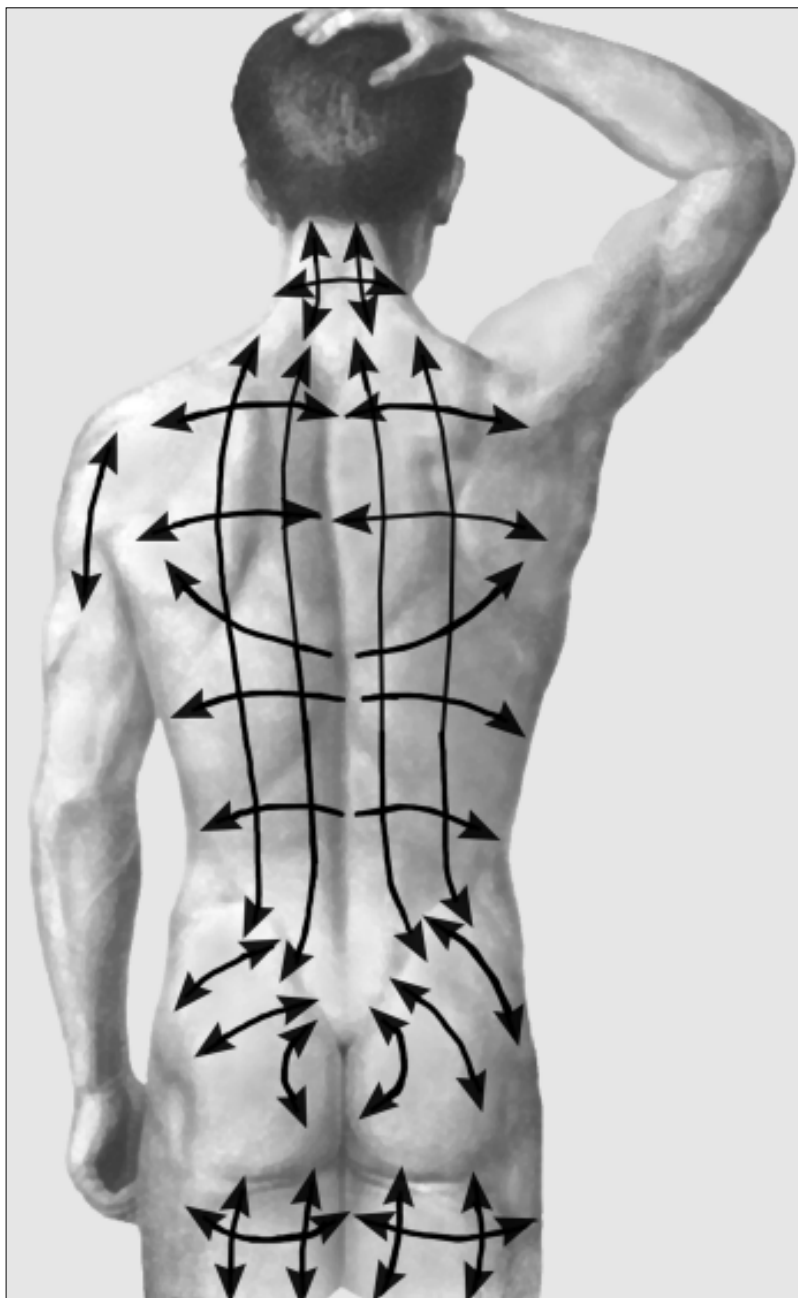


Рис. 30. Направление движений при баночном массаже на спине.



## 6.6. РЕФЛЕКТОРНЫЙ МАССАЖ СТОП

Массаж стоп применяется издревле многими восточными народами. На стопе примерно 70 тысяч нервных окончаний, поэтому стопа является высокорефлекторной зоной (рис.31а–31г), связанной со всеми внутренними органами. Ступня представляет собой очень сложный комплекс, состоящий из 26 костей, 56 связок и 38 мышц.

Массаж стопы позволяет активизировать защитные функции и мобилизовать резервные силы организма.

### МЕТОДИКА МАССАЖА

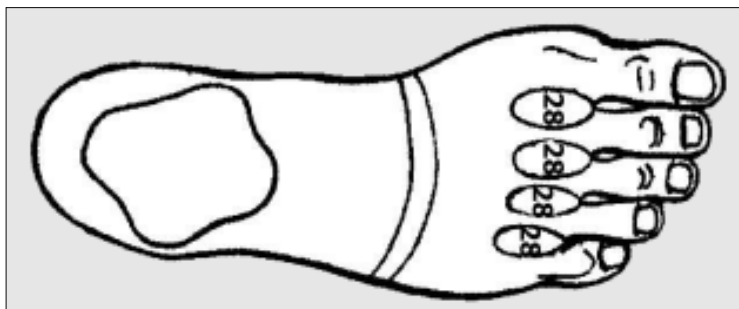
Техника данного массажа достаточно проста и не требует специальной подготовки, для получения лечебного воздействия при массаже стоп следует руководствоваться схемами и таблицами, а для профилактического и оздоровительного массажа достаточно соблюдать некоторые правила:

- \* во время массажа пациент должен быть максимально расслаблен;
- \* воздействие на рефлекторные зоны стопы должно быть мягким и плавным, и не причинять боль;
- \* если же боль возникает, временно перейти к массажированию других участков и лишь через некоторое время вновь вернуться к болезненному месту;
- \* при появлении неприятных ощущений, обильной потливости, головокружения или сердцебиения массаж следует прекратить;
- \* для лиц с повышенной реактивностью такой массаж не должен быть слишком продолжительным;
- \* не следует беспокоиться, если массаж будет проводиться без учета расположения рефлекторных зон;
- \* стопы массируются поочередно;
- \* направление движений на подошве от пятки к пальцам и от голеностопного сустава к пальцам на подъеме стопы.

**ТЕХНИКА**

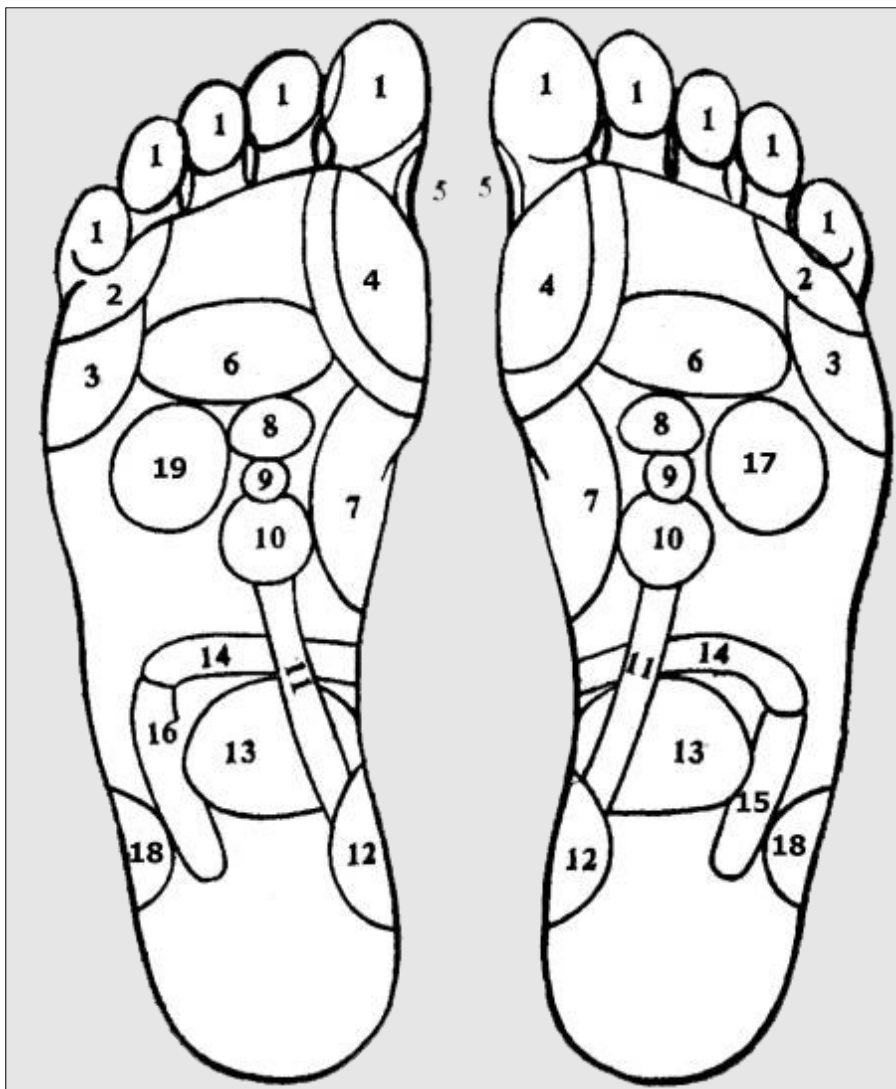
- \* Надавливание подушечкой большого пальца, фалангой согнутого пальца (косточкой).
- \* Надавливание с вращением.
- \* Постукивание или поколачивание ребром ладони, кистью, согнутой в кулачок.
- \* Надавливание с разночастотной вибрацией.
- \* Энергичные растирания гребнями кулака.
- \* Защищивание отдельных участков.
- \* Пассивные движения пальцев и стопы.

Данный массаж можно проводить несколько раз в день, но не следует его выполнять на ночь. Для массажа можно использовать растительное масло, питательный крем, а в условиях бани его можно делать с мылом.

**РЕФЛЕКТОРНЫЕ ЗОНЫ СТОПЫ**

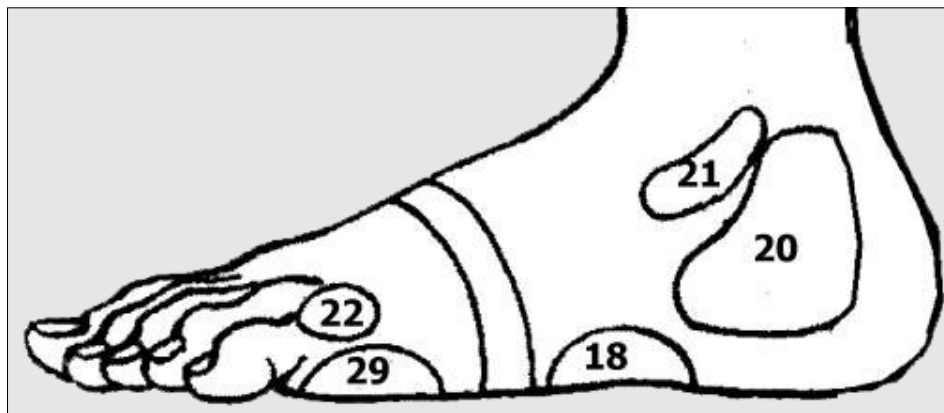
**Рис. 31а. Тыл стопы:**

28 – лимфотоки.



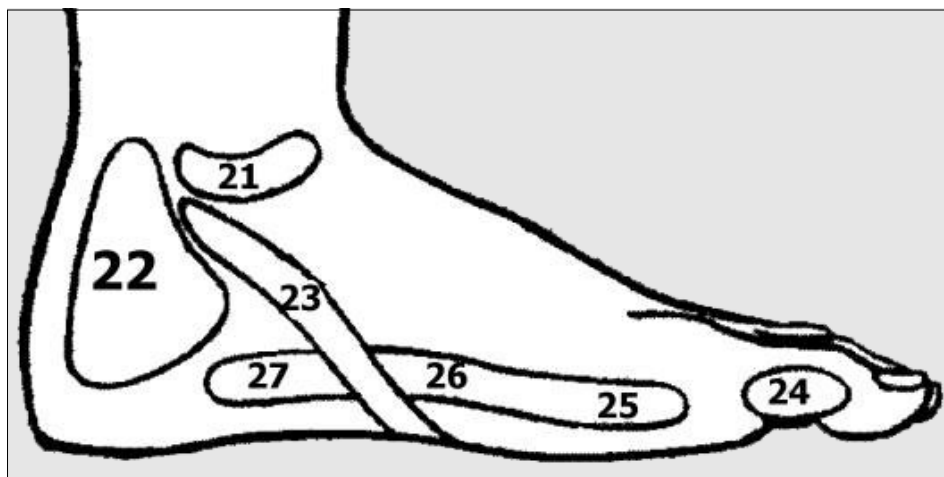
**Рис. 31б. Подошвенная область стоп:**

1 – голова; 2 – уши; 3 – плечевой сустав; 4 – щитовидная железа; 5 – паращитовидные железы; 6 – легкие и бронхи; 7 – желудок; 8 – чревное сплетение; 9 – надпочечники; 10 – почки; 11 – мочеточники; 12 – мочевого пузырь; 13, 14, 15, 16 – кишечник; 17 – сердце; 18 – коленный сустав; 19 – печень, желчный пузырь.



**Рис. 31в. Наружная поверхность стопы.**

18 – коленный сустав; 20 – яичники, маточные трубы, мошонка; 21 – бедренный сустав; 22 – матка; 29 – подлопаточная зона.



**Рис. 31г. Внутренняя поверхность стопы.**

21 – бедренный нерв; 22 – матка, предстательная железа; 23 – половой член;  
24 – шейный отдел позвоночника; 25 – грудной отдел позвоночника;  
26 – поясничный отдел позвоночника; 27 – область крестца и ягодиц.

## 6.7. МАССАЖ С ПОМОЩЬЮ МАССАЖЕРОВ

Довольно часто в практике массажа приходится использовать различные способы и приспособления, которые облегчают труд массажиста, а также оказывают своеобразное воздействие на организм массируемого (рис.32).

**Ручные массажеры:** «пестик», валики-каталки (рашпелеподобные), «рогатка» — специальный массажер для воздействия на позвоночник, игольчатые валики, угловые валики, игольчатые молоточки, «лопатка».

Массажер «пестик» используется для точечного массажа, имитирует работу пальца массажиста, как правило, он выполняется из эбонита, дерева или кости. «Пестик» можно использовать для массажа стоп и надкостницы.

Массажер типа «каталка» с шипами изготавливается из текстолита, эбонита, или плотной резины. Вдавление шипов в покровную ткань оказывают мягкое и глубокое воздействие, что способствует эффективному разминанию мышц. Как модификация «каталки» используется массажер «рогатка» для воздействия на позвоночник, у него две рабочие каталки, которые на позвоночнике размещаются паравертебрально.

**Игольчатые валики**, как правило, изготавливаются из металла. В наборе рекомендуется иметь валики различной величины для применения на разных участках тела. Эти валики предназначены для кожного воздействия на БАТ.

Раздражение валиком зон Захарьина-Геда применяется при многих заболеваниях как мощный рефлекторный фактор воздействия. После сеанса у пациента должно появиться чувство легкости, бодрости и приятного жжения.

**Угловые валики** используют для соединительно-тканного воздействия, т.к. они обладают особенностью «захватывать» кожную складку, растягивая её.

Раздражение валиком активизирует кровообращение и используется как при острых, так и при хронических заболеваниях. Данный метод особенно показан при вялых параличах, астенических синдромах,

острых и хронических неспецифических заболеваниях легких, при распространенном остеохондрозе с выраженным полирадикулярным синдромом, при болевых симптомах и синдромах (невралгия, неврит, артралгия, головная боль и др.), неврастении, бессоннице, запорах, ночном недержании мочи, кожных болезнях, артрозах, болезненных менструациях, заболеваниях внутренних органов, бронхиальной астме, стенокардии и т.д. Следует использовать сегментарный и метамерный принципы.

Раздражение валиком очень удобно для воздействия на большие площади кожи, так как один оборот валика дает более 100 точечных раздражений. Степень обработки кожи зависит от силы давления кисти на валик. Обработку кожи валиком легко переносят ослабленные больные и дети. Данный метод можно использовать как дополнение сразу после окончания сеанса массажа. Такое сочетание особенно показано при выраженном болевом синдроме или для усиления рефлекторного воздействия массажа.

Противопоказаниями к применению валика являются беременность, пиодермия кожи.

Движения валика должны быть строго прямолинейными (иначе вызывается сильная боль). Проводят как курсовое лечение (5–15 сеансов) или как дополнительный метод при массаже. Сеанс длится 10–15 мин.

Во время движений валиком необходимо учитывать и силу давления на определенный участок тела, и ритм. При обработке больших поверхностей следует учитывать пол и возраст пациента, характер заболевания, особенности нервной системы.

**Игольчатые молоточки.** Молоточек с иглами изготавливается из эбонита, иногда ручку делают из стали, бамбука, кости, а саму головку молоточка делают из янтаря, эбонита, плексигласа. Иглы — стальные, серебряные или золотые. Количество игл должно быть нечетным (5, 7, 9, 11 и т.д.). Площадь рабочей поверхности молоточка — 1,5–2 см. Помимо этого, можно изготавливать вторую поверхность молоточка из очень тонких игл из нержавеющей стали, их собирают в пучок (как одну иглу). Длина игл 10–15 мм, толщина 0,45–0,75 мм — для головки

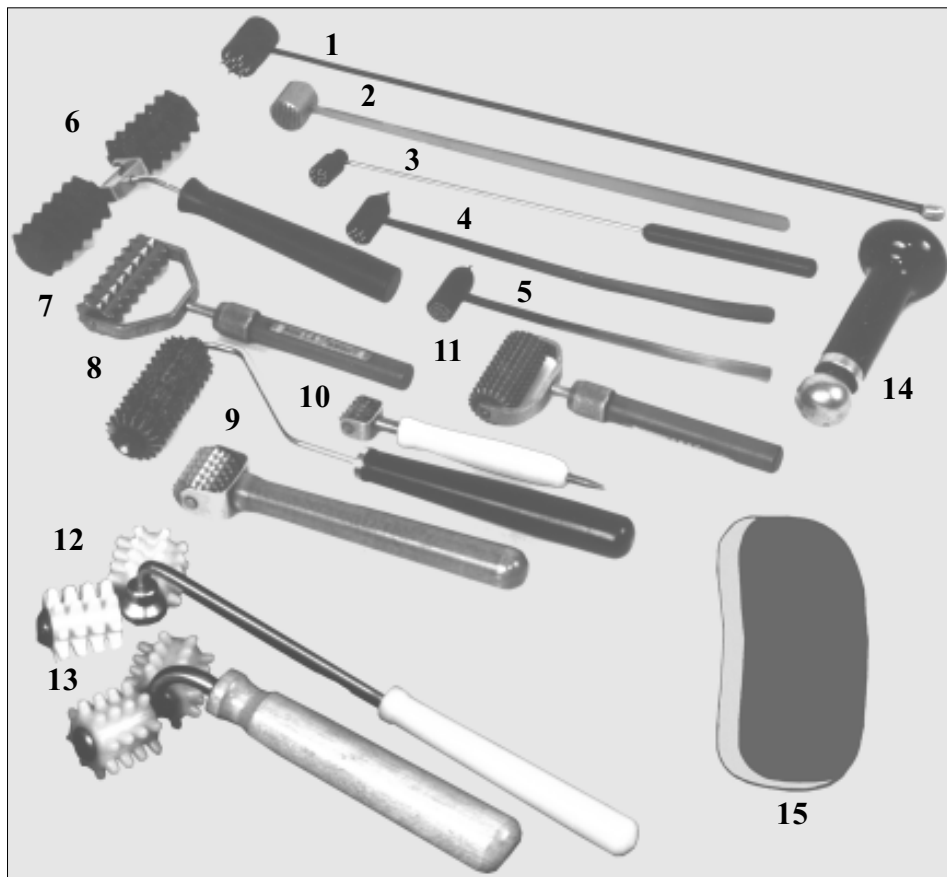
с иглами и 0,1–0,25 мм — для пучка игл. Обработка пучком игл широко применяется по линии меридианов заболевших органов.

Перед началом процедуры необходимо обработать кожу пациента и иглы молоточка 75% этиловым спиртом. Удары молоточка должны быть строго перпендикулярны коже (иначе вызывается сильная боль), и наносить их нужно движением кисти.

При ударах молоточком необходимо учитывать силу и скорость (70–90 ударов в 1 мин), количество ударов на определенный участок тела. При обработке больших поверхностей учитывают пол и возраст больного, характер заболевания, особенности нервной системы. Легкое раздражение не должно вызывать боль, обработка кожи проводится до ее покраснения (высокая гиперемия), среднее раздражение — пациенты ощущают легко переносимую боль при обработке кожи. После обработки остается выраженная гиперемия. Реже используется сильное раздражение — пациенты ощущают сильную боль, некоторые переносят ее с трудом, после такой обработки на отдельных местах появляются капельки крови.

«**Лопатка**». Это новый инструмент в массаже. Оригинальная форма этого инструмента позволяет широко использовать его в массаже в различных целях. Им можно пользоваться для точечного воздействия, для разминающего воздействия на мышцы. Особо эффективен этот инструмент в приеме «выжимание» и в соединительно-тканном массаже. Изготавливается эта лопатка из кости или эбонита. Поверхность ее должна быть тщательно отшлифована, чтобы быть абсолютно гладкой для хорошего скольжения по коже.

