

М.А. Ерёмушкин



КЛАССИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА МАССАЖА

ПРИ ТРАВМАХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Справочное пособие



журнал «эстетика тела»
МАССАЖ
РЕКОМЕНДУЕТ

НИТ
ИЗДАТЕЛЬСТВО



М.А. ЕРЁМУШКИН

КЛАССИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА МАССАЖА

**ПРИ ТРАВМАХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

СПРАВОЧНОЕ ПОСОБИЕ

Наука и Техника

2010

М.А. Ерёмушкин. Классическая техника массажа при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Справочное пособие. — СПб: Наука и Техника, 2010. — 192 с., ил.

ISBN 978-5-94387-500-7

В новой книге М.А. Ерёмушкина, одного из ведущих российских специалистов по мануальным методам лечения, спортивной медицине и ЛФК, изложены в расширенном и детализированном формате материалы медицинской технологии № ФС-2007/062-У, зарегистрированной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и рекомендованной для использования в медицинских учреждениях Российской Федерации. Данная медицинская технология представляет собой изложенные в едином методическом ключе базовые принципы составления дифференцированных методик применения «классической» техники массажа, использующихся при лечении травм опорно-двигательного аппарата. Предложена унифицированная система дозирования массажного воздействия, благодаря которой возможно более четко определять интенсивность как отдельных приемов, так и процедуры, и всего курса массажа в целом.

Пособие предназначено для массажистов, врачей мануальной и рефлексотерапии, физиотерапевтов, врачей и инструкторов ЛФК, травматологов-ортопедов, преподавателей медицинских вузов и колледжей.

ISBN 978-5-94387-500-7



© ООО «Наука и Техника», 2010

© М.А. Ерёмушкин, 2010

СОДЕРЖАНИЕ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ.....	7
КЛАССИФИКАЦИЯ СИСТЕМ И ВИДОВ МАССАЖА.....	9
ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	13
БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ КЛАССИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ МАССАЖА	17
ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ МАССАЖА	27
Основные приемы	27
Плоскостное поглаживание	27
Обхватывающее поглаживание.....	32
Плоскостное разминание	35
Обхватывающее разминание.....	38
Вспомогательные приемы	44
Растирание в горизонтальной плоскости.....	44
Растирание в вертикальной плоскости	47
Вибрация в горизонтальной плоскости.....	50
Вибрация в вертикальной плоскости.....	54
Комбинированные приемы	58
Поглаживание-растирание.....	58
Поглаживание-разминание	58
Поглаживание-вибрация	59
Растирание-разминание.....	60
Растирание-вибрация	60
Разминание-вибрация.....	61
КРИТЕРИИ ДОЗИРОВАНИЯ МАССАЖНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ	62

ОФОРМЛЕНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ МАССАЖНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ	69
---	-----------

КОМБИНИРОВАНИЕ МАССАЖА С ДРУГИМИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕДУРАМИ	74
---	-----------

ЧАСТНЫЕ МЕТОДИКИ МАССАЖА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	76
---	-----------

Массаж при последствиях повреждений опорно-двигательного аппарата	76
--	-----------

Массаж при повреждениях плечевого пояса и верхних конечностей	78
--	-----------

Массаж при компрессионных переломах позвоночника	83
---	-----------

Массаж при повреждениях нижних конечностей	84
---	-----------

Массаж при заболеваниях и деформациях опорно-двигательного аппарата	85
--	-----------

Массаж при врожденной и наследственной патологии	86
---	-----------

Массаж при паралитических деформациях	88
--	-----------

Массаж при дегенеративно-дистрофических заболеваниях	89
---	-----------

ПРИМЕРЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ МЕТОДИК МАССАЖА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	91
--	-----------

Массаж при кифотической осанке	91
---	-----------

Массаж при лордотической осанке	92
--	-----------

Массаж при асимметричном дефекте осанки.....	93
---	-----------

Массаж при функциональных деформациях нижних конечностей	94
---	-----------

Массаж при плоскостопии	95
--------------------------------------	-----------

ПРИМЕРЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ МЕТОДИК НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА.....	97
--	-----------

Массаж при сколиотической деформации позвоночника (диспластический сколиоз II степени)	97
---	-----------