**Электромеханические массажеры** — вибромеханические стимуляторы или вибраторы. Вибраторы оказывают значительное воздействие на весь организм человека. Его можно использовать как основное средство массажа и как дополнение к ручному массажу. Применение вибраторов требует навыка и осторожности, т.к. с их помощью можно оказывать сильное рефлекторное воздействие, от чего может повышаться артериальное давление и ухудшаться самочувствие. Разнообразие этих приборов велико. В своей практике я использую вибратор «СТИМ-4», авторы изобретения *Маслов М.И.* и *Мазанько Б.П.*

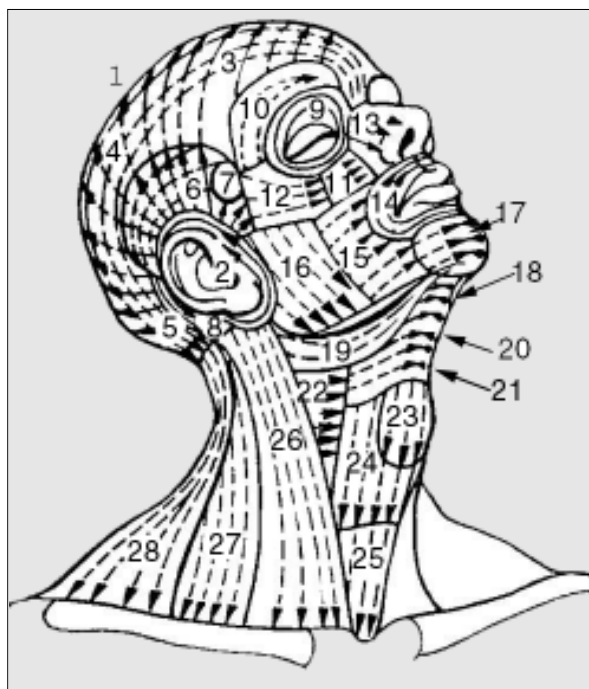


**Рис. 32. Массажеры:**

*1–5 – игольчатые молоточки; 6 – паравертебральный валик; 7–11 – игольчатые валики; 12–13 – угловые валики; 14 – пестик; 15 – лопатка.*

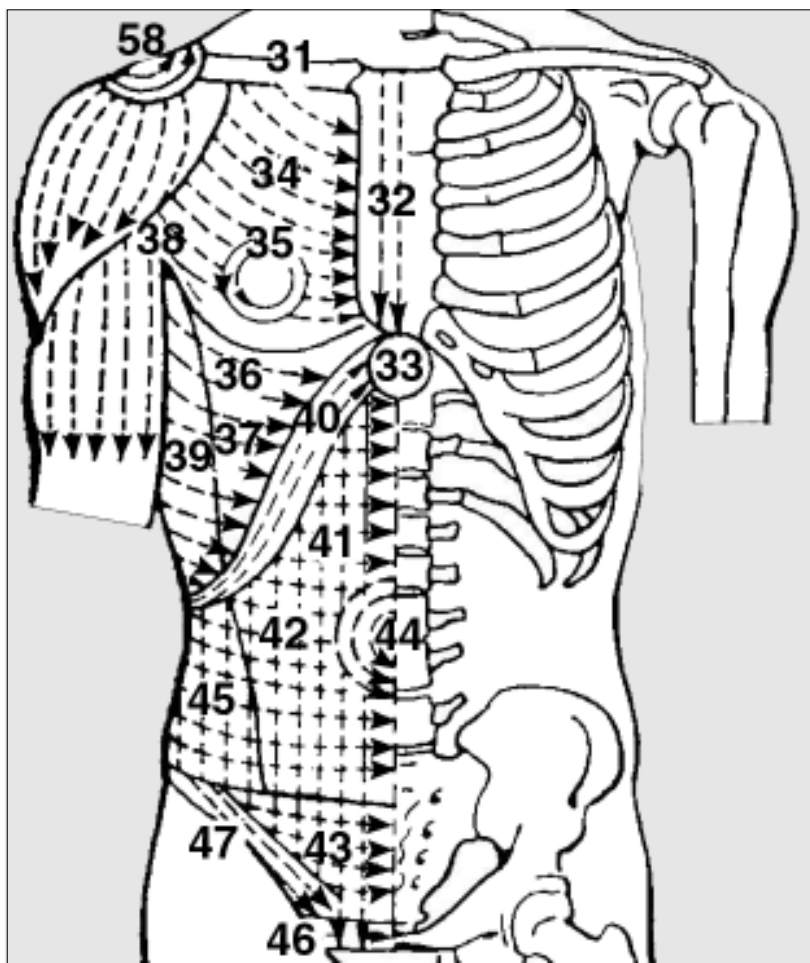


Ниже представлены схемы тела человека, которые условно разделяют его на участки для рефлекторного воздействия на организм и его функции игольчатыми валиками или игольчатым молоточком (рис.33а–33е).



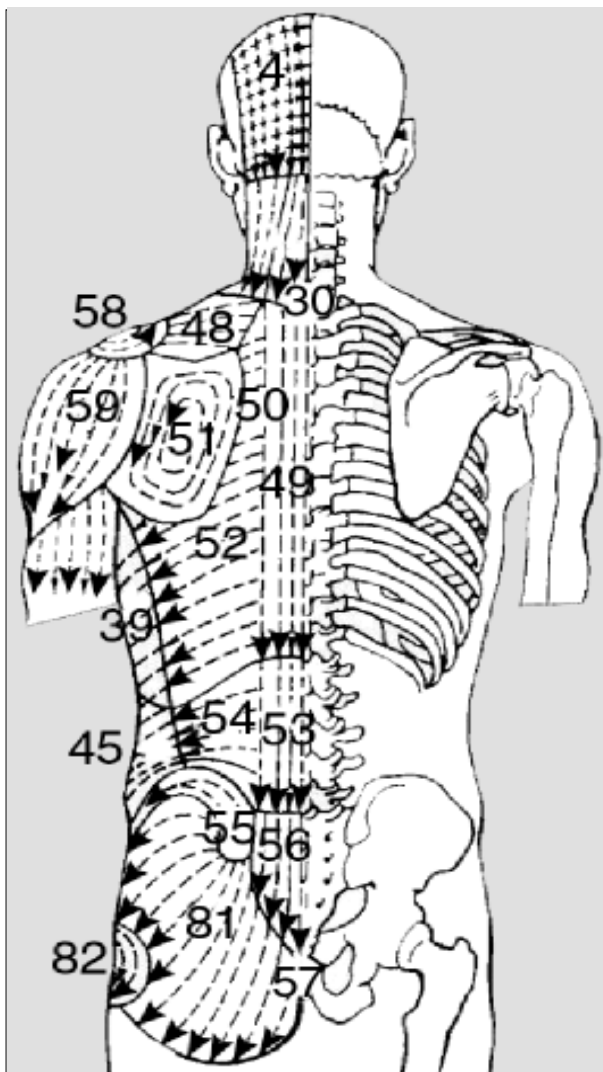
**Рис. 33а. Зоны головы и шеи:**

1 – волосистая часть головы включает теменную (4), затылочную (5), височную (6), частично лобную (3), сосцевидную (8) зоны; 2 – околоушная зона включает височную (6), сосцевидную (8), околоушно-жевательную (16), ушную зоны; 3 – лобная зона; 4 – теменная зона; 5 – затылочная зона; 6 – височная зона; 7 – зона виска; 8 – зона сосцевидного отростка; 9 – глазная зона (степень обработки слабая, веки закрыты); 10 – надглазничная зона; 11 – подглазничная зона; 12 – скуловая зона; 13 – зона носа; 14 – зона рта; 15 – щечная зона; 16 – околоушно-жевательная зона; 17 – подбородочная зона; 18 – подподбородочная зона; 19 – подчелюстная зона; 20 – подъязычная зона; 21 – подподъязычная зона; 22 – зона каротидной ямки; 23 – гортанная зона; 24 – щитовидная зона; 25 – надгрудинная зона; 26 – грудино-ключично-сосцевидная зона; 27 – латеральная зона шеи; 28 – задняя зона шеи; 29 – зона шейного отдела позвоночного столба; 30 – зона V шейного позвонка.



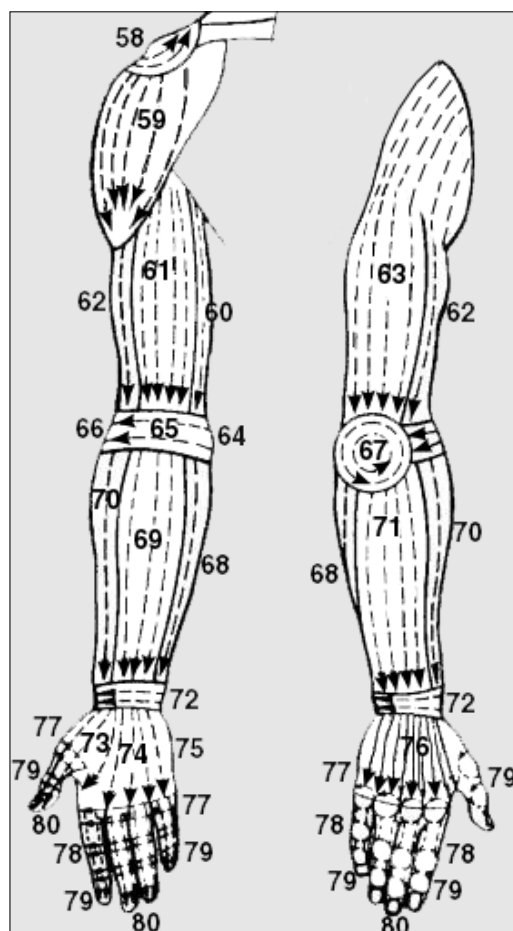
**Рис. 336. Зоны передней поверхности туловища:**

31 – ключичная зона; 32 – грудинная зона; 33 – зона мечевидного отростка; 34 – подключичная зона; 35 – зона молочной железы (можно использовать как самостоятельную зону); 36 – зона под молочной железой; 37 – зона латеральной реберной дуги; 38 – подмышечная зона; 39 – зона боковой поверхности грудной клетки; 40 – зона края реберной дуги; 41 – зона верхней части живота; 42 – зона средней части живота; 43 – зона нижней части живота; 44 – околопупочная зона (можно использовать как самостоятельную зону); 45 – зона боковой поверхности живота; 46 – лобковая зона; 47 – зона паховой складки.



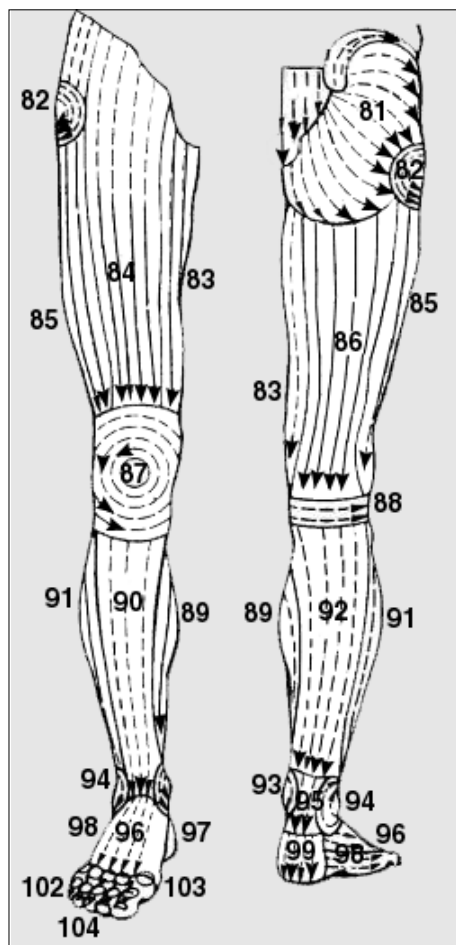
**Рис. 33в. Зоны задней поверхности туловища:**

4 – волосистая поверхность головы; 30 – область над седьмым шейным позвонком; 48 – надлопаточная зона; 49 – зона грудного отдела позвоночного столба; 50 – межлопаточная зона; 51 – зона лопатки; 52 – подлопаточная зона; 53 – зона поясничного отдела позвоночного столба; 54 – поясничная зона; 55 – зона подвздошного гребня; 56 – зона крестцового отдела позвоночного столба; 57 – зона копчика (можно использовать как самостоятельную, чаще объединяют с крестцовым отделом позвоночного столба); 81 – ягодичная зона; 82 – зона тазобедренного сустава.



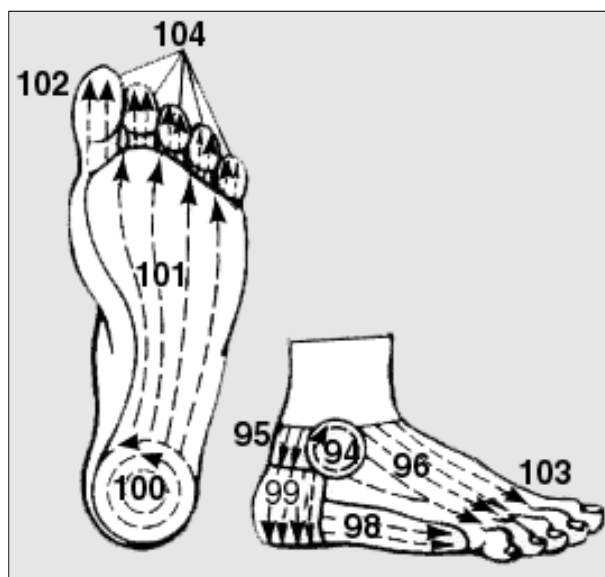
**Рис. 33г. Зоны верхней конечности:**

58 – акромиальная зона; 59 – дельтовидная зона; 60 – медиальная зона плеча; 61 – передняя зона плеча; 62 – латеральная зона плеча; 63 – задняя зона плеча; 64 – медиальная зона локтя (часто объединяют с передней и латеральной зонами локтя); 65 – передняя зона локтя; 66 – латеральная зона локтя; 67 – задняя зона локтя; 68 – медиальная зона предплечья; 69 – передняя зона предплечья; 70 – латеральная зона предплечья; 71 – задняя зона предплечья; 72 – зона лучезапястного сустава; 73 – зона тенара; 74 – ладонная зона кисти; 75 – зона возвышения V пальца кисти; 76 – тыльная зона кисти; 77 – ладонные и тыльные зоны пястно-фаланговых суставов; 78 – ладонные и тыльные зоны пальцев кисти; 79 – зоны проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кисти; 80 – зоны дистальных фаланг пальцев кисти.



**Рис. 33д. Зоны нижней конечности:**

81 – ягодичная зона; 82 – зона тазобедренного сустава; 83 – медиальная зона бедра; 84 – передняя зона бедра; 85 – латеральная зона бедра; 86 – задняя зона бедра; 87 – передняя зона коленного сустава; 88 – задняя зона коленного сустава; 89 – медиальная зона голени; 90 – передняя зона голени; 91 – латеральная зона голени; 92 – задняя зона голени; 93 – медиальная зона лодыжки; 94 – латеральная зона лодыжки; 95 – медиальная и латеральная позадилодыжковые зоны; 96 – тыльная зона стопы; 97 – зона медиального края стопы; 98 – зона латерального края стопы; 99 – пяточная зона; 102 – тыльные и подошвенные зоны пальцев стопы; 103 – зоны плюснефаланговых и межфаланговых суставов стопы; 104 – зоны дистальных фаланг пальцев стопы.



**Рис. 33е. Зоны стопы:**

94 – латеральная зона лодыжки; 95 – медиальная и латеральная позадилодыжковые зоны; 96 – тыльная зона стопы; 97 – зона медиального края стопы; 98 – зона латерального края стопы; 99 – пяточная зона; 100 – зона подошвенной поверхности пяточной области; 101 – подошвенная зона стопы; 102 – тыльные и подошвенные зоны пальцев стопы; 103 – зоны плюснефаланговых и межфаланговых суставов стопы; 104 – зоны дистальных фаланг пальцев стопы.

## 6.8. МАССАЖ ЛЬДОМ

Массаж льдом имеет большое практическое значение, а иногда является единственным средством для достижения хорошего лечебного эффекта. Его применяют при свежей травме (растяжении, ушибах...), при хронических заболеваниях позвоночника, суставов, для инактивации триггерных точек. Под действием холода возникает сужение мелких кровеносных сосудов, что предотвращает образование отеков, понижается возбудимость нервов и облегчает боль.

Для массажа можно использовать целлофановый мешочек, наполненный льдом или грелку с замороженной водой.

Льдом следует утюжить или просто накладывать на больной участок.

При свежих травмах массаж льдом (1–2 мин) чередуется с легкими растираниями. Процедура повторяется несколько раз. Следует остерегаться образования синюшности на больном участке, поэтому массаж льдом проводят не более 5–7 мин.

## 6.9. МАССАЖ МЕДОМ

Массаж медом следует рассматривать как дополнительную методику соединительно-тканного массажа. Он основан на взаимодействии кожи и биологически активных веществ, содержащихся в меде, включая рефлекторные механизмы действия массажа на организм человека. По реакции кожных зон проводится вероятностная диагностика состояния здоровья. Массаж болезненен. Проводить его следует однократно, не чаще одного раза в месяц. Прежде чем приступать к этому массажу, следует выяснить, нет ли у пациента аллергии на мед.

Сущность метода заключается в использовании меда как вещества, обладающим свойствами клея. На массируемую область накладывают равномерно небольшое количество меда. Примерно одна чайная ложка на участок. Затем массажист накладывает плашмя кисть на этот участок и «отклеивает» ладонь, приподнимая руки одновременно или поочередно. Вначале это удастся легко, затем возрастает сила натяжения, и кожный слой как бы прилипает к ладони массажиста. Массаж продолжается до тех пор, пока кожа перестанет приклеиваться и весь мед соберется на ладонях массажиста. Продолжительность массажа зависит от индивидуальных особенностей пациента и качества меда. Практика показывает, что массаж длится от 30 мин до 1 часа. Заканчивают процедуру влажными обтираниями массируемого участка.

Медовый массаж является эффективным средством поддержания организма в условиях всевозможных перегрузок и стрессов, снимает усталость и наполняет лёгкостью, свежестью все тело, способствует профилактике умственного и физического переутомления, нарушений сна, психосоматических заболеваний, остеохондроза, вегето-сосудистой дистонии, нарушений работы внутренних органов, артрозов суставов конечностей.

## 7. ПЛАНЫ И СХЕМЫ МАССАЖА

В различных школах массажа существуют определенные правила в последовательности действий. Пытаясь унифицировать различные методики массажа, я предлагаю наиболее эффективную и рациональную схему массажа. Надо понимать, что это не шаблон, а лишь схема, позволяющая определить последовательность действий в наиболее распространенных случаях лечения или оздоровления.

### ПЛАН И СХЕМА ОБЩЕГО МАССАЖА

Как правило, процедуру следует начинать с массажа спины, за исключением некоторых случаев, когда заболевание требует иного подхода. В плане общего массажа существует следующая очередность.

1. Грудной отдел позвоночника.
2. Шейно-воротниковая область.
3. Верхние конечности.
4. Пояснично-крестцовая и ягодичная области.
5. Нижние конечности.
6. Массаж передней поверхности туловища: грудной клетки, грудины.
7. Массаж живота и реберных дуг.
8. Массаж волосистой части головы.

Направление массажных движений — от дистальных участков к проксимальным.

### ПЛАНЫ И СХЕМЫ ЧАСТНОГО МАССАЖА

#### **МАССАЖ СПИНЫ**

Спина подразделяется на три основных участка, которые массируются в определенной последовательности: сначала грудной отдел позвоночника, потом шейно-воротниковая область и затем пояснично-крестцовая область.

Грудной отдел позвоночника от поясничной области к вышележащим участкам обрабатывается следующими приемами:



| Выжимание                                              | Растирание                                     | Разминание                                                         | Ударные                        |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Ребром ладони, «тяги-толкай», выжимание с накачиванием | Сдвигание, перекачивание, пиление, накачивание | Основанием ладони, сверлением, «граблями», «вилкой», поколачивание | Кончиками выпрямленных пальцев |

**Область лопатки, лопатку** обрабатывают особенно тщательно, используя приемы растирания, разминания, линейного выжимания.

**Шейно-воротниковая зона** и мышцы плечевого пояса массируются по направлению от волосистой части головы до области надплечья, следующими приемами:

| Выжимание     | Растирание                                         | Разминание                                                                |
|---------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Ребром ладони | Щипцами, подушечками 4-х пальцев и большого пальца | Щипцами, сверлением, подушечкой большого пальца, ординарное с растяжением |

К массажу **поясничной и крестцовой** области переходят после массажа верхних конечностей, используя следующие приемы:

| Выжимание                        | Растирание | Разминание                                                               | Ударные                        |
|----------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Основанием ладони, ребром ладони | Сдвигание  | «Граблями», гребнями кулака, «вилкой», крестообразное разминание сжатием | Кончиками выпрямленных пальцев |

Растирание и разминание припозвоночной области выполняется снизу вверх, а крестцовую и ягодичную области — от центра к боковым поверхностям.

## МАССАЖ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Первоначально массируют плечо и область плечевого сустава в направлении от локтевого сустава к плечевому суставу следующими приемами:

| Выжимание         | Растирание                                                        | Разминание                                                      | Ударные                      |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Обхватом, финское | Перекатыванием, кругообразным растиранием подушечками 4-х пальцев | Ординарное, двойное ординарное, двойной гриф, двойное кольцевое | Потряхиванием, встряхиванием |

Область **локтевого сустава** массируют растирающими приемами мест прикрепления мышц и сухожилий, область межсуставной щели.

**Область предплечья** массируют от лучезапястного сустава по направлению к локтевому суставу, используя следующие приемы:

| Выжимание               | Растирание                   | Разминание          |
|-------------------------|------------------------------|---------------------|
| Обхватом, ребром ладони | Щипцами, подушечками пальцев | Сверлением, щипцами |

**В области кисти** массируют межпястные промежутки и пальцы сначала с тыльной стороны по направлению от лучезапястного сустава к пальцам, затем ладонную поверхность от пальцев к лучезапястному суставу. В основном применяют приемы растирания, а также специальный прием «раздавливание кисти», подергивание и встряхивание за пальцы.

Область **лучезапястного сустава** массируют растирающими приемами мест прикрепления мышц и связок.

## МАССАЖ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Основные приемы массажа ягодичной области — крестообразное разминание и разминание основанием ладони.

Заднюю поверхность бедра массируют от коленного сустава до подъягодичной области, используя следующие приемы:

| Выжимание                              | Растирание                                          | Разминание              | Сотрясающие           |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Ребром ладони, «тяги-толкай», обхватом | Двойное ординарное, двойное кольцевое, двойной гриф | Рубление, поколачивание | Потряхивание, валяние |

**Область коленного сустава** (боковые поверхности) массируют растирающими приемами: подушечками пальцев, щипцами, сдвиганием.

**Заднюю область голени** массируют по направлению от голеностопного сустава к подколенной ямке, используя следующие приемы:

| Выжимание                        | Растирание                   | Разминание                                                     | Ударные и сотрясающие           |
|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Ребром ладони, финское, обхватом | Щипцами, подушечками пальцев | Щипцами, ординарное, двойное кольцевое, крестообразное сжатием | Рубление, потряхивание, валяние |

**Область бедра** от надколенника до гребня подвздошной кости массируют, используя известные приемы:

| Выжимание                              | Разминание                                          | Ударные  | Сотрясающие           |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Ребром ладони, «тяги-толкай», обхватом | Двойное ординарное, двойное кольцевое, двойной гриф | Рубление | Потряхивание, валяние |

**Область коленного сустава** и надколенник массируют растирающими приемами.

**Голень** (её переднюю поверхность) массируют в том же порядке, что и заднюю поверхность голени, используя приемы выжимания и разминания.

**Стопу** массируют в следующем порядке: вначале массируют подошвенную область, от пальцев к пятке, пальцы и затем переднюю поверхность стопы от голеностопного сустава по направлению к пальцам, используя общие и специальные приемы:

| Растирание                   | Ударные и сотрясающие | Специальные                                |
|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| Щипцами, подушечками пальцев | Ребром ладони         | Потягивание за пальцы, раздавливание стопы |

Область **голеностопного сустава** массируют приемами растирания обеих лодыжек и межсуставной щели, мест прикрепления сухожилий.

**Тыл стопы и межкостные** промежутки массируют приемами растирания. Далее переходят к массажу передней поверхности нижних конечностей.

#### МАССАЖ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА

Начинают с области груди, грудины и межреберных промежутков от средней линии по направлению к подмышечным впадинам (большая и малая грудные мышцы, наружные межреберные мышцы и область прикрепления ребер к груди).

#### МАССАЖ ЖИВОТА

Живот требует крайне внимательного и осторожного подхода. Существуют специальные техники тонкого воздействия на внутренние органы живота, которые являются предметом висцеральной мануальной терапии. Но первоначально следует хорошо освоить технику массажа живота.

Направление массажных движений от правого паха к правому подреберью, от правого подреберья к левому подреберью и от левого подреберья к левому паху П-образно или подковообразно. Область мочевого пузыря не массируется.

Массаж живота разделяется на 3 части: массаж брюшной стенки, органов брюшной полости и нервного сплетения.

В массаже живота рекомендую использовать следующие приемы:

- \* поглаживание тыльной стороной кисти;
- \* растирание тканей передней стенки живота (растяжение, подергивание, накатывание, перекачивание);

- \* разминание косых мышц живота (снизу вверх);
- \* разминание прямых мышц живота (сверху вниз);
- \* «надавливание» на органы брюшной области;
- \* «подталкивание»;
- \* растирание надчревной области и реберных дуг (от боковых поверхностей к мечевидному отростку);
- \* перкуссия надчревной области от боковых поверхностей к мечевидному отростку, сначала проводят очень легкие и осторожные действия и лишь при отсутствии неприятных и болезненных ощущений переходят к более глубоким простукиваниям;
- \* спиралевидное закручивание тканей вокруг пупка;
- \* вибрационное растирание области брюшной аорты (вверх и вниз);
- \* подтягивание и приподнимание передней стенки живота;
- \* поколачивание кончиками выпрямленных указательного и среднего пальцев;
- \* сотрясение и потряхивание живота;
- \* заканчивают массаж живота поглаживанием.

## Массаж головы

Приступая к массажу головы, следует учитывать повышенную реактивность организма на массажные манипуляции. Следует помнить, что направление роста волос почти совпадает с направлением лимфатических сосудов, таким образом, волосистая часть головы массируется только по направлению роста волос. Как правило, массаж головы выполняется в исходном положении пациента сидя на стуле, а массажист располагается позади массируемого. Для того чтобы предупредить побочные реакции организма при массаже головы, мы предлагаем сочетать массажные манипуляции на волосистой части головы и шеи.

В массаже головы я рекомендую использовать следующую последовательность приемов:

- \* начинают массаж с растирания волосистой части головы подушечками всех пальцев;
- \* далее растирание шейных мышц и связок;
- \* «сдвигание» во фронтальной и сагиттальной плоскостях;
- \* растирание затылочных областей и выйной линии;
- \* растирание грудино-ключично-сосцевидных мышц;
- \* «сжатие головы» в разных плоскостях;
- \* растирание лобных поверхностей;
- \* разминание мышц шеи и надплечья;
- \* «пунктирование» или «пальцевой душ»;
- \* «сжатие головы» с одновременным «сдвиганием»;
- \* точечный массаж чувствительных зон и точек сначала затылочной области, затем лобной и височных областей, потом по средней линии головы;
- \* вибрационное надавливание на I шейный позвонок (осторожно!);
- \* заканчивают массаж растиранием волосистой части головы подушечками всех пальцев.

Рассмотрев массаж различных частей тела, я описал примерный набор массажных приемов. В работе массажиста может использоваться иной набор приемов и порядок действий, но правила, которые я привожу ниже, рекомендую соблюдать для достижения эффективности в работе.

Общий массаж применяют в оздоровительной практике как средство, заменяющее физические упражнения или по специальным показаниям, в лечебной практике: ослабленным больным после перенесенных заболеваний, в период реабилитации, а также лицам с пониженной работоспособностью.

Массаж отдельных частей тела может использоваться в различных целях в оздоровительной и лечебной практике, но во всех случаях следует действовать с учетом сегментарного строения человеческого тела.

**ПРАВИЛА РАБОТЫ МАССАЖИСТА**

- \* Соблюдать план массажа по правилу: «от периферии к центру» по предлагаемым схемам.
- \* Постепенно переходить от массажа поверхностных слоев тканей к более глубоким слоям.
- \* Максимально разнообразить приемы массажа, используя наиболее эффективные для конкретных массируемых участков тела.
- \* Одинаково хорошо владеть правой и левой рукой.
- \* Во время сеанса периодически менять позу и положение тела по отношению к пациенту.
- \* Соблюдать необходимый ритм и интенсивность массажных манипуляций.
- \* Рационально использовать время, отведенное на массаж.
- \* Добиваться целенаправленного, прицельного воздействия на рефлекторно измененные ткани.
- \* Правильно выбирать приемы и их комбинации.
- \* Рационально использовать свою силу, работать без задержки дыхания.
- \* Стараться не допускать значительных болезненных ощущений у пациента.
- \* Быть предельно внимательным, бдительным к состоянию пациента во время процедуры, не допуская ухудшения его самочувствия.

## 8. МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕБНОМУ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМУ МАССАЖУ

### Цели и задачи массажа

Как было уже указано, задача настоящего руководства — унифицировать различные методики и системы массажа, и я считаю, что основой массажной процедуры должен быть *рефлекторный* массаж. Он должен учитывать отдаленное рефлекторное влияние на организм в целом. Нецеленаправленный массаж таит в себе опасность возникновения побочных, неожиданных реакций организма, а лечебный эффект будет незначительным.

Рефлекторный массаж (соединительно-тканый, сегментарный, точечный, периостальный и др.) следует рассматривать как значительный шаг вперед и как наиболее перспективное достижение в теории и практике массажа.

Перед массажистом до начала процедуры возникает несколько вопросов:

1. Какую **задачу** необходимо разрешить?
2. Какую **цель** должен преследовать массаж?
3. Каким **методом** добиться решения поставленной задачи?
4. Установить **план** или порядок действий при массаже.

*Цели и задачи* могут быть общие для многих заболеваний и в то же время специфические для каждого заболевания в отдельности.

К *методике* относится выбор способа воздействия с целью разрешения возникающей задачи:

- \* «сухой массаж»;
- \* массаж с применением смазывающих средств или лечебных мазей;
- \* массаж с применением массажеров;



- \* вакуум-массаж или баночный массаж;
- \* перкуссионный массаж;
- \* сегментарный массаж;
- \* точечный массаж и другие.

### ВЫБОР МЕТОДА МАССАЖА

Как правило, массаж проводит массажист по назначению врача. Перед каждой процедурой следует осмотреть пациента, установить чувствительность тканей, уточнить самочувствие. Результаты осмотра, из-за разнообразия реакций организма, позволят выявить новые рефлекторно измененные участки.

Следует правильно выбирать приемы и их комбинации, определять интенсивность массажного действия. Только при правильном выборе силы и интенсивности массажного действия организм реагирует на массаж как саморегулирующая система, способная восстанавливать нормальное состояние тканей и органов. При этом мерой и качеством работы массажиста является оптимальное массажное воздействие. Для каждого больного следует выбирать меру массажного воздействия. В любом случае лечение должно соответствовать конституции тела, которая является суммой врожденных и психических качеств (см. табл. 11).

### ДОЗИРОВКА МАССАЖА

К лечению относится порядок действий или *план* массажа в одной процедуре и на весь комплекс процедур, продолжительность процедуры и их количество.

На мой взгляд, *продолжительность* лечебного массажа не должна превышать 15–20 мин, массажист должен помнить об его отдаленном воздействии, которое при передозировке может привести к смещению рефлексов и негативным реакциям организма.

При мягких и несильных массажных воздействиях массаж может быть и более продолжительным. Для человека тренированного и здорового оздоровительный или профилактический массаж может длиться 1–1,5 ч.

*Количество* процедур в лечебном массаже определяется индивидуально и зависит от многих факторов: от характера и продолжительности заболевания, от возраста больного, от реакции организма на массаж и т.д.

Чем хуже функциональное состояние пациента, тем меньше должна быть массажная нагрузка.

Ориентиром количества процедур может служить улучшение самочувствия или исцеление недуга. После явного улучшения самочувствия следует провести еще 2 процедуры и сделать перерыв в массаже. Количество процедур лучше раздробить на несколько серий с перерывами 7–10 дней между ними. Надо заметить, что если после пяти сеансов не происходит улучшения, необходимо задуматься, правильно ли происходит лечение, т.к. целенаправленное воздействие уже через 3–5 процедур приносит результат. В некоторых случаях после первого сеанса массажа может начаться обострение хронического заболевания, о чем необходимо предупредить пациента, но уже к четвертому сеансу самочувствие, как правило, улучшается.

#### СТРУКТУРА МАССАЖА

Вся массажная процедура условно может быть разделена на четыре части:

1. **Вводная.** В это время проводится диагностика: поиск и распознавание видимых рефлекторных изменений, 1–1,5 мин.
2. **Подготовительная.** Различными приемами массажа проводится подготовка (разогревание) организма к целенаправленному воздействию, а также продолжается поиск осязаемых рефлекторных изменений, 5–7 мин.
3. **Основная.** Осуществляется целенаправленное воздействие на патологические участки, выявленные в процессе диагностики и на специальные зоны, различными способами массажа, 10–50 мин.
4. **Заключительная.** Оказывается успокаивающее воздействие на весь организм, 2–3 мин.

В нашем лечебнике (глава 9) указаны примеры сочетания различных способов воздействия, порядок действий в основной части сеанса.

#### ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ И СРЕДСТВА ДЛЯ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Во время массажа или сразу после него могут появляться различного рода расстройства вегетативных функций или ухудшаться самочувствие. Причинами таких реакций могут быть:

- \* грубая техника массажа;
- \* передозировка массажа по времени и интенсивности;
- \* незнание методических особенностей массажа при заболеваниях;
- \* высокая реактивность пациента;
- \* состояние нервного или физического перенапряжения.

Как только у пациента возникнут негативные реакции, массаж следует прекратить и использовать возможные средства для их устранения, в том числе и некоторые массажные манипуляции (см. табл. 12).

У пожилых пациентов, даже при хорошем самочувствии, а также у других людей с возможной повышенной чувствительностью к массажу, могут быть снижены адаптационные возможности организма. Поэтому массаж им следует проводить в щадящем режиме. Это так называемый «поверхностный массаж» с точки зрения силы, времени и объема массажного воздействия. Особенно строго данных рекомендаций следует придерживаться при первых массажных процедурах. В дальнейшем следует оценивать фактическую переносимость массажа. В этом будет соблюден важный принцип лечения «не навреди!».

Пациентам, склонным к колебаниям артериального давления и пульса, до и после массажа, особенно в начале лечения, желателен контроль артериального давления и частоты пульса.

**Таблица 11.** Признаки типов конституции.

| <b>Особенности<br/>типа</b> | <b>Тип конституции</b>                                                                                                         |                                                                                                                                                   |                                                                              |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
|                             | <b>Висцеротоничес-<br/>кий эндоморф</b>                                                                                        | <b>Соматотоничес-<br/>кий мезоморф</b>                                                                                                            | <b>Церебротоничес-<br/>кий эктоморф</b>                                      |
| Органы                      | Желудок и легкие                                                                                                               | Кости и мускулы                                                                                                                                   | Кожа, нервная система                                                        |
| Побудительная установка     | Пищеварительная                                                                                                                | Мускульная                                                                                                                                        | Мозговая                                                                     |
| Внешний вид                 | Толстый, округлый, с большой грудной клеткой и животом, широкое лицо, шея толстая, маленькие ладони и ступни, объёмистые бедра | Крупный, широкий, набит мускулами, костистое лицо, развитый подбородок, большие руки, мускулистые ноги, хорошо развитые мышцы конечностей и торса | Худой, тонкий, обычно сутулый, лицо продолговатое, мышцы сухие, живот втянут |
| Образ                       | Важный                                                                                                                         | Активный                                                                                                                                          | Замкнутый                                                                    |
| Привычки                    | Общительный, гурман                                                                                                            | Физические нагрузки                                                                                                                               | Уединение                                                                    |
| Метод массажа               | Сегментарный, медленный, глубокий, не болезненный                                                                              | Сильный, глубокий, спортивный, равномерный чувствительный, продолжительный, заменяющий физические упражнения                                      | Рефлекторный, точечный, интенсивный, безболезненный, непродолжительный       |

**Таблица 12.** Способы устранения негативных реакций.

| <b>Массируемый участок</b>                                    | <b>Побочные реакции</b>                                      | <b>Участки для устранения побочных реакций</b>                   |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Шейные связки                                                 | Головная боль, головокружение, тремор, склонность к обмороку | Верхние порции трапециевидных мышц                               |
| Область С <sub>7</sub>                                        | Тошнота, позывы к рвоте                                      | Интенсивный массаж нижнего угла лопатки                          |
| Грудино-ключично-сосцевидные мышцы                            | Ощущение сердца, приступ стенокардии                         | Грудная клетка слева                                             |
| Грудина                                                       | Жажда, рвотное состояние                                     | ШОП                                                              |
| Область лопатки                                               | Покалывание в руке                                           | Область около подмышки                                           |
| Область между позвоночником и лопаткой                        | Щемящие боли в сердце                                        | Левая часть грудной клетки слева                                 |
| Межреберные мышцы                                             | Неприятные ощущения в сердце                                 | Левая часть грудной клетки слева                                 |
| Область D <sub>10</sub>                                       | Сильная потливость, почечная колика                          | Массаж между позвоночником и лопаткой в области D <sub>3-4</sub> |
| Область поясницы                                              | Тупые боли в области мочевого пузыря                         | Мышцы живота (нижние отделы)                                     |
| Область L <sub>3-5</sub>                                      | Боль и покалывание в ноге                                    | Над большим вертелом и седалищным бугром                         |
| Крестец и область D <sub>8-11</sub>                           | Приступы боли в области желчного пузыря                      | Область D <sub>2-3</sub> между позвоночником и левой лопаткой.   |
| Нижняя часть крестца                                          | Головные боли в затылочной области                           | Крестец, подвздошный гребень, мышца живота                       |
| Подвздошный гребень и область L <sub>1</sub> -D <sub>10</sub> | Нарушение функции мочевого пузыря                            | Массаж аддукторов                                                |
| Область копчика                                               | Близость к обмороку, тошнота                                 | Широкая фасция бедра                                             |
| Седалищная кость                                              | Боли в пояснице                                              | Массаж ПОП                                                       |

## 9. ЛЕЧЕБНИК ИЛИ МАССАЖ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Предлагаемый *лечебник* может служить примером выбора действий, но отнюдь не является шаблоном.

### 9.1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

К заболеваниям опорно-двигательного аппарата относятся:

- \* *травмы*: переломы, ушибы, растяжения, вывихи и др.;
- \* *воспалительные заболевания*: миозиты, периоститы, периартриты, паратенонит и др.;
- \* *дегенеративно-дистрофические заболевания*: тендинит, артрозы, спондилезы и др.

Мой опыт дает право утверждать, что массаж на ранних стадиях травматизма значительно сокращает сроки лечения, а применение сегментарного и рефлекторного методов, позволяет оказывать лечебное воздействие уже с первых дней травмы.

***К целям и задачам массажа следует отнести:***

- \* противовоспалительное действие;
- \* обезболивающее действие;
- \* улучшение кровообращения и лимфообращения в поврежденной области;
- \* стимулирование регенеративных процессов;
- \* рассасывающее действие;
- \* восстановление двигательной функции;
- \* улучшение трофики (питание) поврежденных тканей;
- \* регулирующее воздействие на обменные процессы;
- \* обратное развитие патологического процесса;
- \* регулирующее воздействие на центральную нервную систему.

В свою очередь заболевания опорно-двигательного аппарата можно разделить на три группы: заболевания верхних конечностей, нижних конечностей и позвоночника.

### ***Травмы и заболевания верхних конечностей***

Верхние конечности иннервируются от  $C_1$  до  $D_5$ .

Наблюдения показывают рефлекторные нарушения **в коже**: у позвоночника между лопатками, под ключицей, на плече; **соединительной ткани**: под остью лопатки, области реберной дуги, между позвонником и лопатками; **мышцах**: трапециевидной мышце, широкой мышце спины, дельтовидной и подостной мышце; **надкостнице**: ости лопатки, грудине, ключице, наружном и внутреннем мыщелке плеча.

В лечении следует обратить внимание на широкую мышцу спины на всем ее протяжении, очень важным моментом в лечении является воздействие на максимальные точки вдоль позвоночника, самой чувствительной зоной является зона ости лопатки, ее следует обрабатывать осторожно, соблюдая дозировку.

#### **План:**

1. Массаж грудного отдела позвоночника.
2. Массаж шейного отдела позвоночника.
3. Массаж максимальных точек припозвоночной области.
4. Периостальный массаж боковой поверхности остистых отростков грудного и шейного отделов позвоночника.
5. Массаж здоровой конечности.
6. Массаж проксимальных участков больной конечности.
7. Массаж больного участка и локальных БАТ.
8. Заканчивают процедуру пассивными и активными движениями.

Передозировка в массаже может вызвать резкое обострение, поэтому нужно строго выдерживать время процедуры.

### ***Травмы и заболевания нижних конечностей***

Нижние конечности иннервируются сегментами  $D_{11}-D_{12}$ ,  $L_1-L_5$ ,  $S_1-S_5$ .

Лечение суставов оказывается бесполезным, если не определить и не оказать воздействие на рефлекторно нарушенные участки. Данные осмотра выявляют **кожные** нарушения: области поясницы, области

ягодицы, зоны гребня подвздошной кости; **в соединительной ткани:** области ягодицы, вдоль ягодичной складки, области тазобедренного сустава; **в мышцах:** подвздошно-поясничной, портняжной, большой ягодичной, наружной головке четырехглавой мышцы бедра; **в надкостнице:** крестца, большого вертела, гребня подвздошной кости.

Одной из причин заболевания суставов нижних конечностей может быть нарушение работы кишечника и желчного пузыря, поэтому эффективно только комплексное лечение.

#### **План:**

1. Массаж поясничного и грудного отделов позвоночника.
2. Точечный массаж сегментарных точек ( $V_{31,32,33,34}$ ).
3. Массаж тазового пояса.
4. Периостальный массаж крестца.
5. Массаж здоровой конечности.
6. Массаж больной конечности с включением локальных БАТ, зон периостального воздействия.
7. Заканчивают процедуру активными и пассивными движениями.

При переломах в первые 3 дня массируют только сегментарные зоны и здоровую конечность. На четвертый день добавляют легкое растирание открытых участков больной конечности. На седьмой день на время массажа снимают фиксирующую повязку и массируют легким выжиманием поверхности травмированного участка.

#### ***Травмы и заболевания позвоночника***

Основными показаниями для массажа являются: последствия травм, дегенеративные заболевания хряща, хронические воспаления суставов, нарушения статики и искривления и все другие заболевания, на проявление которых влияют изменения в позвоночнике.

Основная задача: «освободить» напряженные мышцы, улучшить лимфо- и кровообращение, снять боль, восстановить объем движений. Надо отметить, что при корешковых симптомах сам по себе массаж может усиливать боль и вызывать обострения. Поэтому умеренный



массаж следует совмещать с другими процедурами: водолечением, физиотерапией, фармакологией. Особое место занимает периостальный, точечный и баночный массажи.

При корешковых симптомах рекомендуем в качестве основной процедуры рефлекторный массаж кистей и стоп.

**План:**

1. Массаж грудного, шейного, поясничного и крестцово-копчикового отделов позвоночника в рефлекторно измененных участках.
2. Инактивация болезненно-мышечных уплотнений.
3. Линейный массаж.
4. Точечный массаж для обезболивания ( $E_{36}, V_{60,31, 32, 33, 34, 11, 25}$ ).
5. Периостальный массаж.
6. Пассивные движения (мобилизация).

**Сколиоз**

**Задача:** повысить общий тонус организма, нормализовать функциональные возможности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, сформировать правильную осанку, укрепить мышцы туловища, сформировать мышечный корсет.

**План:**

1. Массаж напряженного участка грудного отдела позвоночника.
2. Массаж напряженного участка поясничного отдела позвоночника для его расслабления.
3. Массаж ослабленных мышц поясничного отдела позвоночника для стимуляции.
4. Выполнение приема «перемещение-вытяжение» основанием ладони по паравертебральным линиям (снизу-вверх).
5. Периостальный массаж позвоночного столба в положении пациента лежа на боку.
6. Оттягивание, надавливание на искривленный сегмент.
7. Стимуляция межреберных мышц.

8. Массаж подключичной и надключичной областей.
9. Массаж грудных мышц.
10. Расслабляющий массаж в области реберных выпячиваний.
11. Массаж реберных дуг и надчревной области.
12. Пассивные и активные движения в позвоночнике, верхних и нижних конечностях.

Необходимо стремиться к созданию симметрии тела. В области запаавших ребер и мышц не применять сильных приемов массажа.

## 9.2. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

К ним относятся: нарушения желудочной секреции, язвенная болезнь, гастрит, нарушение перистальтики и тонуса кишечника, хронические запоры и другие. Решающим фактором лечения является устранение всех рефлекторных изменений в мышцах, надкостнице, в соединительной ткани.

При заболевании желудка поражаются сегменты  $C_3-D_8$  слева, при заболевании двенадцатиперстной кишки, тонкого и толстого кишечника —  $D_6-D_{11}$  справа,  $D_9-D_{11}$  справа.

При диагностике **в коже** наблюдаются рефлекторные нарушения слева от позвоночника на уровне  $D_{7-8}$ , слева у нижнего угла левой лопатки. Изменения в **соединительной ткани**: слева от позвоночника на уровне  $D_7$ , слева на передней поверхности грудной клетки  $D_{7-8}$ . Изменения **в мышцах**: мышца, выпрямляющая туловище, слева на уровне  $D_{6-7}$ , прямая мышца живота.

К **задачам** массажа следует отнести: регуляцию секреторной и моторной функции, регуляция работы центральной нервной системы.

При массаже следует учитывать мышечную зону ниже ости лопатки слева. На нее можно воздействовать только лишь после устранения всех рефлекторных изменений в мышцах, расположенных ниже. Если этого не соблюдать, то можно ухудшить состояние больного и вызвать смещение рефлекса: могут возникнуть позывы к рвоте, головокружение и головная боль, неприятные ощущения в области сердца и др.

Кроме того, рефлекторные изменения следует ликвидировать мягкими и неглубокими растираниями. К массажу живота приступают только после 4–5 сеансов, когда боли несколько утихнут.