Массаж при шейном остеохондрозе (на фоне гипертонической болезни)	98
Массаж при поясничном остеохондрозе (рефлекторном болевом синдроме)	100
Массаж при поясничном остеохондрозе (компрессионном синдроме L5–S1 в стадии обострения)	101
Массаж при повреждении капсульно-связочного аппарата коленного сустава (в позднем послеоперационном периоде после парциальной менискэктомии)	102
Массаж при спастическом параличе (в результате травмы спинного мозга)	103
МАНУАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В РАБОТЕ МАССАЖИСТА	105
Виды пальпации	107
Техника выполнения отдельных приемов пальпации	108
Порядок проведения пальпации и интерпретация полученных данных	119
Диагностические болевые точки	123
Триггерные точки (болезненные мышечные точки)	127
ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРЕНИРОВКИ МАССАЖИСТА	132
Улучшение трофики тканей	135
Развитие кондиционных способностей	140
Развитие координационных способностей	144
Развитие специальных способностей	158
Закрепление и дальнейшее совершенствование приобретенных двигательных навыков	157
ГЛОССАРИЙ МАССАЖНЫХ ТЕРМИНОВ	160
ПРИЛОЖЕНИЕ	163

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Массаж — это физиотерапевтический метод, представляющий собой совокупность приемов упорядоченного дозированного механического воздействия (включающего механическую деформацию и вибрацию в инфразвуковом диапазоне) на различные участки человеческого тела, без проникновения через кожные покровы и без мобилизации относительно друг друга сегментов костно-суставных структур опорно-двигательного аппарата (табл. 1, 2).

ТАБЛИЦА 1.
ВИДЫ ЛЕЧЕБНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Физические факторы	
Искусственные	Естественные
Электролечебные	Климатолечебные
Магнитолечебные	Бальнеолечебные
Светолечебные	Грязелечебные
Механолечебные	
Термолечебные	
Гидролечебные	
Радиолечебные	

ТАБЛИЦА 2.
МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
ВОЗДЕЙСТВИЯ, ОСНОВАННЫЕ
НА ПРИМЕНЕНИИ МЕХАНОЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ

Механолечебные методы	
Характер воздействия	Метод воздействия
Механические напряжения (деформация)	Массаж Акупунктура
Механические колебания	Вибротерапия Ультразвуковая терапия
Периодически изменяющееся давление воздушной среды	Локальная баротерапия

КЛАССИФИКАЦИЯ СИСТЕМ И ВИДОВ МАССАЖА

Выделяют системы и виды массажа как две наиболее обобщающие категории, характеризующие этот физиотерапевтический метод по форме и содержанию. Ту или иную систему массажа различают в зависимости от времени, места и авторского приоритета в ее создании (табл. 3). То есть в каждом конкретном случае подразумеваются ответы на следующие вопросы: в какой исторический период, в какой местности и каким народом, а также кем лично или какой группой специалистов была создана рассматриваемая система массажа?

ТАБЛИЦА 3.

КЛАССИФИКАЦИЯ СИСТЕМ МАССАЖА

Системы массажа		
По времени создания	По месту создания	По авторскому приоритету в создании
Вышедшие из употребления Ныне используемые	Национальные	Авторские (индивидуальные) Школы (коллективные) Традиционные (народные)

Виды массажа следует подразделять на 5 основных групп: в зависимости от цели назначения, решаемых задач для той или иной сферы применения, способа, используемого средства и области воздействия (табл. 4). Таким образом, подразумеваются ответы на вопросы: что, за- чем, кто, чем и где?

ТАБЛИЦА 4.
КЛАССИФИКАЦИЯ ВИДОВ МАССАЖА

ВИДЫ МАССАЖА		
По цели назначения	Лечебный	
По сфере применения	Медицинский Косметический Спортивный	
По способу воздействия	Массаж Самомассаж Взаимомассаж Парный массаж	
По средству воздействия	А. Базисные	Б. Сочетанные
	Мануальное (ручное) Педальное (ножное) Инструментальное Аппаратное а) вибромассаж б) гидромассаж в) баромассаж	С физиотерапией С кинезотерапией С психотерапией С фармакотерапией С хирургическими операциями

По области воздействия	А. Регионарные	Б. Зональные	В. Специализированные
	Общий Частный	Сегментарный Точечный Микрозональный Соединитель- нотканый Миофасциальный Периостальный	Реанимационный Урологический Гинеколо- гический Дерматоло- гический Офтальмоло- гический Отоларинголо- гический Логопедический Стоматоло- гический Висцеральный

Способы массажного воздействия, подразумевающие использование вспомогательных средств (средства для скольжения рук, массажная кушетка, простыни и т.п.) или без них («сухой массаж», «мыльный массаж», «пляжный массаж» и т.п.), не выделяют в отдельные группы, так как они являются частными особенностями той или иной методики массажа.