**План:**

1. Массаж сегментарных точек ( $V_{17,19,20,21}$ ,  $E_{36}$ ,  $VB_{25}$ ).
2. Массаж рефлексогенных зон спины, шейно-воротниковой области.
3. Соединительно-тканый массаж области спины.
4. Массаж рефлексогенных зон стопы и кисти.
5. Массаж живота.
6. Хорошо себя зарекомендовал баночный массаж области спины и живота.

### 9.3. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

К ним относятся: желчекаменная болезнь, хронические воспаления желчного пузыря и желчных протоков, функциональные нарушения печени и желчных путей, последствия перенесенного гепатита. Основными показаниями к массажу являются дискинезии желчных путей.

Данные осмотра показывают изменения **на коже**: справа под ключицей, справа между позвоночником и внутренним краем правой лопатки. **В соединительной ткани**: справа над правой ключицей, область надплечья справа сзади, справа между позвоночником и краем правой лопатки. Изменения **в мышцах**: справа трапецевидная мышца, прямая мышца живота, широчайшая мышца спины справа. Особое место при заболеваниях печени и желчного пузыря — это область под правой лопаткой. Как правило, здесь нарушения обнаруживаются и в соединительной ткани, и в мышцах. В этой же зоне выявляются **максимальные точки**.

Лечение заключается в сочетании воздействия на спину, грудь и таз.

**Задача** массажа: улучшение секреторной функции, улучшения микроциркуляции в органах, ликвидация застойных явлений.

**План:**

1. Массаж рефлексогенных зон спины.
2. Массаж рефлексогенных зон грудной клетки.
3. Массаж живота.
4. Массаж реберной дуги и солнечного сплетения.
5. Массаж  $E_{36}$ ,  $GI_{11}$ ,  $F_{2,8}$ ,  $V_{18,19}$ ,  $VB_{24}$ .

Очень часто для эффективного лечения нужно провести 3–4 курса с перерывом в 10 дней.

**9.4. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

К ним относятся: хроническая недостаточность сердечной мышцы, хронические перенапряжения сердечной мышцы, стенокардия, атеросклероз, хроническая коронарная недостаточность с функциональными спазмами венечных артерий, последствия перенесенного инфаркта миокарда и др.

К сердцу относятся сегменты  $C_4-C_8$ ,  $D_1-D_2$  и  $L_1$ . При диагностике наблюдаются изменения **кожной чувствительности** под ключицей слева, на поверхности грудной клетки слева, между левой лопаткой и позвоночником; обнаруживаются изменения в **соединительной ткани** на передней поверхности грудной клетки слева, у мест прикрепления ребер к груди, у внутреннего края левой лопатки; определяется болезненность и уплотнения в **мышцах**: в трапециевидной мышце, в мышце-выпрямителе позвоночника, в подостной мышце, в грудиноключично-сосцевидной мышце; проявляется повышенная болезненность в надкостнице лопатки и грудины.

**Задачи:** устранить застойные явления, улучшить кровообращение в малом и большом круге кровообращения, активизировать обменные и трофические процессы в сердечных тканях, повысить тонус и сократительную функцию сердечной мышцы.

При серьезных нарушениях и заболеваниях сердца массаж выполняют в положении больного сидя.

**План:**

1. Массаж грудного отдела позвоночника и шейного отдела позвоночника.
2. Точечный массаж  $GI_{11}$ ,  $E_{36}$ ,  $C_{4,7}$ ,  $MC_6$ ,  $RP_4$ ,  $VC_{17}$ .
3. Массаж кистей и стоп.
4. Массаж грудины и межреберных промежутков.
5. Массаж области сердца.
6. Массаж верхних и нижних конечностей.
7. Пассивно-активные движения рук.

При ишемической болезни сердца в больничный период массаж проводится в иной последовательности:

1. Массаж верхних и нижних конечностей.
2. Легкое растирание боковых поверхностей грудной клетки.
3. После того, как больному разрешают поворачиваться, растирают область спины.

Общее время 5–7 мин. В послебольничный период включают массаж рефлекторных зон, а в период санаторно-курортного лечения включают дозированную физическую нагрузку и ЛФК.

**Гипертония****План:**

1. Массаж верхних конечностей.
2. Массаж нижних конечностей.
3. Массаж грудного отдела позвоночника.
4. Массаж шейного отдела позвоночника.
5. Точечный массаж  $MC_{17}$ ,  $F_{14}$ ,  $VC_{20}$ ,  $V_{10,15}$ ,  $E_9$ ,  $GI_{4,17}$ ,  $VB_{21}$ .
6. Массаж головы.

**Гипотония****План:**

1. Массаж шейно-воротниковой зоны.

2. Массаж поясничного отдела позвоночника.
3. Массаж шейного отдела позвоночника.
4. Массаж живота.
5. Точечный массаж  $VG_{20}$ ,  $V_{10}$ ,  $MC_7$ ,  $P_9$ ,  $GI_4$ ,  $R_6$ ,  $V_{43,15,44,23}$ .

### ***Варикозное расширение вен***

Почти всегда наблюдается повышенный тонус мышц в области заболевания вен, поэтому необходимо воздействовать на гипертонус мышц. Местный массаж венозных узлов можно и нужно проводить после нескольких сеансов массажа и если нет тромбов.

#### **План:**

1. Массаж поясничного и крестцово-копчикового отдела позвоночника.
2. Массаж сегментарных точек.
3. Массаж здоровой конечности.
4. Массаж больной конечности, обходя выступающие варикозные узлы.
5. Венозно-лимфатический массаж пораженной области.
6. Закончить поглаживанием и потряхиванием массируемой области.

### **9.5. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ**

Показаниями к массажу являются: бронхиальная астма, хроническая пневмония, остаточные явления после пневмонии, бронхита.

Под воздействием массажа усиливается выделение мокроты, он способствует расслаблению напряженных мышц, устраняет кашель, ускоряет рассасывание экссудатов и инфильтратов.

При диагностике выявляются зоны повышенной **кожной чувствительности** под и над ключицами, реберной дуги спереди, области надплечья и над лопатками. Изменения наблюдаются в **соединительной ткани**: между лопатками, на передней поверхности грудной клетки, иногда на затылке; в межреберных **мышцах**: в большой грудной мышце, в пучках трапециевидной мышцы; особо чувствительными зонами определяется **надкостница**: ребер, грудины, ключицы и лопатки.

Основным местом воздействия является область надплечья и грудины. При выявлении болезненных уплотнений в межреберье, следует проводить приемы растяжения грудной клетки.

**План:**

1. Массаж грудного и шейного отдела позвоночника.
2. Точечный массаж  $GI_{11,4}$ ,  $E_{36}$ ,  $P_7$ ,  $V_{13,43,60}$ .
3. Массаж грудной клетки и грудины.
4. ПеркуSSIONный массаж с покашливанием и отхаркиванием.
5. Массаж шейно-воротниковой зоны.
6. Растяжение грудной клетки.
7. Вибрационный массаж.

Практика показывает высокую эффективность массажа при заболевании легких.

#### 9.6. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Считается, что массаж эффективен при нарушении менструального цикла, климактерических явлениях, для стимуляции функции молочных желез, при бесплодии и др.

**План:**

1. Массаж поясничного и крестцово-копчикового отдела позвоночника.
2. Точечный массаж  $RP_6$ ,  $R_6$ ,  $E_{36}$ ,  $V_{60}$ ,  $GI_{11,4}$ .
3. Периостальный массаж крестца и копчика.
4. Массаж рефлексогенных зон стопы.
5. Массаж живота.

#### 9.7. ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

К ним относятся параличи, парезы, последствия инсульта, детский церебральный паралич (ДЦП), последствия полиомиелита и др.

**Задачи** при ДЦП: повысить работоспособность и выносливость мышц, ускорить крово- и лимфоток, облегчить работу сердца, улучшить

функцию суставов и связочного аппарата. Данное заболевание сложное и требует длительного и регулярного лечения, поэтому следует обучить массажу родственников.

**План при ДЦП:**

1. Массаж спинномозговых сегментов.
2. Массаж грудной клетки.
3. Массаж живота.
4. На конечностях массаж проводят дифференцировано: напряженные мышцы расслабляют, паретичные тонизируют.
5. Пассивные движения.
6. Хорошим средством является вибромассаж. Необходимо использовать различные средства, позволяющие снизить тонус спастических мышц и вызвать их расслабление.
7. Массаж головы, а еще лучше краниальная мануальная терапия.

**9.8. Последствия НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

К ним относятся: инсульт, паралич, парезы, судорожные непроизвольные движения.

**Задачи:** снизить рефлекторную возбудимость спастических мышц, ослабить мышечные контрактуры, активизировать растянутые, атрофичные мышцы, способствовать восстановлению нарушенных двигательных функций, восстановить трофические нарушения.

При спастических параличах массаж следует проводить осторожно. В начальной стадии применение каких-либо интенсивных массажных действий противопоказано.

После инсульта массаж начинают с нижних конечностей. Мышцы, в которых тонус повышен, массируют мягкими, нежными приемами в медленном темпе. Растянутые, атрофичные, ослабленные мышцы массируют такими же приемами, но более интенсивно, не причиняя боли. Приемы вибрации противопоказаны. Если у больного развиваются трофические нарушения костей, связок, сухожилий, суставных сумок, массаж проводят после согревания суставов.



Для снижения возбудимости двигательных клеток спинного мозга и воздействия на трофические процессы проводят массаж поясничного и крестцово-копчикового отдела позвоночника для воздействия на нижние конечности и массаж шейного отдела позвоночника для воздействия на верхние конечности. Массаж применяют длительно.

Используют массаж точек: для нижних конечностей —  $RP_{12,10}$ ,  $VB_{34,31,30,29}$ ,  $E_{36,41}$ ,  $V_{40,57,60}$ ,  $R_3$ ; для верхних конечностей —  $E_{12}$ ,  $TR_{14,4}$ ,  $IG_{5,9}$ ,  $C_3$ ,  $MC_7$ ,  $P_5$ ,  $GI_{11,10,4}$ ; при парезе лицевого нерва —  $V_{1,2}$ ,  $TR_{17}$ ,  $E_{6,4}$ .

### 9.9. НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

К ним относятся: ожирение, подагра, диабет.

**Подагра** — заболевание, обусловленное нарушением пуринового обмена, характеризуется повышенным уровнем мочевины в крови и отложением уретров в околосуставных тканях, хрящах, почках и других органах. **Задачи** массажа — способствовать выведению из организма мочевой кислоты, улучшить крово- и лимфоток в пораженных конечностях.

#### План:

1. Массаж сегментарных зон.
2. Массаж конечностей.
3. Баночный массаж.
4. Точечный массаж (общего характера воздействия).

**Задачи** массажа при **ожирении**: улучшить крово- и лимфообращение в тканях и органах, усилить обменные процессы в тканях.

**План** зависит от особенностей ожирения.

1. До массажа следует принять горячую ванну или согреть ткани другими способами.
2. Массаж нижних конечностей.
3. Массаж спины, таза, живота и боковых поверхностей.
4. Точечный массаж  $C_9$ ,  $V_{60,65}$ ,  $R_7$ ,  $VC_{4,9}$ ,  $MC_6$ ,  $F_{13}$ ,  $RP_{4,6}$ .
5. Баночный массаж.

**Задачи** при *диабете* улучшить общее состояние больного, нормализовать кровообращение в нижних конечностях, оказать регулирующее влияние на вегетативную нервную систему, стимулировать общий обмен веществ и функцию поджелудочной железы.

**План:**

1. Сегментарный массаж поясничного и нижнегрудного отдела позвоночника.
2. Точечный массаж  $V_{20,23,43,13}, P_7, R_{6,3}, RP_{4,6}, VC_4$ .
3. Массаж шейно-воротниковой зоны.
4. Массаж поясничного отдела позвоночника и таза.
5. Массаж нижних конечностей.
6. Массаж грудной клетки и грудины.
7. Массаж живота.
8. Дыхательная гимнастика.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### 1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЗЕЙ И РАСТИРОК

«Сухой» массаж проводится без использования каких-либо смазывающих средств. Для решения определенных задач в массаже необходимы смазывающие средства или лечебные мази. Лучшим смазывающим средством во время баночного и линейного массажа может служить оливковое или другое растительное масло. В условиях бани таким средством служат вода и мыло. В качестве смазывающего средства можно иногда использовать *бишофит*. Во время массажа можно пользоваться борным вазелином, приготовленным таким образом: необходимое количество вазелина опустить в кипяток, масса, всплывшая наверх, является наиболее пригодной для массажа. Есть еще одно популярное средство для массажа — *тальк*. Тальк впитывает пот и жир и в сравнении с вазелином меньше засоряет кожу и хорошо смывается водой. И все же, по возможности, лучше проводить «сухой массаж».

Специальные мази, которые используют для ускорения регенерации тканей, снятия болей, улучшения трофических процессов, делятся на: **разогревающие, противовоспалительные, рассасывающие, анестезирующие, комбинированные.**

*Алжипан* (Франция) обладает сосудорасширяющим действием, снижает мышечные боли, способствует уменьшению контрактуры, оказывает противовоспалительное действие. Используется при люмбаго, бурситах, повреждениях сумочно-связочного аппарата, суставных болях, мышечных спазмах.

*Апизатрон, вирапин* (на основе яда пчел) используется для уменьшения болей и как противовоспалительное средство; при миозите, радикулитах, ишиасе, невралгиях, мигренях, трофических язвах, эндотерите и тромбофлебите.

*Бом-бенге, тигровая мазь (эфкамон)* (препараты метилсалициловой кислоты) используются как противовоспалительное и отвлекающее средства.

**Випросал, випратокс** (на основе яда змей) используется как болеутоляющее средство при суставных и мышечных болях и как противовоспалительное средство при миалгиях, полиартритах, периартритах.

**Гепариновая мазь** препятствует образованию тромбов и способствует рассасыванию образовавшихся тромбов, обладает местным анагезирующим средством. Применяется при гематомах, тромбофлебитах, инфильтратах как противовоспалительное средство.

**Дольник** (Франция) обладает разогревающим и противовоспалительным действием. Используется при бронхитах, плевритах, при артикулярных и мышечных болях, межреберной невралгии, после переломов, растяжении связочно-сумочного аппарата, суставных болях, мышечных спазмах.

**Капсадерма** (Венгрия) вызывает сильную гиперемию. Применяется при миозитах, люмбаго, ишиасе, травматическом артрите, мышечных болях, бурситах, растяжениях.

**Лазонил** (Австрия) применяется в остром периоде при ушибах, гемморрое, фурункулезе, инфильтратах и отеках как противовоспалительное и рассасывающее средство.

**Мелливенон** (Болгария) — сильнейшее разогревающее средство, используется как противовоспалительное, болеутоляющее средство. Применяется при ревматизме, ревматозном артрите, мышечных болях, деформирующем артрозе, спондилоартрозе, периартритах, бурситах, тендовагинитах, люмбаго.

**Мобилат** (Германия) используется как противовоспалительное средство, быстро устраняет напряжение при отеках, смягчает боль и способствует восстановлению соединительной ткани. Применяется при болезнях суставов, при периартритах плечевого сустава.

**Никодан** (Германия) используется при ревматизме, болях в мышцах, хронических бронхитах, растяжениях.

**Никофлекс** (Венгрия) используется для разогревания мышц при растяжении, вывихах, мышечных болях, судорогах мышц, мышечной усталости, перенапряжении. Повышает обмен веществ, способствует

выведению молочной кислоты из мышц. Никофлекс может вызвать аллергическую реакцию, поэтому необходимо соблюдать осторожность при его применении.

**Рионеврол** (Германия) используется при ишиасе, миозитах, радикулите, невритах.

**Троксевазин** (Болгария) используется при болях и отеках конечностей, геморрое, флебитах, вывихах, растяжениях, ушибах, при варикозном расширении вен.

**Финалгон** (Германия, Югославия) — сильнейшее разогревающее средство. Применяется для лечения вывихов, ушибов, растяжений, при радикулитах, невралгиях, миалгиях. Рекомендуется использовать в комплексе с другими мазями.

**Хирудоид** (Германия) обладает антикоагуляционным действием. Препятствует воспалительному процессу, способствует кровообращению и рассасыванию гематом и отеков, быстро снимает боль и напряжение в травмированном месте, способствует регенерации соединительной ткани. Применяется при венозной недостаточности, поверхностном воспалении и тромбозе вен, язве голени, для профилактического ухода за венами; для предупреждения фурункула, карбункула, воспаления лимфоузлов, для размягчения затвердевших рубцов, сглаживания рубцов после ранений, ожогов, операций.

## 2. ГОМЕОПАТИЧЕСКИЕ МАЗИ

**Aconitum** (аконитум — борец) хорошо использовать при расстройствах микроциркуляции, функциональных параличах, парезах, миозитах.

**Arnica** (арника — арника монтана) применяется при травмах и повреждениях мышц, повышает тонус мускулатуры, успокаивает болевые ощущения и улучшает кровообращение в пораженном участке.

**Calendula** (календула — ноготки) действует противовоспалительно и бактерицидно. Применяется при ранениях, порезах и других нарушениях целостности кожи, сокращая сроки заживления.

*Cantahris* (гантарис — шпанская мушка) используется при ожогах.

*Hamamelis* (гамамелис — виргинский орех) применяется при варикозном расширении вен.

*Ledum* (ледум) применяется при суставных болях.

*Rhus toxicodendron* (рус токсикодендрон — сумах ядовитый) применяется при остром и хроническом заболеваниях сухожилий.

*Thuia* (туя — жизненное дерево) обладает рассасывающим действием при новообразованиях на коже.

### 3. НАРОДНЫЕ СРЕДСТВА

Так как не всегда есть возможность приобрести необходимые мази, предлагаем общедоступные народные средства для лечения заболеваний позвоночника, суставов, мышц.

*Бишофит* применяется в виде аппликации при болях в суставах и позвоночнике. Больное место массируют, разогревают с помощью грелки, затем в него втирают подогретый бишофит в течение 3 — 5 мин.

*Желчно-перцово-камфорная* аппликация применяется при болях в суставах и мышцах: 250 г желчи консервированной + 160 г камфарного спирта + 2–3 стручка измельченного горького перца поместить в бутылку и настаивать 7–10 дней в темном месте. Используется как компресс.

*Желчь медицинская* в виде компресса используется при ушибах, растяжении, подагре.

*Кашицу из корней хрена* используют как разогревающее средство. Натертый хрен нанести на марлю слоем 0,5 см. Опустить марлю с кашицей в теплую воду на короткое время (это лишит хрен обжигающего действия). Применяют как компресс (20–30 мин) при пояснично-крестцовых радикулитах, мышечных болях, ушибах, растяжениях.

*Мазь Саркизова-Серазини* дает хорошие результаты при болях в мышцах, ушибах, отеках и используется в виде компресса: 15,0 — ихтиол, 3,0 — йодистый калий, 0,25 — кристаллический йод,

0,2 — экстракт белладонны, 10,0 — камфара, 30,0 — вазелин, 35,0 — безводный ланолин.

*Настой березовых почек* на 90% спирте (1: 5) применяется при воспалении суставов, миозите, подагре, ревматизме как растирка в массаже или компресс.

*Скипидар* и компресс из *кислого теста* применяется при радикулите. 15–20 г скипидара втирается в больное место, затем на 40–50 мин накладывается компресс из кислого теста.

#### 4. ЛЕЧЕБНЫЕ РАСТИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

##### *Артриты*

- 1) 20 г цветков конского каштана настаивать 2 недели в 0,5 л спирта или водки. Настойку применять как растирку при артрических болях.
- 2) 50 г цветков коровяка настоять в водке или спирте (0,5 л) 10 дней. Настойку используют для втираний.
- 3) 2 г камфары + 150 г скипидара + 150 г прованского масла + 150 мл спирта 70% размешать в бутылке. Смесь втирают в больные места перед сном и делают компресс.

##### *Подагра*

1. Растопить свежее коровье несоленое масло в посуде над огнем. Когда масло начнет закипать, снять с него пленку. Добавить в масло столько же очищенного винного (медицинского) спирта, размешать. Затем поджечь эту смесь и дать спирту выгореть. Оставшаяся масса — хорошее лечебное средство от подагры. Втирать в больные места предварительно разогрев их грелкой или у печи.
2. Цветки сирени насыпать в 0,5 л бутылку до верха, залить водкой или спиртом. Настаивать 21 день в темном месте. Использовать как растирку или компресс. Этот же рецепт используют при отложении солей.

##### *Радикулит*

Используют компресс из кашицы черной редьки.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

**Бартфельд С.А., Городецкая Г.Ф., Рогачева Е.И.** Точечный массаж при детских церебральных параличах. — Ленинград: Медицина, 1979.

**Бирах А.** Здоровье своими руками. — Минск: Полымя, 1984.

**Бирюков А.А.** Спортивный массаж. — Москва: ФиС, 1981.

**Бирюков А.А.** Баня и массаж. — Минск: Полымя, 1989.

**Васичкин В.И.** Справочник по массажу. — Ленинград: Медицина, 1991.

**Вельховер Е.С., Кушнир Г.В.** Экстерорецепторы кожи. — Кишинев: Штиинца, 1986.

**Вербов А.Ф.** Лечебный массаж. — Москва: Селена, Яуза, 1993.

**Гаваа Лувсан.** Очерки методов восточной рефлексотерапии. — Новосибирск: Наука, 1980.

**Гаваа Лувсан.** Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. — Москва: Наука, 1986.

**Гольдбат Ю.В.** Точечный и линейный массаж в неврологии. — Ленинград: Медицина, 1989.

**Глезер О. И., Далихо В.А.** Сегментарный массаж. — Москва: Медицина, 1965.

**Дубровский В.И.** Основы сегментарно-рефлекторного массажа. — Москва: ФиС, 1982.

**Дубровский В.И.** Массаж: поддержание и восстановление спортивной работоспособности. — Москва: ФиС, 1988.

**Дубровский В.И.** Применение массажа при травмах и заболеваниях у спортсменов. — Ленинград: Медицина, 1986.

**Дубровский В.И.** Все виды массажа. — Москва: Молодая гвардия, 1992.

**Исаев Ю.А.** Сегментарно-рефлекторный и точечный массаж в клинической практике. — Киев: Здоров'я, 1993.

**Ибрагимова В.С.** Точечный массаж. — Москва: Медицина, 1983.



**Ибрагимова В.С.** Точка... Точка? Точка! — Москва: Молодая гвардия, 1988.

**Ильин А.М., Сейфулла Р.Д.** Болезни и биологически активные точки. — Москва: Прометей, 1988.

**Ерёмушкин М.А.** История массажа. Забытые секреты мастерства. — Москва: Петит, 1996.

**Куничев Л.А.** Лечебный массаж. — Ленинград: Медицина, 1990.

**Массаж/** Под ред. Й.К.Кордеса, П.Уйбе, Б.Цайбиг. — Москва: Медицина, 1983.

**Назаров В.Т.** Биомеханическая стимуляция явь и надежды. — Минск: Полымя, 1986.

**Саркизов-Серазини И.М.** Спортивный массаж. — Москва: ФиС, 1957.

**Саркизов-Серазини И.М.** Путь к здоровью силе и долгой жизни. — Москва: ФиС, 1987.

**Майкл Рид Гейч.** Точечный массаж. — Москва: Крон-Пресс, 1995.

**Такуиро Намигоши.** Шиатцу — Киев: Высшая школа, 1989.

**Тюрин А.М., Васичкин В.И.** Техника массажа. — Ленинград: Медицина, 1986.

**Штеренгерц А.Е., Белая Н.А.** Массаж для взрослых и детей. — Киев: Здоров'я, 1992.

**Цой Р.Д.** Здоровье на кончиках пальцев. — Ташкент: Медицина, 1990.

# **Мануальные техники и методы для оздоровления и лечения позвоночника, суставов и мышц**

Общие вопросы мануальной терапии  
позвоночника

Технические приемы мануальной терапии

Мануальная терапия позвоночника

Мануальная терапия суставов

Общие вопросы лечения мышц

Мануальная терапия височно-челюстного  
сустава и мышц лица

---

## ВВЕДЕНИЕ

В этой части книги рассматриваются техника и методика ручных воздействий на позвоночник, суставы и мышцы. Надо отметить, что этот метод в современной медицине принято называть «мануальная терапия». Хотя всякая терапия руками, в том числе массаж, должна называться «мануальной терапией». Предметом мануальной терапии является лечение и профилактика болезней позвоночника, суставов конечностей и мышц при помощи специальных движений. В практике мануальной терапии сложилось несколько школ, которые, порой, заимствуют друг у друга технику и методику. Хорошая техника мануальной терапии — это дозированные, контролируемые движения, или так называемая «мягкая техника».

Мануальную терапию следует рассматривать как своеобразный раздражитель, вызывающий рефлекторным путем терапевтические сдвиги в центральной нервной системе. Раздражителем может быть разнообразный массаж, а также принудительные движения в позвоночнике и суставах, растяжение мышц.

Любое патологическое поражение позвоночника, суставов или мышц вызывает ограничение подвижности. Если телу не удастся адаптироваться к такому состоянию, то развивается функциональное расстройство.

Метод мануальной терапии доказал свою высокую эффективность в сравнении с другими средствами лечения и оздоровления; эта область медицины также должна быть сферой профессионалов.

Преимущество мануальной терапии перед другими методами лечения состоит в скорости и элегантности воздействия.

# 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОЗВОНОЧНИКА

## 1.1. ИСТОРИЯ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

История мануальной терапии, как и история массажа, имеет древние корни. Первые сообщения о ней появились в Древней Греции в философском трактате Платона «Государство», где приведены сведения о враче Геродике, который применял специальные упражнения и массаж при различных болезнях.

Гиппократ считал, что терапия позвоночника является важнейшей областью медицины, т.к. многие заболевания находятся в прямой зависимости от позвоночника. К болезням в результате нарушения функции позвоночника он относил ларингит, фарингит, туберкулез, патологии почек и мочевого пузыря и др. Он говорил, что, поправляя сдвинутые позвонки, можно добиться излечения заболеваний естественным путем:

*«Ничто не должно ускользать от глаз и рук опытного врача, чтобы он мог поправить сдвинутые позвонки, не нанося вреда пациенту. Если манипуляция проведена по всем правилам искусства, она не может повредить больному».*

Мануальную терапию применяли древние народы Китая, Индии, Средиземноморья, Центральной и Восточной Европы.

Современная медицина лишь к концу XIX столетия ввела мануальную терапию как лечебную дисциплину. В 1882 г. *Andrew Still* в Кирсквилле открыл первую школу остеопатов, а в 1895 г. *D. Palmer* — первую хиропрактическую медицинскую школу. В эти школы принимали людей без медицинского образования. Уже в 1903 г. было выпущено учебное пособие по хиропрактике.

Системы хиропрактиков и остеопатов были построены на предположениях, что в основе любого патологического процесса лежит дефект позвоночника (смещение позвонков, подвывихи и т.д.), который всегда сопровождается ущемлением сосудов и нервов, проходящих через

суженные и измененные межпозвоночные отверстия. Лечебная система тех и других сводилась к специальным надавливаниям, разминаниям, поворотам и другим приемам для репозиции смещенных позвонков.

Хирургии используют силовые контактные приемы при лечении позвоночника и суставов конечностей, ограничиваясь часто только манипуляциями.

Остеопаты же придают большое значение функциональным нарушениям, а также уделяют внимание массажу, гимнастике, физиотерапии. В технике приемов используют методику «длинных рычагов»: один рычаг — конечность, другой — туловище.

Современный этап развития мануальной медицины связан с широким внедрением в лечебную практику врачей Европы, США, России, Украины и др. стран эффективных методик мануальной терапии. В середине 50-х годов XX в. представители официальной медицины, применявшие мануальную терапию, основали новую школу, в которую набирали только врачей. В 1962 г. была организована международная федерация мануальной терапии, конгрессы которой проводятся с тех пор каждые три года.

В России мануальная терапия, как лечебная дисциплина, также получила широкое распространение. Подготовка специалистов ведется в Российской медицинской Академии после дипломного образования на факультетах и кафедрах многих медицинских институтов. Большой вклад в развитие мануальной терапии внесли: Анатолий Анатольевич *Барвинченко*, Виктор Петрович *Веселовский*, Владимир Сергеевич *Гойденко*, Анатолий Болеславович *Ситель*, Георгий Александрович *Иваничев* и многие др.

В 1990 г. была организована Всесоюзная Ассоциация мануальной медицины, впоследствии Российская Федеративная ассоциация мануальной медицины (РФАММ).

## 1.2. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Все заболевания позвоночника условно можно разделить на пять больших групп:

1. Аномалии позвонков.
2. Дистрофические и обменные нарушения.
3. Травматические поражения.
4. Онкологические заболевания.
5. Воспалительные и паразитные поражения (болезнь Бехтерева, туберкулез и др.).

### Показания

***Нарушения в шейном отделе позвоночника вызывают следующие недуги:***

- \* головные боли;
- \* вегето-сосудистые нарушения (тошнота, рвота, шум в ушах);
- \* нарушение зрения;
- \* болезни гортани (поражения голоса, симптомы «больного горла»);
- \* психические расстройства;
- \* постоянно повышенная температура;
- \* нарушения сна;
- \* мышечные боли.

Участок грудного отдела позвоночника хорошо поддается лечению мануальной терапией.

***К заболеваниям грудного отдела позвоночника относятся:***

- \* боли, обусловленные нарушением осанки;
- \* межреберные невралгии;
- \* остеохондроз;

- \* спондилез (дегенеративное заболевание с поражением наружной части межпозвоночного диска с образованием остеофитов по краям тел позвонков);
- \* спондилоартроз (деформирующий артроз суставов позвонков и поражение сегментов дужек);
- \* нарушения со стороны внутренних органов.

***К заболеваниям области поясничного отдела позвоночника относятся:***

- \* ограничение подвижности;
- \* рефлекторный спазм глубоких межпозвоноковых мышц;
- \* на уровне поясничного отдела позвоночника могут возникать боли при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатите, заболевании почек, органов малого таза;
- \* хронические люмбалгии и ишиас.

Заболевания крестцового и копчикового отделов обусловлены, прежде всего, травмами, могут быть следствием заболевания мочеполовой сферы.

**Противопоказания:**

- \* опухоли спинного мозга;
- \* острые нарушения мозгового и сердечного кровообращения;
- \* грыжи диска с разрывом фиброзного кольца;
- \* юношеский сколиоз и старческий кифоз;
- \* врожденные аномалии позвонков;
- \* болезнь Бехтерева;
- \* тяжелые заболевания внутренних органов;
- \* нестабильность (гипермобильность) позвоночных сегментов.

## 2. ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

### 2.1. ТЕРМИНОЛОГИЯ

В практике мануальной терапии используют определенную терминологию для описания различных действий:

**Абдукция** — отведение конечностей, лопаток или костей таза во фронтальной плоскости. Видимые критерии — отдаление от срединной линии тела.

**Аддукция** — приведение конечностей, лопаток или костей таза во фронтальной плоскости. Видимые критерии — приближение к срединной линии тела.

**Вентрально** — в направлении живота пациента, в передней поверхности его тела.

**Дистракция** (вытяжение, с применением силы, с двух сторон) — одновременное взаимоудаление костей, образующих сустав, в направлении вытяжения с целью разъединения суставных поверхностей.

**Каудально** — в направлении таза пациента, к его стопам.

**Краниальное движение** — в направлении головы пациента.

**Латеральное движение** — вбок, в направлении наружной поверхности тела.

**Латерофлексия** — угловое движение во фронтальной плоскости. Направление движения указывает закрытый угол, образованный движущимися поверхностями.

**Манипуляция** — быстрое, принудительное движение, импульсный толчок.

**Медиальное движение** — линейное движение, при котором верхняя суставная поверхность конечности смещается к срединной линии.



**Мобилизация** — пассивные, мягкие повторяющиеся движения (с фиксацией одной части сустава), направленные на восстановление нормального объема движений в суставе, за счет устранения функциональных блокад.

**Нутация** (раскачивание) — мобилизация, используя движения, подобные раскачиванию маятника.

**Постизометрическая релаксация (ПИР)** — сочетание кратковременной изометрической работы минимальной интенсивности и пассивного растяжения мышцы.

**Ротация** (вращение) — одновременное движение дистального и (или) проксимального концов конечности, таза в противоположных направлениях.

**Сагиттальная плоскость** — это плоскость, которая условно делит тело на левую и правую половины.

**Суставная игра** — возможность смещения суставных поверхностей, которые пациент не может воспроизвести самостоятельно.

**Тест Стоддарта** — раздвигание и сдвигание КПС за счет сдавливания гребней подвздошных костей в положении больного лежа на спине и на животе.

**Тест Мэннэля** — сгибание или разгибание бедра по отношению к тазу в положении лежа на спине или животе.

**Тест Патрика** — отведение согнутой в коленном суставе ноги в положении больного лежа на спине.

**Тракция** (вытяжение) — пассивное усилие, направленное на растяжение соединяющихся суставных поверхностей, при фиксированной дистальной части тела.

**Торзия** — вращение прилежащих суставных плоскостей в противоположных направлениях.

**Флексия** — угловое движение в сагиттальной плоскости, при котором суставные поверхности смыкаются спереди и размыкаются сзади.

**Фронтальная плоскость** — это плоскость, которая условно разделяет тело на переднюю и заднюю части.

**Экстензия** — угловое движение в сагиттальной плоскости, при котором суставные поверхности смыкаются сзади и размыкаются спереди.

Все приемы мануальной терапии условно можно разделить на три основных: мобилизация (Мб), постизометрическая релаксация (ПИР), манипуляция (Мн).

## 2.2. МОБИЛИЗАЦИЯ

Сущность приема заключается в пассивном принудительном движении конечностей и позвоночника во взаимоудалении или взаимоскольжении (в различных направлениях: вращении, сгибании, разгибании, вытяжении и давлении) при помощи ритмичных, плавных, повторяющихся действий в безболезненном режиме с целью полного восстановления подвижности позвоночника, суставов и мышц. Это достигается за счет устранения функционального блока (Фб) или спастически укороченной мышцы при помощи ритмично повторяющихся разнообразных движений пассивного перемещения частей тела. Данное действие можно было бы назвать «разработкой» суставов и мышц.

### Особенности мобилизации

- \* Пассивные движения в заданных направлениях и плоскостях.
- \* Движения направлены на взаимоудаление и взаимоскольжение суставов конечностей и позвоночника, а также на растяжение спастически укороченных мышц по их продольной оси.
- \* Пассивное принудительное движение до возможной амплитуды и уступающее движение составляют один цикл.
- \* Вновь пассивное направленное движение с дополнительным, незначительным увеличением амплитуды.
- \* Число повторений 5–10 движений с незначительно возрастающей амплитудой.
- \* Скорость и ритм выполнения приема зависят от состояния пациента. При выраженных болевых ощущениях используются

медленные, плавные движения. В иных случаях можно применять Мб в ускоренном ритме, стремясь к резонансной частоте движений.

- \* Сила воздействия подбирается каждый раз индивидуально. Она должна быть достаточной, чтобы отдалить суставные поверхности, растянуть связки и мышцы, но не усиливать боль.
- \* Если приемы Мб проводят в направлениях поворота, то улучшить результат можно, выполняя одновременно тракцию.

### **ТРЕБОВАНИЯ К МОБИЛИЗАЦИИ**

- \* Хорошая фиксация частей тела пациента за счет придания ему определенного положения.
- \* Достаточное расслабление мышц (общее и региональное).
- \* Ритмичность выполнения приема.
- \* Равномерность небольшого усилия по пассивному перемещению частей тела.
- \* Выполнение пассивного перемещения преимущественно в фазу выдоха.
- \* Увеличение амплитуды не должно вызывать у пациента резкой боли.
- \* Удобное исходное положение врача.
- \* Максимальное расслабление пациента (он не должен оказывать сопротивление действиям врача).

Очень важно предупредить пациента о возможности возникновения хруста или щелчка, чтобы это не было для него неожиданностью и не вызвало противодействия.

### **ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МОБИЛИЗАЦИИ**

- \* Придание пациенту соответствующего исходного положения (ИП) в направлении функционального блока.
- \* Достижение общего и регионального расслабления.
- \* Достижение необходимого контакта с пациентом руками и туловищем.

- \* Выполнение приема в безболезненной амплитуде в направлении функционального блока или необходимого растяжения.
- \* Повторное проведение заданных движений с постепенным увеличением объема.

## 2.3. ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКАЯ РЕЛАКСАЦИЯ

Сущность приема заключается в сочетании активных движений пациента с принудительными движениями врача. После кратковременного (3–7 с) статического напряжения пациентом, врач выполняет пассивное растяжение его мышц и связок. Число повторений такого сочетания 4–5, в трудных случаях 10–12. Постизометрическая релаксация не представляет большой сложности, но врач работает при полном согласовании действий с пациентом, поэтому он должен проинструктировать больного.

### Последовательность действий

1. Врач растягивает мышцы пациента мобилизационным приемом до чувства дискомфорта.
2. Пауза 3–5 с позволяет мышце адаптироваться к растяжению.
3. Активное противодействие пациента. Изометрическое напряжение мышц в направлении, противоположном растягивающему воздействию врача. Для мелких мышц фаза изометрии не превышает 7 с, для крупных мышц достигает 15 с, до наступления обезболивающего эффекта. Сила противодействия пациента не должна вызывать резкой боли.
4. Плавное расслабление пациентом напряженной части мышцы на выдохе.
5. В момент наиболее полного расслабления мышц пациента врач оказывает дополнительное усилие с целью растяжения мышцы до появления чувства пружинистого сопротивления.
6. Вновь повторяется пауза с целью адаптации мышцы к перерастяжению. Весь процесс повторяется 4–5 раз, в трудных случаях до 10 раз.

Дыхание больного во весь цикл должно быть поверхностным, без задержек и натуживания.

Возможно применение постизометрической релаксации для мышц конечностей, позвоночника, живота, лица.

## 2.4. МАНИПУЛЯЦИЯ

Если мобилизация — это многократное действие, то манипуляция — одноактное, одномоментное движение. Манипуляция выполняется *только после полной выработки пассивного компонента движения*, после так называемого «преднапряжения». Преднапряжение создается мобилизационными приемами и определяется по ощущению утраты пружинящего сопротивления сустава при достижении максимально возможного объема движений в данном направлении. В фазе преднапряжения выполняется микроамплитудное, импульсное, быстрое, неожиданное, молниеносное действие, напоминающее толчок. В этот момент может возникнуть хруст, щелчок. По мнению некоторых авторов, хруст является достоверным признаком завершенности действия, но практика показывает, что при повторении манипуляции через 5–10 мин, вновь может раздаваться хруст или щелчок.

Итак, манипуляция — это *метод ручного воздействия с целью восстановления полного объема движения в позвоночнике или суставе при помощи неожиданного, микроамплитудного импульсного толчка или тракционного толчка после полной выработки пассивного компонента движения*.

Эта методика ручного воздействия обеспечивает одномоментное устранение функционального блока при помощи безболезненного, быстрого ускоренного толчка малой амплитуды.

Существует прямая манипуляция — давлением, а также косвенная — с помощью рычагов (вращение, сгибание, разгибание) и полукосвенная — давлением с противодействием (с подкладыванием под соответствующий позвоночно-двигательный сегмент специального валика или руки врача).

Установить прием и направление для каждого случая можно только после дифференцированного диагноза. Как правило, манипуляция осуществляется в направлении ограниченной двигательной способности (*функциональный блок*) в направлении дискомфорта или возникающей боли при пассивном движении.

Рационален следующий порядок: первоначально используют возможности тракционных приемов или тракционного толчка; если не удастся ликвидировать функциональный блок, то применяют приемы с вращением и лишь в крайнем случае осуществляют прямую манипуляцию путем давления.

*Прямая манипуляция* преимущественно применяется новичками. Хорошее исполнение этих приемов труднее, чем полагают, так как требует достаточно сильного, не дозированного, то есть иногда опасного, давления. Эти приемы неприятны, часто болезненны и не всегда эффективны.

*Косвенная манипуляция* имеет больше возможностей и более разнообразна, к ней врач может подготовиться, выполняя несколько мобилизационных приемов, и при этом оказать дозированное, контролируемое воздействие.

#### **ТРЕБОВАНИЯ К МАНИПУЛЯЦИИ**

1. Пациент должен быть максимально расслаблен.
2. Движения врача должны быть очень точными.
3. Манипуляция должна быть строго направленной.
4. Надежно фиксировать ниже и выше расположенные части тела.
5. Должна соблюдаться быстрота и внезапность выполнения приема.
6. Сила толчка должна быть минимальной, но адекватной устранению функционального блока.
7. Малая амплитуда или короткое импульсное движение.
8. После манипуляции пациент должен соблюдать постельный режим от 30 мин. до 2–6 ч (иногда и более) и использовать фиксирующие повязки.

9. Манипуляция всегда должна быть контролируемой, действие врача можно сравнить с коротким, быстрым и точным ударом бильярдиста по шару.

## 2.5. НЕПРЯМАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ

Непрямая Мб — это прием мягкого сдвигания кости или сегмента в направлении, обратном направлению коррекции.

### Правила не прямой Мб

1. Минимальное усилие.
2. Направление Мб осуществляется в сторону максимального расслабления до тех пор, пока не будет ослаблено сопротивление удерживающих тканей, что позволит расслабленным связкам и мышцам самим достичь естественного положения.
3. Направления Мб комбинируются и выполняются в трех плоскостях.
4. Приемы Мб сочетаются с дыханием пациента.
5. После преодоления сил сопротивления врач проводит возврат к средней линии.

В основе этой техники лежат нейрофизиологические свойства мышц и фасций отвечать на снятие напряжения восстановлением физиологического баланса — расслаблением.

### Последовательность действий

1. Вначале необходимо найти *тендерную точку* — зону с максимальной болезненностью.
2. Далее сегмент или конечность с нарушенной функцией выводят движением в трех плоскостях в положение максимального расслабления нужной мышцы или связки, до уменьшения или полного исчезновения боли.
3. Далее врач фиксирует тело пациента в течение 60–90 с.

В процессе лечения пациент остается совершенно пассивным.

### 3. МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОЗВОНОЧНИКА

#### 3.1. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И БИОДИНАМИКА ПОЗВОНОЧНИКА

Позвоночник должен быть оптимально подвижен и устойчив. Нарушение подвижности позвоночника ухудшает его защитную функцию, а нарушение устойчивости — опорную функцию. Необходимо воспринимать функцию позвоночника во всем многообразии и в совокупности со всей двигательной системой.

Позвоночник выполняет важнейшие функции организма: статическую, защитную и двигательную.

Различают пять отделов позвоночного столба (рис.1):

C<sub>1-7</sub> — шейный (7 позвонков);

Th<sub>1-12</sub> — грудной (12 позвонков);

L<sub>1-5</sub> — поясничный (5 позвонков);

S<sub>1-5</sub> — крестцовый (5 сросшихся позвонков);

Cg — копчиковый (4–5 сросшихся позвонка).

В практике для удобства записи принято указывать уровень позвоночно-двигательного сегмента, на котором проводят исследование, прием, а также направление приема и технику исполнения.

Для общего обозначения используют конкретные наименования: шейный отдел позвоночника (ШОП), грудной отдел позвоночника (ГОП), поясничный отдел позвоночника (ПОП), крестцовый

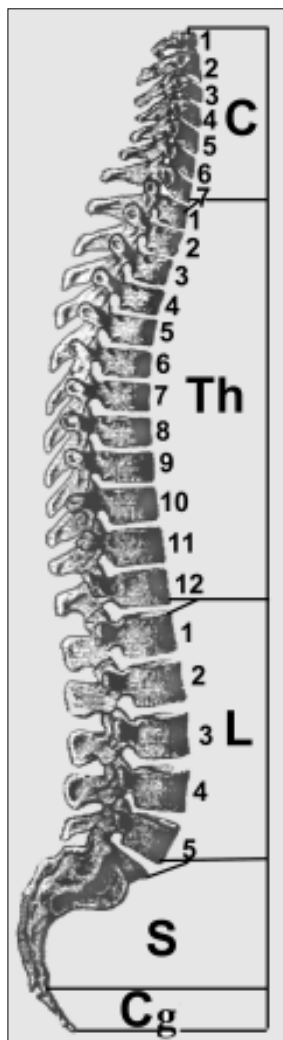


Рис. 1. Позвоночный столб.



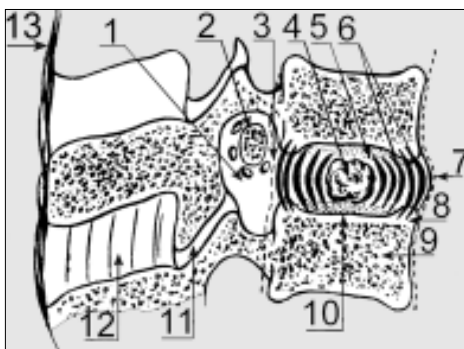
отдел позвоночника (КОП). Иногда, для некоторого уточнения, используют указания: верхний (В), средний (Ср) и нижний (Н).

Направление движений происходит в трех уровнях: фронтальном, сагиттальном, горизонтальном.

Позвоночник имеет 33 или 34 позвонка, 344 суставных поверхности, 24 межпозвонковых диска, 365 связок, 730 мышц, участвующих в его движениях. Подвижность, эластичность и упругость позвоночника, способность выдерживать значительные нагрузки во многом обеспечиваются его формой, межпозвонковыми дисками и всеми образующими его формациями.

Анатомический комплекс, состоящий из одного межпозвонкового диска и двух смежных позвонков с соответствующими суставами и связочным аппаратом, называется позвоночно-двигательным сегментом (ПДС). Межпозвонковый диск состоит из фиброзного кольца, пульпозного ядра и двух тонких геалиновых хрящей, прилегающих к поверхности тел позвонков (рис.2).

Тела и диски позвонков соединены между собой связками. Передняя продольная связка проходит по передней поверхности тел позвонков от бугорка передней дуги атланта до верхней части тазовой поверхности крестца, где продолжается в его надкостнице. Эта связка препятствует разгибанию позвоночника назад. Задняя продольная связка тянется от 2-го шейного позвонка вниз вдоль задней поверхности тел позвонков внутри позвоночного канала. Она является антагонистом передней продольной связки, то есть



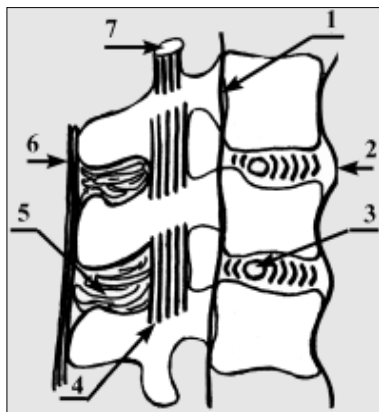
**Рис. 2. Разрез позвоночно-двигательного сегмента:**

- 1 – межпозвонковое отверстие;
- 2 – спинномозговой нерв;
- 3 – задняя продольная связка;
- 4 – пульпозное ядро;
- 5 – геалиновый хрящ;
- 6 – волокна фиброзного кольца;
- 7 – передняя продольная связка;
- 8 – лимбус;
- 9 – тело позвонка;
- 10 – замыкающая пластинка;
- 11 – межпозвонковый сустав;
- 12 – межостистая связка;
- 13 – надостистая связка.

препятствует чрезмерному сгибанию позвоночника. Передняя продольная связка плотно спаяна с телами позвонков и рыхло связана с межпозвонковыми дисками в противоположность задней продольной связке, которая рыхло соединена с телами позвонков и фиксирована к дискам (рис.3).

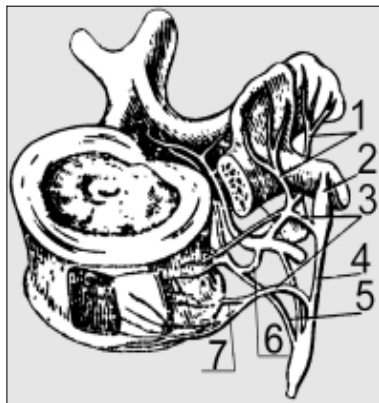
**Рис. 3. Связки позвоночного столба:**

1 – передняя продольная связка (закреплена на теле позвонков и очень устойчива к сопротивлению);  
2 – задняя продольная связка (укрепляет сзади межпозвонковые диски);  
3 – межпозвонковый диск (с фиброзным кольцом и пульпозным ядром);  
4 – желтая связка (соединяет вместе пластинки дужек позвонков, толстая и эластичная); 5,6 – межостистые связки (чрезвычайно важны для стабилизации позвонков); 7 – задняя и передняя суставные поверхности.



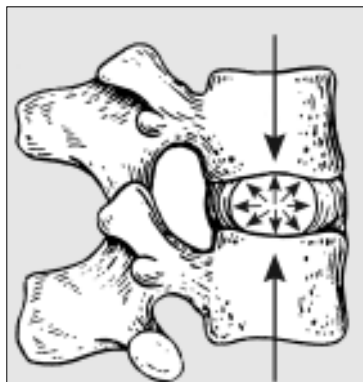
**Рис. 4. Нерв Люшка:**

1 – задняя ветвь спинномозгового нерва и ветви от нее к отросткам позвоночника;  
2 – ветви от симпатического узла к поперечному отростку; 3 – ветви от симпатического ствола к телу позвонка; 4 – симпатический ствол;  
5 – симпатический корешок к менингеальной ветви; 6 – корешок от сплетения на сосудах к менингеальной ветви; 7 – менингеальная ветвь.



Межпозвонковый канал или отверстие образуется основаниями двух соседних дужек позвонков. Сзади он ограничен задними выступами суставов, а спереди — заднебоковыми частями межпозвонкового диска и тела позвонка. Имеет форму эллипса. В канале объединяются передний двигательный корешок и задний чувствительный корешок. На выходе межпозвонкового канала задний корешок образует утолщение спинального нервного узла, названный нервом Люшка (рис.4 ).

У вертикально стоящего человека происходит напряжение мышечного и связочного аппарата, оказывая определенное давление на тела позвонков. Это вызывает равномерное распределение динамической нагрузки в ПДС (рис.5).

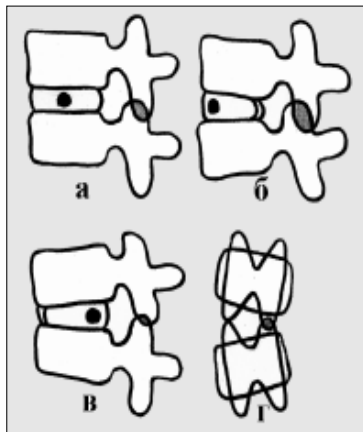


**Рис. 5. Распределение вертикальной динамической нагрузки в ПДС (норма).**

Вдоль позвоночника по обе стороны тел позвонков проходят нервные вегетативные стволы и ганглии. Будучи вовлеченными в процесс при деформирующем спондилезе, особенно в грудном отделе позвоночника, они приводят к вегетативным нарушениям. Суставные отростки образуют межпозвонковые диартрозные суставы, включающие хрящ, суставные капсулы, синовиальную жидкость, оболочки, связки, которые могут быть подвержены дегенеративным изменениям, вызывать деформирующий спондилоартроз.

Физиологические движения в позвоночнике — это сгибание, разгибание, боковые наклоны и вращение.

При наклоне вперед (рис.6) пульпозное ядро отходит немного назад, суставные поверхности дугоотростчатых суставов отклоняются; при наклоне назад пульпозное ядро выступает вперед, дугоотростчатые суставы сходятся; при наклоне в сторону, например, вправо: пульпозное ядро отходит влево, левые дугоотростчатые суставы отклоняются, правые — сходятся.



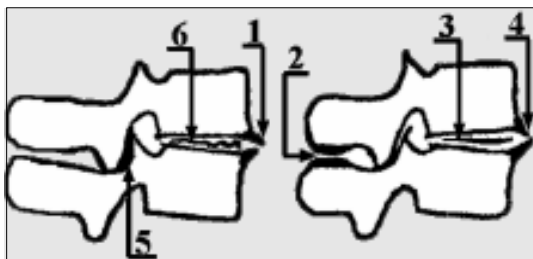
**Рис. 6. Сустав и диск при различных положениях позвоночника:**

*а* — нормальное; *б* — в наклоне назад; *в* — в наклоне вперед; *г* — в боковом наклоне.

Увеличение веса и расслабление брюшной стенки, в сочетании с ухудшением осанки, приводит к возникновению самых разных последствий. В поясничном

отделе позвоночника может возникнуть гиперлордоз, который дополнительно к ослабленности межпозвонкового диска давит своим весом на дугоотростчатые суставы на уровне  $L_5-S_1$ , переходит в артроз дугоотростчатых суставов и провоцирует выскальзывание позвонка вперед (спондилолистез).

Верхние поясничные позвонки, скользя по примыкающему снизу позвонку назад, стирают дугоотростчатые суставы. В этих поясничных позвонках возникает артроз между соприкасающимися остистыми отростками (рис. 7). Межпозвонковый канал также подвержен возрастному изменению — сужению. Это особенно проявляется в грудном отделе позвоночника.



**Рис. 7. Дефекты суставов:**

1, 4 — остеофиты; 2 — артроз остистых отростков; 3 — уплощенный диск; 5 — артроз в дугоотростчатых суставах; 6 — разрушенный диск.

Остеофитные разрастания в ШОП воздействуют не только на содержимое межпозвонкового канала, но и на позвоночную артерию.

Малые механические повреждения позвоночника, обусловленные старением организма, как правило, мало заметны и не являются сами по себе причиной болезненных состояний. Последствия их — это скованность, ригидность мышц, связочного аппарата. Но эти поражения создают благоприятную основу для возникновения временных небольших болей, которые вызываются перенапряжением, микротравмами. Эти заболевания и являются предметом мануальной терапии.

### ***Заболевания позвоночно-двигательного сегмента:***

- \* Поражения межпозвонкового диска.
- \* Инtradискальная блокировка.
- \* Выпадение межпозвонкового диска.
- \* Поражение дугоотростчатого сустава.

- \* Поражение межостистых связок.
- \* Спазм мышц.

***Цель пассивных принудительных движений:***

- \* Восстановить функции позвоночно-двигательного сегмента.
- \* Ликвидировать рефлекторный мышечный спазм.
- \* Восстановить упруго-вязкие свойства мышц и связок, обеспечив правильное взаимодействие всех мышц.
- \* Наряду с механическим лечением вызвать рефлекторные реакции со стороны организма.
- \* Обеспечить условия для восстановления обмена веществ на уровне тканей и клетки.

Физиодинамика позвоночника изменяется в различных его отделах: шейный и верхнепоясничный отделы позвоночника обладают большой подвижностью, грудная часть, вследствие соединения ребер и грудины, менее подвижна.

При помощи специальных принудительных движений можно оказывать прямое или косвенное воздействие на структуры ПДС: диски, дугоотростчатые суставы, мягкие ткани (связки, сухожилия, фиброзные ткани, мышцы).

Хорошее функционирование всего позвоночника требует совершенного и согласованного взаимодействия всех структур позвоночного столба в целом и подвижно-двигательного сегмента в отдельности.

### **3.2. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА**

Вопрос о целесообразности использования пассивных движений в позвоночнике необходимо решать только после тщательной диагностики, что является определяющим в действиях врача: в выборе тактики, способов и методов лечения. Ошибочно распространено мнение, что боль в позвоночнике уже является показанием для применения мануальной терапии. На самом деле, необходимо выяснить причину, вызывающую боль, а также факторы, ее определяющие, характер боли и

многое другое. В теориях о заболевании позвоночника много мнений, порой противоречивых, а практика лечения требует от врача мануальной медицины конкретных действий при соблюдении золотого правила: «не навреди!».

Диагностика позвоночника начинается с истории заболевания, затем проводят *осмотр*.

Осмотр начинают в позиции стоя, изучая осанку, симметричность надплечья, ость лопатки, подъягодичные складки. Сбоку определяют наличие патологических искривлений. Затем анализируют походку, осанку, положение плеч, тазового пояса, постановку стоп.

Необходимо обращать внимание на положение тела при ходьбе, при сидении, вставании, а также на массу тела, конституциональные особенности, состояние кожного покрова, мышечный тонус. Особое значение для диагноза имеет наличие локального оволосения (гипертрихоз), так как в этих местах имеются аномалии строения позвоночника. При анализе поясничной области изучаются активные движения: наклоны вперед при выпрямленных ногах, назад, в сторону. Подвижность ПДС последовательно рассматривается сверху вниз. Рассматривается наличие функционального блока или признака, который может подтвердить его наличие.

### 3.2.1. МЕХАНИЗМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО СЕГМЕНТА

Для дифференцированной диагностики врачу следует разобраться, к какому механизму поражения относится данное состояние больного, а также определить, какая часть позвоночно-двигательного сегмента имеет нарушение (мышцы, связки, сухожилия, хрящевая поверхность сустава, дисковые структуры, костная система). Необходимо также уточнить причину заболевания (травма, воспаление, инфекция или др.). К числу причин, в результате которых может начаться заболевание позвоночника, следует отнести следующие:

1. Детренированность мягких структур, обеспечивающих двигательную функцию позвоночника и его прочность. Иными словами, тоническое состояние мышечно-связочного аппарата позвоночника, утрата упруго-вязких свойств мышц и способность

их правильного взаимодействия (когда одни мышцы сокращаются, другие должны расслабляться и растягиваться). Такое положение вещей чаще всего встречается в заболевании позвоночника, и именно это становится начальной стадией почти любого его нарушения.

2. Нарушение кровообращения, микроциркуляции крови и лимфы в структурах позвоночника.
3. Нарушения обменного характера.
4. Травматические повреждения его образований.
5. Врожденные нарушения костных структур, новообразования, инфекции разного рода.

При заболеваниях, обусловленных детренированностью, нарушением кровообращения, травматическим повреждением, приемы мануальной терапии будут главным средством лечения, при других заболеваниях массаж и пассивные движения будут неспецифическим средством лечения и даже могут иметь противопоказания к их применению.

#### ***Четыре основные причины, вызывающие боли в позвоночнике***

1. Компрессия или сдавливание нерва и сосуда, вызывающая резкую, стреляющую, усиливающуюся при движении боль, так называемый компрессионный механизм.
2. Нарушение тонической функции мышц и связочного аппарата, так называемый дисфиксационный механизм, обусловленный либо перенапряжением, либо ослаблением мышц и связок, фиксирующих ПДС.
3. Нарушение циркуляции крови и лимфы, ухудшающее питание, обмен веществ, выведение из организма продуктов клеточного обмена, так называемый дисциркуляторный (дисгемический) механизм.
4. Долгое сдавливание или компрессия, нарушения фиксирующего фактора, крово- и лимфообращения, часто возникающее пос-

ле травмы, вызывающее воспалительный процесс в различных тканях. Этот механизм поражения ПДС называют асептиковоспалительным.

Компрессионный и асептиковоспалительный факторы встречаются при нарушении целостности фиброзного кольца, а дисфиксационный и дисциркуляторный — как при нарушении целостности фиброзного кольца, так и при его сохранности.

В зависимости от механизма поражения ПДС выбирают способы лечения для устранения причин, вызывающих боль и нарушающих функцию позвоночника.

Понятно, что при компрессии следует осуществить манипуляцию, при дисфиксации — мобилизацию и постизометрическую релаксацию, при дисциркуляции — обеспечить нормализацию крово- и лимфообращения массажными действиями, при воспалительном поражении — использовать специальные мази и растирки, лечебные препараты, мобилизовать защитные и резервные функции организма с помощью рефлексотерапии.

Такое разделение механизмов поражения ПДС весьма условно, так как причин, вызывающих боль, зачастую может быть несколько.

### ***Оценка механизма поражения ПДС по результатам опроса пациента***

1. При утвердительном ответе на вопрос: бывают ли острые, стреляющие, пронзающие боли? — имеет место компрессионный механизм.
2. При утвердительном ответе на вопрос: усиливаются ли боли при статической и динамической нагрузке? — компрессионное или дисфиксационное поражение.
3. При утвердительном ответе на вопрос: возникают ли боли в момент начала движения? — компрессия.
4. При утвердительном ответе на вопрос: усиливается ли боль в процессе нагрузки? — дисфиксация.



5. При утвердительном ответе на вопрос: возникает или усиливается боль в покое? — дисциркуляторный или воспалительный механизм.
6. При утвердительном ответе на вопрос: возникает ли боль во время сна? — воспалительный механизм.
7. При утвердительном ответе на вопрос: уменьшается ли боль в покое? — компрессия или дисфиксация.
8. При утвердительном ответе на вопрос уменьшается ли боль при движении? — дисциркуляция или воспаление.

В табл. 1 представлены особенности жалоб пациента, позволяющие предположить механизм поражения ПДС (Веселовский В.П.).

**Таблица 1.** Связь между симптомами и механизмом поражения ПДС.

| Симптомы                   | Механизм поражения                            |                                                                             |                                                  |                                                                                                             |
|----------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <i>Компрессия</i>                             | <i>Дисфиксация</i>                                                          | <i>Дисциркуляция</i>                             | <i>Воспалительный</i>                                                                                       |
| Характер боли и ее факторы | Острый                                        | Ноющий                                                                      | Ноющий                                           | Ломящий, сковывающий                                                                                        |
| Усиление боли              | При начале движения, нагрузке, кашле, чихании | В процессе статической нагрузки (чем длительней нагрузка, тем сильнее боль) | В положении покоя                                | Во время сна, из-за болей человек просыпается                                                               |
| Ослабление боли            | В покое, иногда в определенном положении      | При прекращении нагрузки                                                    | При движении                                     | При движении или массаже                                                                                    |
| Другие особенности         | —                                             | —                                                                           | Боли сопровождаются чувством жжения или зябкости | В течение дня боль утихает, иногда вечером больной чувствует себя здоровым, а утром боль опять возвращается |

Раздражение рецепторов нерва, проходящего в межпозвоночных отверстиях в результате компрессии, дисфиксации, дисциркуляции, воспаления приводит к формированию вертебрального синдрома, что в последствии может способствовать развитию экстравертебральных симптомокомплексов.

После возникновения дистрофических изменений в межпозвонковом диске может наступить следующая фаза — фаза формирования клинических проявлений заболевания позвоночника. Различают мышечные, нейрососудистые и невральные симптомокомплексы, которые всегда формируются на фоне вертебрального синдрома, но они проявляются вне позвоночника, поэтому их еще называют экстравертебральными.

### 3.2.2. ДИАГНОСТИКА ЭКСТРАВЕРТЕБРАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ

При экстравертебральных синдромах необходимо определить вид поражения: мышечный, нейрососудистый и невральный.

Для дифференциальной диагностики врач проводит опрос, объективный осмотр.

При опросе обращают внимание на жалобы пациента, на локализацию боли и на факторы, которые могут влиять на усиление (или уменьшение) боли:

1. Где располагается боль? Если боль ощущается в покровных тканях, то это невральная патология, если она не проявляется в этих тканях, то это мышечное или нейрососудистое нарушение.
2. Имеются или нет покалывания (парестезии) и где они ощущаются? Если есть, то это невральные или нейрососудистые нарушения. Если ответ нет, то это мышечная патология. Если парестезии ощущаются в покровных слоях, то это корешковая патология, а если вне покровных тканей — нейрососудистая.
3. Сопровождается ли боль чувством жжения, холодная ли конечность? Если ответ да, то склоняются к наличию нейрососудистого синдрома.

4. Каков характер болей у больного? Если боли тянущие, сковывающие, то это мышечно-дистонический синдром, если боли ломящие, колющие, то это мышечно-дистрофический синдром, если боли глубинные, грызущие, изнуряющие, то следует думать о невральном поражении.

**Таблица 2.** Симптомы, характерные для различных экстравертебральных синдромов (В.П. Веселовский, 1991 г).

| Факторы<br>диагностики                                | Экстравертебральные синдромы |                                |                               |                                                                           |
|-------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|                                                       | <i>Мышечный</i>              |                                | <i>Невральн</i>               | <i>Нейрососуди-<br/>стый</i>                                              |
|                                                       | дистонический                | дистрофичес-<br>кий            |                               |                                                                           |
| Характер боли                                         | Тянущая                      | Ломящая                        | Грызущая в<br>склеротоме      | Сопровождаю-<br>щаяся чувством<br>жара или холода                         |
| Парестезии                                            | Отсутствуют                  | Отсутствуют                    | В дерматоме                   | В зоне васку-<br>ляризации<br>пораженного<br>сосуда                       |
| Причины,<br>усиливающие<br>боль                       | Двигательные нагрузки        |                                |                               | Изменение<br>окружающей<br>температуры                                    |
| Объективные<br>симптомы                               | Иногда контурирует           |                                | Атрофия и<br>гипотрофия       | Изменение<br>окраски кожных<br>покровов<br>(оттенки могут<br>быть разные) |
| Результат<br>осмотра                                  | Пораженные мышцы             |                                | Нарушение в<br>миотоме        |                                                                           |
| Объем движе-<br>ний в поражен-<br>ной конечнос-<br>ти | Изменен                      | Изменен                        | Изменен                       | Не изменен                                                                |
| Тонус мышц                                            | Повышен                      | Повышен или<br>понижен         | Повышен или<br>понижен        | Не изменена                                                               |
| Консистенция<br>мышц                                  | Локальные<br>гипертонусы     | Участки<br>нейродистро-<br>фии | Гипотрофия                    | Не изменен                                                                |
| Тонус сосудов                                         | Не изменен                   | Не изменен                     | Не изменен                    | Изменен                                                                   |
| Изменение<br>чувствительно-<br>сти                    | Не изменен                   | В пораженном<br>квадранте      | В дерматоме<br>или склеротоме | Иногда в<br>дистальных<br>зонах конечнос-<br>ти                           |

6. Имеется ли связь болей с нагрузкой? Если боли усиливаются или возникают в процессе выполнения нагрузки, то речь идет о мышечных нарушениях.
7. Усиливается ли боль от действия тепла или холода? При уменьшении болей от воздействия температурных факторов следует думать о наличии нейрососудистых нарушений.

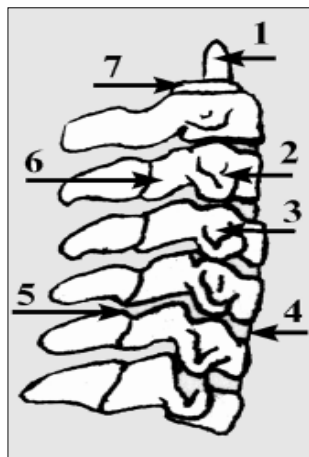
При осмотре проводят исследование мышечного тонуса, уточняют объем движений и определяют мышечную силу.

### 3. 3. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Шейный отдел позвоночника (ШОП) состоит из семи позвонков (рис.8) и имеет вид выгнутого вперед изгиба. Два первых позвонка очень отличаются от всех остальных позвонков: у них нет межпозвонковых дисков, при этом шейный отдел позвоночника очень подвижен.

При мануальной терапии на шейном отделе позвоночника следует помнить, что грубые приемы могут не только не помочь больному, но и вызвать тяжелые осложнения, порой необратимые, т.к. здесь расположены жизненно важные центры.

В канале поперечных отростков шейных позвонков проходит позвоночная артерия, осуществляющая кровоснабжение стволовых отделов мозга и мозжечка. В седьмом позвонке канал очень мал и пропускает лишь вертебральную вену. Отверстия других шести поперечных отростков шейных



**Рис. 8. ШОП:**

- 1 – зубовидный отросток;
- 2 – тело позвонка;
- 3 – межпозвонковый канал;
- 4 – межпозвонковый диск;
- 5 – нижняя правая поверхность сустава  $C_4$ ;
- 6 – верхняя правая поверхность сустава  $C_4$ ;
- 7 – верхняя правая поверхность эпистрофея.

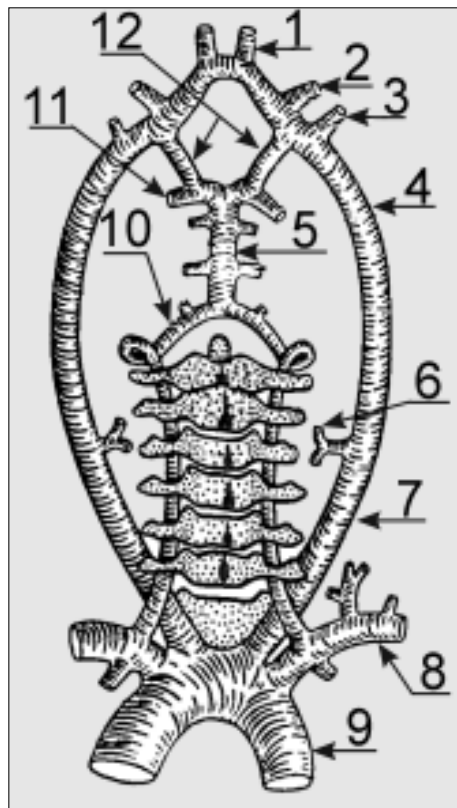
позвонков образуют единый проходящий через все позвонки канал, в котором наряду с вертебральной артерией, находятся и соответствующие волокна сплетений симпатических нервов, вертебральная вена и нерв Франка. На рис.9 представлена схема связей позвоночных артерий.

В области верхнего участка шейного отдела позвоночника канал расширяется, так как поперечные отверстия атланта расположены более наружу, чем отверстия эпистрофия. Это вынуждает артерию совершать изогнутую внутрь петлю. Вторую петлю она делает между поперечным отверстием атланта и затылочным каналом, в котором она проходит снаружи внутрь.

Грубая и неточная техника мануальных приемов в этом сегменте позвоночника может быть причиной несчастных случаев.

«Синдром позвоночной артерии» вызывается унковертебральным артрозом, артрозом дугоотростчатых суставов, что приводит к частичному сужению позвоночной артерии.

Следует обратить внимание на пороки шейно-затылочного сустава. Наиболее частый порок — базальное вдавление, при котором зубовидный отросток выступает вверх. Базальное сдавление может сопро-



**Рис. 9. Связи позвоночных артерий:**

- 1 — передняя мозговая артерия;
- 2 — средняя мозговая артерия;
- 3 — глазная артерия;
- 4 — внутренняя сонная артерия;
- 5 — базилярная артерия;
- 6 — наружная сонная артерия;
- 7 — общая сонная артерия;
- 8 — подключичная артерия;
- 9 — аорта;
- 10 — позвоночная артерия;
- 11 — задняя мозговая артерия;
- 12 — задняя соединительная артерия.

вождаться и другими пороками развития: сдвиг атланта к затылку, образование щелей в задней дужке атланта, стеноз или деформация затылочного канала, вывих, расщелина позвоночника и т.д. Эти пороки сопровождаются неправильным формированием нервов или сосудов и на таких очень болезненных позвонках нельзя применять приемы манипуляций. У больных с короткой шеей, низким расположением волос и значительной ограниченностью движений в ШОП, следует остерегаться проводить манипуляции.

Разнообразные клинические синдромы, при нарушениях в шейном отделе позвоночника, обусловлены сужением межпозвоночных отверстий, артрозами суставов, сдавливанием нервных корешков, позвоночных артерий, рефлекторным перенапряжением мышц.

### 3.3.1. Исследование шейного отдела позвоночника

Исследование начинают в положении сидя. Пальпируют остистые отростки при пассивном наклоне вперед, назад и ротации. Определяют соотношения между ними, отклонения, углубления, выступы, а также усиление клинических проявлений при некоторых вариантах



**Рис. 10. Исследование ШОП в положении сидя и лежа:**

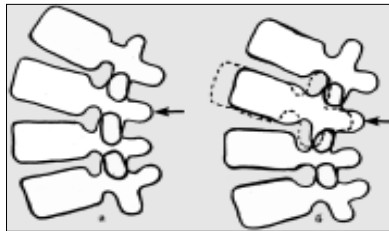
1 – боковой наклон; 2 – наклон назад; 3 – наклон вперед; 4 – поворот влево; 5 – латерофлексия; 6 – боковой кив; 7 – поворот; 8 – флексия.

движений, отыскивают болевые сегменты и точки. Наряду с этим выявляют гиперподвижность и ограничение ротации с установлением локализации пораженного сегмента.

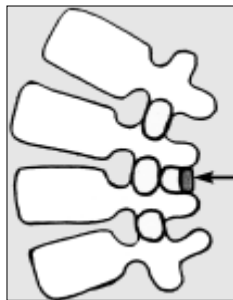
Далее проводят пассивные движения: сгибание вперед, боковой наклон, вращение и разгибание (рис.10). Во время исследования отмечают все болезненные и ограниченные движения. В положении лежа исследование облегчается в результате хорошего расслабления пациента.

Во время исследования изучают объем движений, сравнивая правую и левую стороны, наличие сопротивления, ограничения движения, болезненность во время пассивного движения.

Варианты пассивных движений в ШОП, с целью изучения состояния подвижности ПДС, весьма разнообразны. Многое зависит от творческого подхода врача. Практически все те движения, которые



**Рис. 11. Осевое давление на остистый отросток.**



**Рис. 12. Давление на межостистую связку.**



**Рис. 13. Давление на переднюю точку ШОП.**



**Рис. 14. Аксиальное давление на череп.**



**Рис. 15. Давление на парамедиальную точку дуготростчатого сустава.**

обусловлены природой, могут служить средством для исследования и лечения. Но не менее важно исследовать местные признаки или провести так называемое «сегментарное исследование». Иногда этот метод оказывается единственно возможным для уточнения межпозвонкового нарушения. Очень хороший способ пальпаторного исследования — давление. Оно должно проводиться дозированно, так как большое усилие может оказать отрицательное воздействие. На рис.11–15 представлены некоторые приемы такого исследования.

Пальпаторная диагностика — один из многих методов исследования позвоночника — позволяет выявить места его поражения. Как правило, в области нарушения обнаруживается некоторое напряжение мягких тканей, как бы местный отек, уплотнение, при давлении на которые у пациента возникает болевое ощущение.

Исследуют состояние кожного покрова. Для этого применяют массажный прием «перекатывание» или растирание «щипцами».

Исследуют состояние мышц и места их прикрепления массажными приемами «разминание». Для проверки силы мышц сгибательной и разгибательной групп пациента просят выполнить активное движение, при этом врач оказывает своими руками сопротивление.

### 3.3.2. Мобилизация шейного отдела позвоночника

Для лечения шейного отдела позвоночника используют приемы мобилизации: тракцию, ротацию, флексию, латерофлексию, экстензию и др.

#### *Мобилизация осевым вытяжением в горизонтальной и вертикальной плоскостях (C<sub>0</sub>–C<sub>3</sub>)*

В ИП пациент сидит на стуле, врач стоит сзади. Ладонями своих рук врач захватывает голову пациента, большие пальцы кладет на затылочную дугу. Свои предплечья врач кладет на плечи пациента.

**Техника.** Опираясь на плечи пациента, врач потягивает его голову вверх, 2–3 с. Экспозиция в верхнем положении и плавное ослабление усилий. Движения повторяются 2–5 раз, каждый раз с некоторым увеличением тянущего усилия. С помощью дополнительных движений



(например, тракция с небольшим поворотом, с небольшим боковым наклоном) можно добиться большего эффекта в этом приеме (рис.16,а).

В другом варианте в ИП пациент лежит на спине, свесив голову за край стола. В этом случае очень эффективно использовать специальный пояс. Врач охватывает поясом затылочную область головы пациента и закрепляет пояс на своем туловище.



а



б

**Рис. 16. Мб ШОП осевым вытяжением:**  
а — в положении сидя; б — в положении лежа.

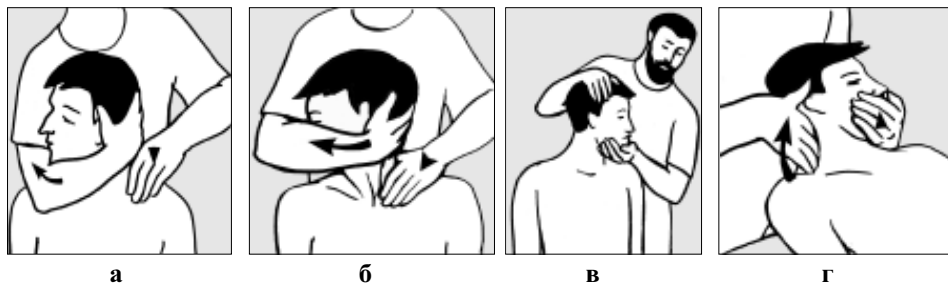
**Техника.** Врач одной рукой захватывает подбородок пациента, а другой — его затылок; тянущим усилием рук и отклонением туловища он производит осевое вытяжение ШОП, соблюдая правила мобилизации. При этом возможны дополнительные движения головой пациента: небольшой поворот вправо-влево и сгибание-разгибание, что расширяет воздействие на сочленения ШОП (рис.16,б).

***Мобилизация при помощи поворота головы в положении пациента лежа или сидя ( $C_2-C_6$ )***

В ИП пациент сидит на стуле. Врач стоит сзади, охватывая его голову правой рукой. Подбородок пациента укладывается в локтевую ямку врача. Левая рука врача фиксирует плечо пациента.

**Техника.** Врач начинает медленно поворачивать голову пациента вправо. Достигая состояния сопротивления, врач ослабляет усилия. В этом положении обеспечивается экспозиция. Затем врач выполняет небольшое возвратное движение и вновь повторяет поворот головы с небольшим увеличением амплитуды.

Допускается небольшое тракционное усилие в конечной фазе движения для повышения эффекта приема (рис.17,а,б).



**Рис. 17. Мб ШОП в ротации:**

а, б – в положении сидя; в, г – в положении лежа.

Рассмотрим **другой вариант** этого приема. В **ИП** пациент лежит на спине, его голова свешена за край стола. Врач захватывает голову одной рукой за подбородок, другая рука помещается на затылке пациента, плотно охватывая выбранный сегмент.

**Техника.** Врач осуществляет поворот головы до ощущения пружинистого сопротивления, немного возвращает голову назад и повторяет движение несколько раз с небольшим увеличением амплитуды. В конечной фазе возможно небольшое тракционное движение головы (рис.17,в,г).

При мобилизации в поворотах шейному отделу можно придать дополнительные направления, такие, как поворот при согнутом позвоночнике, поворот при разогнутом позвоночнике, поворот при боковом наклоне и др. Это позволяет целенаправленно воздействовать на определенный ПДС ШОП.

На рис.18 схематически изображены особенности движения во время исполнения приема мобилизация. В активной фазе пациент способен выполнить движение сам; в пассивной — врач. Функциональный блок

(Фб) — это ограниченное движение из-за спастически укороченной мышцы или нарушений в суставном сочленении. Врач «работает» в пассивной фазе движения с целью преодоления Фб и восстановления полного, анатомически обусловленного объема движения.



Рис. 18.

### *Мобилизация в боковом наклоне головы ( $C_2-Th_1$ )*

В ИП пациент лежит на спине, свесив голову за край стола. Лучевым краем кисти одной руки врач фиксирует ПДС ШОП, другой рукой захватывает височную область головы.

**Техника.** Обеими руками одновременно врач наклоняет голову пациента вправо или влево. Осовой точкой, вокруг которой осуществляется наклон, является нос пациента. Движение повторяют несколько раз. Перемещая фиксирующую руку, врач оказывает воздействие на разные уровни ПДС. Этот прием имеет свое специфическое название: «боковой кив» (рис.19,а).



а



б

Рис. 19. Мб ШОП в боковом наклоне.

В **ИП** пациент сидит на стуле «верхом». Врач стоит сзади. Лучевым краем одной руки он фиксирует определенный сегмент, другую руку помещает на височную область головы.

**Техника.** Рукой, которая лежит на голове, врач наклоняет ее набок, одновременно фиксируя ПДС другой рукой. После небольшого возврата головы движение повторяется вновь (рис.19,б).

**Мобилизация вытяжением во флексии ( $C_0-C_3$ )**

В **ИП** пациент лежит на спине. Одной рукой врач захватывает подбородок пациента, другой — затылок.

**Техника.** Вытяжение выполняется с одновременным наклоном головы пациента (рис.20).



Рис. 20.

**Мобилизация тракцией в разгибании ( $C_0-C_3$ )**

В **ИП** пациент лежит на спине, свесив голову за край стола. Врач захватывает голову пациента за затылок.

**Техника.** Отклоняя туловище назад и удерживая голову руками, врач обеспечивает вытяжение (рис.21).



Рис. 21.

**Мобилизация в боковом наклоне и сгибании ( $C_1-C_2$ )**

В **ИП** пациент лежит на спине. Врач захватывает его голову как показано на рис.22.

**Техника.** Сначала врач наклоняет голову пациента вперед, затем — набок. Врач фиксирует ПДС. Сделав несколько мобилизационных движений в одну сторону, переходит к движениям в другую сторону.



Рис. 22.

**Мобилизация в ротации ( $C_2$ – $Th_3$ )**

В ИП пациент лежит на спине, врач стоит сбоку. Одну руку он кладет на плечо пациента, а другую — на височную область головы.

**Техника.** Врач, удерживая плечо пациента, одновременно поворачивает его голову (рис.23).



Рис. 23.

**Мобилизация в разгибании лежа ( $C_3$ – $C_4$ )**

В ИП пациент лежит на спине. Врач стоит сбоку и пропускает предплечье своей руки под шею пациента, ладонь другой руки он кладет на его лоб.

**Техника.** Врач приподнимает предплечье своей руки под шейей, этим разгибая ШОП пациента. Если врач опирается своей рукой о височную область и наклоняет голову пациента в сторону, то получается новый прием «разгибание с боковым наклоном» (рис.24).



Рис. 24.

**Мобилизация в разгибании сидя ( $C_3$ – $C_5$ )**

В ИП пациент сидит на краю стола и лбом опирается о грудь врача, стоящего перед ним. Врач охватывает сложенными в замок руками затылок пациента.

**Техника.** Врач нажимает руками на затылок пациента, одновременно медленно поднимается на носки, тем самым разгибая его ШОП (рис.25).

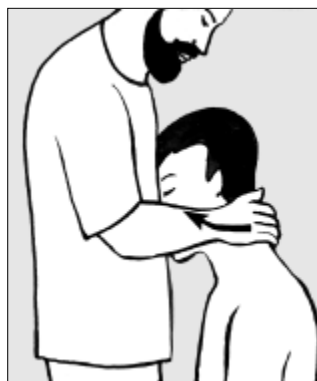


Рис. 25.

### 3.3.3. Мобилизация шейно-грудного перехода

Мобилизация шейно-грудного перехода (ШГП) занимает важное место в лечении шейного отдела позвоночника, и техника этих приемов должна отличаться мягкостью исполнения.

Шейно-грудной переход — это соединение двух последних шейных позвонков и первых двух позвонков грудного отдела. При исследовании этого участка, проводимом в положении сидя, а затем лежа, отыскивается место боли теми же способами, что и на других участках.

#### *Мобилизация шейно-грудного перехода в сгибании лежа на спине ( $C_5-Th_2$ )*

В ИП пациент лежит на спине. Врач стоит сбоку и одной рукой захватывает затылок пациента, а другую кладет на его грудину.

**Техника.** Врач, надавливая на затылок, сгибает шею пациента, другой рукой он обеспечивает равномерное сопротивление, надавливая на его грудину. Движения очень медленные и осторожные. Степень сгибания необходимо контролировать (рис.26,а).

В другом варианте пациент лежит на спине, сложив руки в «замок» на шее, врач стоит сбоку (рис.26,б).

**Техника.** Врач оказывает мягкое давление на локти пациента по направлению, указанному стрелкой.

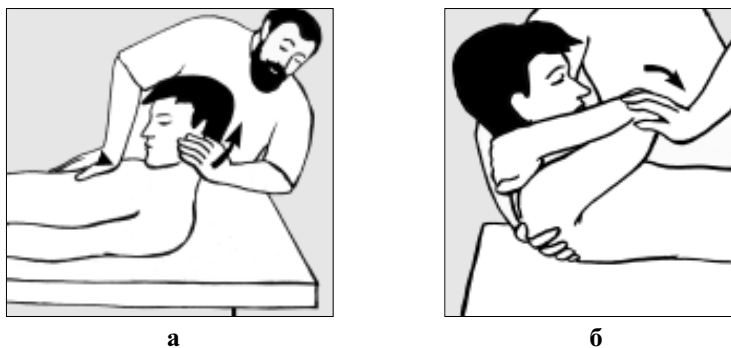


Рис. 26. Мб ШГП в сгибании лежа.

**Мобилизация шейно-грудного перехода в положении лежа на груди ( $C_6-Th_3$ )**

В ИП пациент лежит на столе, подбородком опираясь на стол (ШОП в положении разгибания). Врач опорной частью кисти надавливает на ШГП.

**Техника.** Врач оказывает ритмичное давление на область позвонков (рис.27,а).

В другой разновидности этого приема лоб служит точкой опоры.

**Техника.** Одна рука врача — на затылке пациента, подушечкой большого пальца другой руки он оказывает давление на ШГП. Врач осуществляет дополнительное движение на растяжение (рис.27,б).

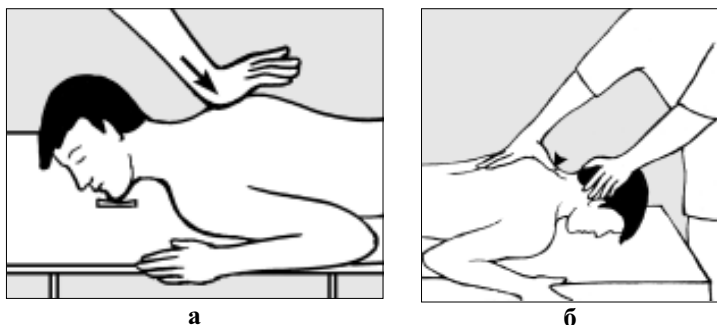


Рис. 27. Мб ШГП в положении лежа на груди.

**Мобилизация шейно-грудного перехода в положении чистого сгибания ( $C_7-Th_2$ )**

В ИП пациент лежит на животе и опирается на локти. Одной рукой врач опирается на позвоночник, другой — на затылок пациента.

**Техника.** Врач оказывает ритмичные давления на ПДС с одновременным взаимоудалением рук, чередуя усилия с расслаблением (рис.28).



Рис 28.

***Мобилизация шейно-грудного перехода в боковом наклоне головы и давлением на остистые отростки ( $C_6$ – $Th_2$ )***

В ИП пациент лежит на боку, врач стоит лицом к нему. Одной рукой врач поддерживает голову пациента в области виска и скулы, а большой палец другой руки упирается на остистый отросток  $C_7$ , или  $Th_1$ , или  $Th_2$  (рис.29).



Рис. 29.

**Техника.** Рука, поддерживающая голову, приводит шею в состояние бокового наклона. Угол наклона устанавливается таким, чтобы вершина изгиба была на уровне мобилизационного сустава.

**Другая** разновидность этого приема: выполняется как в предыдущем случае плюс дополнительное круговое движение головы с фиксацией остистого отростка.

### 3.3.4. Манипуляция шейного отдела позвоночника

Нелишне напомнить о том, что манипуляции на ШОП требуют большой точности и дозированнойности исполнения.

***Манипуляция в ротации с поддержкой***

В ИП пациент сидит на стуле. Врач стоит сбоку и одной рукой захватывает его голову так, чтобы подбородок поместился в локтевую ямку. Второй рукой врач фиксирует определенный шейный позвонок.

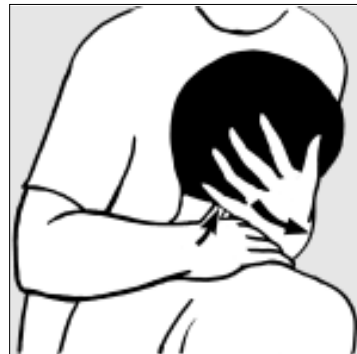


Рис. 30. Мн в ротации с поддержкой (вид сзади).

**Техника.** С помощью мобилизационного приема врач поворачивает голову пациента до состояния пружинистого сопротивления, создав так называемое «преднапряжение». Манипуляционный толчок врач проводит в направлении поворота, добавляя небольшое движение на вытяжение. Вторая рука обеспечивает плотную фиксацию ПДС (рис.30).



### *Манипуляция в комбинации сгибание–поворот–вытяжение*

В ИП пациент лежит на груди, свесив голову за край стола. Врач стоит со стороны головы пациента. Одну руку врач подкладывает под щеку и опирается предплечьем в плечо пациента, а вторую руку опускает на затылок.



Рис. 31.

**Техника.** Врач сгибает шею пациента, затем поворачивает голову, одновременно вытягивая ее до преднапряжения. Из этого положения выполняет толчковое движение, обеспечивая манипуляцию  $C_{1-4}$  (рис.31).

При выполнении манипуляций на ШОП используют некоторые приемы ротации, такие, как: ротация со сгибанием; ротация с разгибанием; ротация с боковым наклоном. Таким образом, возникает много разновидностей и комбинаций.

### *Ротация с одновременным сгибанием позвоночника в шейном отделе*

В ИП пациент лежит на спине. Врач захватывает его голову за подбородок и затылок.

**Техника.** Сначала врач обеспечивает сгибание головы (рис.32,а) пациента. Затем осуществляет ее поворот до ощущения преднапряжения (рис.32,б), и с этой точки проводит толчок (рис.32,в).



а



б



в

Рис. 32. Ротация с одновременным сгибанием позвоночника в шейном отделе.

***Манипуляция в ротации с разгибанием***

В **ИП** пациент лежит на спине, свесив голову за край стола. Врач стоит или сидит со стороны головы пациента. Одной рукой он захватывает затылок пациента, другую руку кладет на височную область.

**Техника.** Врач отклоняет голову пациента. Затем осторожно поворачивает ее, достигнув предела движения, и с этой точки выполняет толчок (рис.33).



Рис. 33.

***Ротация боковым наклоном с вращением***

В **ИП** пациент лежит на спине, врач стоит сбоку. Одну руку он помещает на плечо пациента, а другую — на затылок.

**Техника.** Врач отклоняет голову пациента, например вправо, удерживая его плечо. Затем в том же направлении (вправо) врач осуществляет поворот головы пациента до пружинистого сопротивления и проводит манипуляцию (рис.34).



Рис. 34.

***Манипуляция боковым наклоном в направлении, противоположном вращению***

В **ИП** пациент лежит на спине, врач стоит со стороны головы. Обе руки врача подхватывают голову за затылок.

**Техника.** Врач отклоняет голову в боковом направлении (например, вправо). Затем он поворачивает голову влево до пружинистого сопротивления и выполняет манипуляцию (рис.35).



Рис. 35.

### *Манипуляция давлением на остистый отросток в ротации*

В ИП пациент лежит на боку, врач стоит перед ним. Одной рукой врач охватывает голову пациента, а подушечкой большого пальца второй руки опирается на остистые отростки позвонков Th<sub>1</sub>, или Th<sub>2</sub>, или C<sub>7</sub> (рис.36).

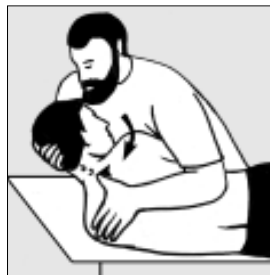


Рис. 36.

**Техника.** Рука врача, которая поддерживает голову пациента, придает ей положение бокового наклона и затем совершает вращение в ту же сторону. Достигнув состояния напряжения, врач проводит манипуляционный толчок, надавливая на остистый отросток, усиливая при этом вращение.

Надо заметить, что манипуляция — это прием, требующий ловкости и умелости рук, творческого подхода для решения возникающих задач, использования рациональной техники.

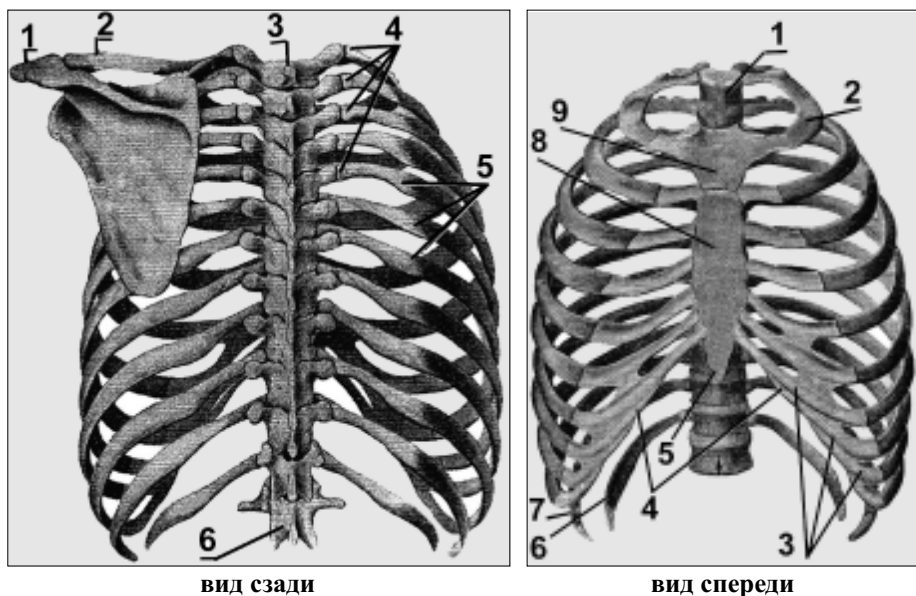
## **3.4. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

Грудной отдел позвоночника (ГОП) состоит из 12 грудных позвонков и прочно скреплен ребрами и грудиной. Поэтому он менее подвижен, чем другие отделы. Межпозвонковые диски в грудном отделе позвоночника сбоку прикрыты реберно-позвоночными суставами (кроме Th<sub>12</sub>). Тела позвонков более массивны, чем в шейном отделе, и остистые отростки длинные, вытянуты наискось вниз, их вращательные движения относительно свободны (рис.37).

Такое расположение и ограниченная подвижность грудного отдела позвоночника уменьшают возможность травматизации. Нарушения в грудном отделе позвоночника приводят не только к болям, но и к вегетативным и висцеральным заболеваниям. Часто такие больные жалуются на боли в сердце, беспокойства со стороны кишечника и расстройство функций мочевыводящих путей.

Основным симптомом заболеваний грудного отдела позвоночника является боль. Она может быть резкой, ноющей, тупой, жгучей. Некоторые больные отмечают, что после неловкого движения, особенно резкого сгибания, поворота туловища, ношения тяжести на боку или спине возникает сковывающая, резкая боль. Движения становятся ограниченными, скованными, трудно дышать, кашлять. В большинстве случаев боли уменьшаются в покое, однако бывает и наоборот — они уменьшаются при движении.

Наиболее характерно появление боли между лопатками, по ходу остистых отростков и в паравертебральных точках. Для заболеваний грудного отдела позвоночника свойственны ощущения болей при пальпации в проекции грудино-реберных и реберно-позвоночных сочленений, а также нарушения статики позвоночника в виде кифоза, кифосколиоза, сколиоза и др. По своему характеру боли бывают жгучими, тупыми, сковывающими, колющими, ноющими.



**Рис. 37. Грудной отдел позвоночника.**

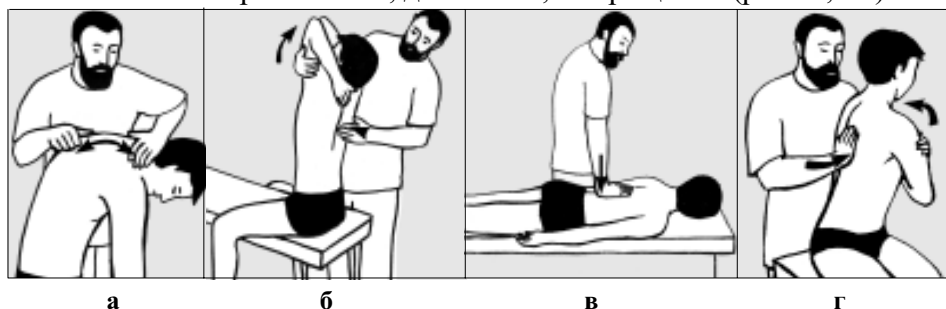
**вид сзади:** 1 – акромиальный отросток; 2 – ключица; 3 – Th<sub>1</sub>; 4 – реберно-позвоночные суставы; 5 – ребра; 6 – L<sub>1</sub>. **вид спереди:** 1 – Th<sub>1</sub>; 2 – I ребро; 3, 4 – реберно-хрящевая дуга; 5 – мечевидный отросток; 6 – XII свободное ребро; 7 – XI свободное ребро; 8 – тело грудины; 9 – рукоятка грудины.

На рентгеновских снимках видны: уменьшение высоты тел позвонков, хрящевые вдавления в телах позвонков, наличие остеофитов, уменьшение высоты дисков.

При обследовании грудного отдела позвоночника необходимо обращать внимание на выраженность грудного кифоза, что определяет осанку, подвижность в грудном отделе. Проверяют состояние кожного покрова и контрактуры, уплотнения мышц и сухожилий. Определяют отклонения остистых отростков, образование углублений и неровностей между остистыми отростками в виде свободных промежутков; определяют болезненные точки и зоны с напряжением мышц. Затем переходят к исследованию пассивных движений. Во время движений указательным пальцем проверяется амплитуда движений в каждом ПДС (по зазору или щели между остистыми отростками). Кроме исследования ПДС изучается состояние грудной клетки и ребер, межреберных промежутков.

#### 3.4.1. ИССЛЕДОВАНИЕ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Из положения стоя пациенту предлагают согнуться вперед для выявления отклонений от осевой линии остистых отростков и наличия боли при этом движении. Затем ему предлагают прогнуться назад для контроля осевой линии позвоночника и определения, вызывает ли это движение боль. В боковом наклоне, как в одну, так и другую сторону, проверяют равномерность бокового изгиба позвоночника, его симметрию и наличие боли. В положении сидя и лежа можно исследовать позвоночник в сгибании и разгибании, давлением, во вращении (рис.38,а-г).



**Рис. 38. Исследование ГОП:**

*а* – в сгибании; *б* – в разгибании; *в* – давлением; *г* – в ротации.

При исследовании грудного отдела позвоночника используют те же приемы, что и при исследовании шейного отдела: давление на парамедиальные точки или точки дугоотростчатых суставов; давление на остистый отросток; массажный прием «перекачивание». В нарушенных сегментах отмечается повышенная болезненность.

Для сегментарного исследования грудного отдела позвоночника следует положить пациента на стол или кушетку лицом вниз. Под живот необходимо подложить подушечку — это помогает расслабить мышцы и разъединить остистые отростки (рис.39).

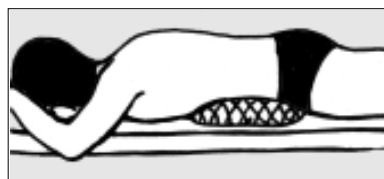


Рис. 39.

Для выявления алгических зон используют прием массажа «перекачивание» (рис.40).

Для выявления поврежденного сустава или связок проводят сильное надавливание большими пальцами рядом с остистым отростком (рис.41).

Для выявления повышенного тонуса мышц, используют метод пальпации (рис.42).

В следующем приеме исследуют состояние межостистых связок, по очереди надавливая на каждую из них. Пациент указывает, где ощущается боль, что свидетельствует о локальном поражении связок или диска (рис.43).

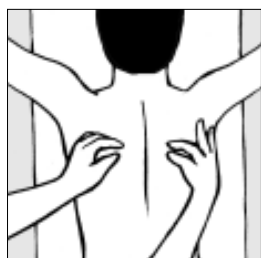


Рис. 40.



Рис. 41.

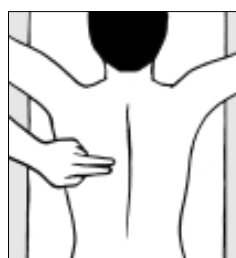


Рис. 42.



Рис. 43.

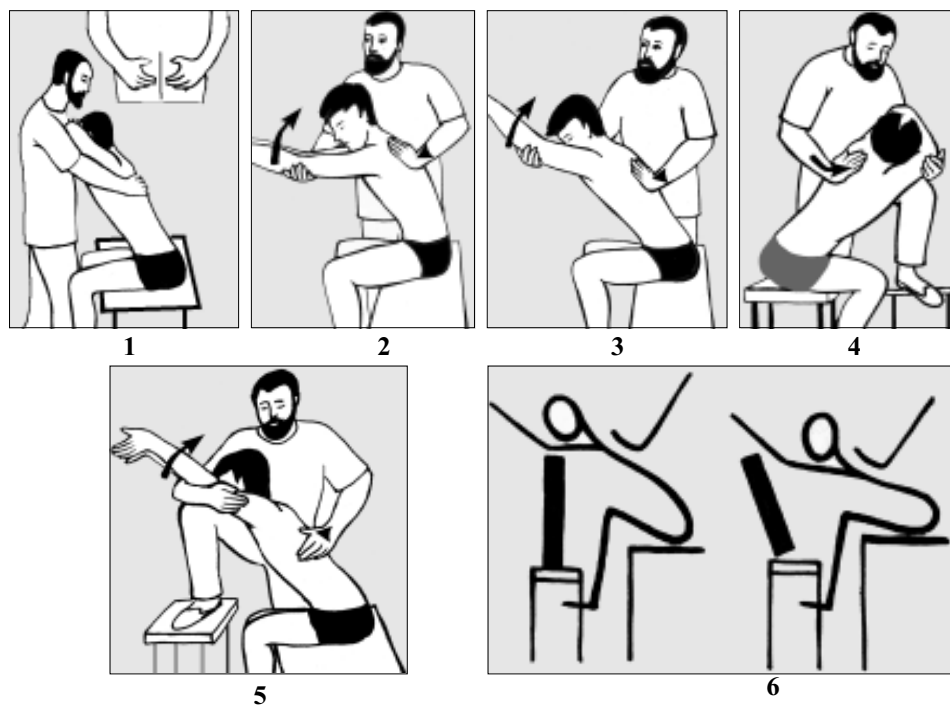
### 3.4.2. Мобилизация грудного отдела позвоночника

#### *Мобилизация грудного отдела позвоночника в разгибании*

В ИП пациент сидит на стуле или кушетке, складывает руки как показано на рисунке, и кладет их на плечи врача, стоящего перед пациентом.

**Техника.** Врач обхватывает руками спину пациента и фиксирует свои пальцы около остистых отростков. Надавливая руками на спину пациента, врач обеспечивает разгибание его позвоночника. Повторяя движение, врач перемещает положение рук вверх или вниз вдоль позвоночника пациента (рис.44,а).

В другом варианте в ИП пациент сидит с вытянутыми вперед руками, врач поддерживает их одной рукой, другую руку накладывает на позвоночник.



**Рис. 44. Мб ГОП в разгибании.**

1 – среднего отдела; 2, 3 – среднего и нижнего отделов; 4, 5 – верхнего отдела;  
6 – направление усилий.

**Техника.** Врач поднимает руки пациента вверх, одновременно надавливая на область позвоночника и стремясь разогнуть его. После нескольких движений рука врача смещается вверх или вниз (рис.44,б,в).

**В ИП** пациент сидит на стуле или на краю кушетки. Врач ставит ногу на подставку, поддерживая вытянутые руки пациента. Кисть врача фиксируется на верхнем участке ГОП.

**Техника.** На медленном выдохе пациента врач постепенно поднимает его руки и усиливает давление на позвоночник до прогибания ГОП (рис.44,г,д).

### *Мобилизация в вытяжении*

**В ИП** пациент сидит на стуле, сложив руки перед грудью, ладони свои он помещает под мышки. Врач становится спиной к пациенту, захватывая его за локтевые суставы, и прижимает его к своей спине.

**Техника.** Мобилизация достигается в момент, когда врач приподнимает пациента от стула, и собственный вес пациента приводит к растяжению позвонков (рис.45).



Рис. 45.

### *Мобилизация в ротации*

**В ИП** пациент сидит на стуле «верхом», сложив руки на груди. Врач, находясь сбоку, захватывает одной рукой локтевой сустав, а другую накладывает на грудной отдел позвоночника.

**Техника.** Врач осуществляет пассивное вращение в одну из сторон тянущим усилием одной руки и толкающим — другой (рис.46).

Этот прием допускает некоторое число вариантов в зависимости от положений рук пациента и действий врача (рис.47,а–в).



Рис. 46.



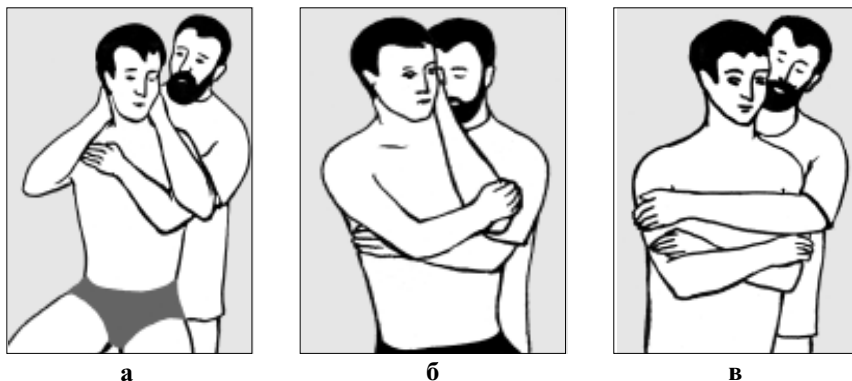


Рис. 47. Варианты положений рук для ротации.

### ***Мобилизация давлением на поперечные отростки смежных позвонков***

Прием часто используется новичками из-за кажущейся простоты исполнения. На самом деле, прием требует виртуозности исполнения.

В ИП пациент лежит на животе. Врач крестообразно кладет руки на ГОП.

**Техника.** Руки врача при давлении направлены на взаимоудаление. Его движения должны быть мягкими, ритмичными, с некоторым нарастанием усилий в каждом повторении (рис.48).



Рис. 48.

### ***Мобилизация «верхняя левада»***

В ИП пациент лежит на животе, вытянув руки, врач подхватывает пациента под руки одной рукой и другой рукой опирается на соответствующие сегменты грудного отдела позвоночника (рис.49).



Рис. 49.

**Техника.** Врач приподнимает туловище пациента за руки и, достигнув верхней точки, начинает мобилизационные действия второй рукой.

### ***Мобилизация грудного отдела позвоночника давлением***

В ИП пациент лежит на животе, согнутые руки локтями опираются о стол, а ладони поддерживают голову под подбородок.

**Техника.** Врач надавливает на грудной отдел позвоночника и выполняет медленные и ритмичные движения (рис.50).



Рис. 50.

### ***Мобилизация мягким простукиванием***

В ИП пациент лежит на животе. Врач стоит сбоку. Указательный и средний пальцы врача расставлены по обе стороны позвоночника.

**Техника.** Врач рукой согнутой в кулачок наносит ритмичные, фиксированные удары по пальцам другой руки.

## **3.4.3. Манипуляция грудного отдела позвоночника**

### ***Импульсная манипуляция давлением***

В ИП пациент лежит на животе, врач стоит сбоку. Его руки лежат на грудном отделе позвоночника.

**Техника.** Мб врач достигает полной утраты упругости позвоночника. В этой точке выполняется неожиданная короткая толчковая манипуляция. Очень важно, чтобы толчок врача был коротким, быстрым и фиксированным. Этот прием выполняют как одной, так и двумя руками. Двумя руками обеспечивается дополнительное вращательное движение (рис.51, а–в).

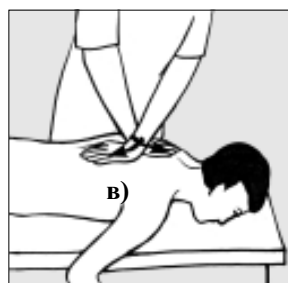
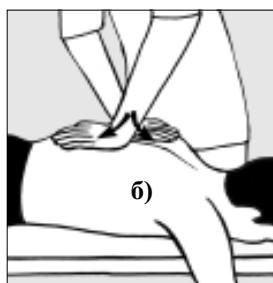
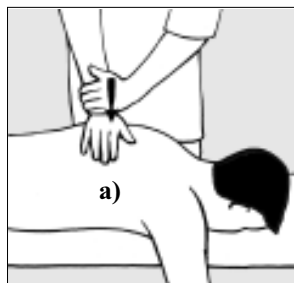


Рис. 51. Варианты импульсной манипуляции.

### ***Полукосвенная манипуляция путем вытяжения и давления***

В ИП руки пациента сложены в замок на затылке. Врач захватывает пациента за предплечья и прижимает его к своей груди.

**Техника.** Врач приподнимает пациента от стула, одновременно выполняя толчок грудной. Этот прием сложный для исполнения, требует точного приложения сил и ловкости (рис.52).



Рис. 52.

### ***Полукосвенная манипуляция в тракции при давлении коленом***

В ИП пациент сидит на стуле, руки сложены в замок на затылке. Врач стоит позади пациента, захватывая его предплечья (ближе к лучезапястному суставу), и упирает свое колено на ПДС ГОП.

**Техника.** Врач приподнимает пациента и в верхней точке проводит толчковое движение коленом на ПДС (рис.53).



Рис. 53.

Эта техника позволяет проводить очень точные направленные манипуляции на всех уровнях грудного отдела, меняя точки опоры колена. При неправильном исполнении этот прием может быть грубым, но опытный мануальный терапевт воздействует точно. Под колено врача подкладывается подушечка.

### ***Манипуляция в ротации***

В ИП пациент сидит на краю стола или массажной кушетки верхом, сложив руки на груди крест-накрест, 4 пальца под мышки. Врач стоит сзади. Одной рукой он захватывает плечо или локоть пациента, другую кладет на грудной отдел позвоночника (рис.54).



Рис. 54.

**Техника.** Манипуляция осуществляется после полной выработки пассивного компонента движения при помощи Мб приемов до чувства утраты пружинистого сопротивления. Выполняется усиленный, но фиксированный толчок рукой в спину. Меняя положение толкающей руки, врач оказывает воздействие на различные ПДС.

### ***Манипуляция тракцией стоя***

В ИП пациент стоит лицом или спиной к врачу. Врач обхватывает туловище пациента на уровне грудного отдела.

**Техника.** Врач прижимает к себе пациента и делает шаг назад. Пациент находится в положении вися в расслабленном состоянии. Из такого положения врач выполняет импульсное рывковое движение вверх, осуществляя манипуляцию. Обхват туловища пациента можно проводить на разных уровнях грудного отдела (рис.55).

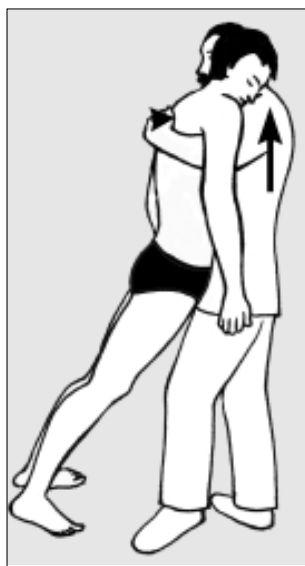


Рис. 55.

### ***Манипуляция тракцией сидя***

В ИП пациент сидит на краю стола. Врач стоит сзади и обхватывает пациента под грудь.

**Техника.** Врач прижимает к себе пациента и в момент его выдоха, неожиданно осуществляет импульсный толчок с незначительным тракционным движением (рис.56).

### ***Манипуляция при поддержке рукой***

В ИП пациент лежит на спине, руки сложены крест-накрест на груди. Врач стоит сбоку. Одной рукой он обхватывает пациента, а указательный палец другой руки подкладывает под сегмент ГОП (рис. 57,а).



Рис. 56. Мн тракцией сидя.

**Техника.** Врач, надавливая на локти пациента, придает региону необходимую степень сгибания и приводит суставы позвоночника в состояние напряжения. После того, как созданы указанные условия, врач выполняет короткое толчковое движение (рис.57,б).

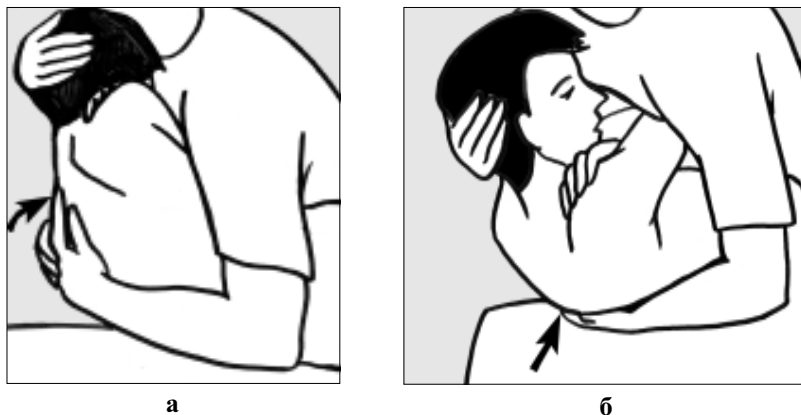


Рис. 57. Мн с поддержкой.