Примерами функционального использования данной классификации видов массажа могут служить нижеприведенные варианты формулировок:

I.

- а) Лечебный массаж при бронхиальной астме;
- б) Выполняемый массажистом;
- в) Посредством мануального воздействия;
- г) На локальных участках тела (грудная клетка);
- д) По методике «интенсивного массажа асимметричных зон»

О.Ф. Кузнецова.

II.

- а) Профилактический массаж;
- б) Выполняемый самостоятельно (способом самомассажа);
- в) Посредством роликового массажера-дорожки;
- г) На поверхности всего тела;
- д) По методике А.А. Бирюкова и А.Н. Буровых.

В данную классификацию вошли только те виды массажа, которые соответствуют определению термина «массаж», то есть подразумевают использование механического воздействия, производимого на тело человека исключительно с лечебной или профилактической целями. Все же остальные, не соответствующие этим критериям варианты массажного воздействия не могут с полным правом называться массажем и поэтому выведены за рамки общей классификации и отнесены к категории «профанированных» (табл. 5). Так, в «зоомассаже» применяется массирование не человеком, а животным; в «бесконтактном массаже» используется зачастую не механическая энергия, а некая «космическая целительная сила». То же самое наблюдается в «сексуальном массаже», представляющем собой не что иное, как эротические ласки, и не преследующем целей лечения или профилактики каких-либо заболеваний, имея исключительно «гедоническую» направленность. К «бытовому массажу» относится повседневный контакт тела человека с механическими раздражителями, будь то одежда, постельное белье, мочалка и т.п.

ТАБЛИЦА 5.
ПЕРЕЧЕНЬ ПРОФАНИРОВАННЫХ
ВИДОВ МАССАЖА

Профанированные виды массажа
Зоомассаж
Бесконтактный (эзотерический, медитативный)
Сексуальный (эротический, чувственный)
Бытовой

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Массаж оказывает на организм человека многообразное действие — тонизирующее, седативное, анальгетическое, актопротекторное, вазоактивное, трофическое, дренирующее, иммуностимулирующее и, кроме того, выраженное саногенетическое действие.

Массаж показан при лечении и реабилитации больных в различные фазы течения заболеваний и травм, его используют также как средство первичной и вторичной профилактики, для восстановления и повышения физической и умственной работоспособности, как метод физического совершенствования.

К общим противопоказаниям, исключающим назначение массажа, относятся:

- Общее тяжелое состояние при различных заболеваниях и травмах;
- Острые лихорадочные состояния;
- Острые воспалительные процессы;
- Острейший болевой синдром, требующий назначения наркотических препаратов;
- Гнойные процессы любой локализации;
- Кровотечения и склонность к ним, цинга, болезни крови;
- Различные заболевания кожи, ногтей, волосистой части головы инфекционной, грибковой и невыясненной этиологии, различные

кожные высыпания, повреждения, раздражения кожи, плоские бородавки, гнойничковые и островоспалительные поражения кожи, экзема, острая форма розацеа, герпес, контагиозный моллюск, ссадины и трещины;

- Трофические язвы, гангрена при заболеваниях периферических сосудов, острое воспаление, тромбоз, значительное варикозное расширение вен с трофическими нарушениями, ангиит, атеросклероз периферических сосудов, тромбангиит в сочетании с артериосклерозом мозговых сосудов, сопровождающиеся церебральными кризами, аневризмы сосудов, аорты, сердца, воспаление лимфатических узлов, сосудов, увеличенные болезненные лимфатические узлы, спянные с кожей и подлежащими тканями;
- Заболевания вегетативной нервной системы в период обострения;
- Аллергия с геморрагическими и другими высыпаниями, кровоизлияния в кожу, отек Квинке;
- Чрезмерное психическое или физическое утомление;
- Активная форма туберкулеза;
- Сифилис первой и второй стадии, другие острые венерические заболевания;
- Заболевания органов брюшной полости с склонностью к кровотечению, после кровотечений в связи с язвенной болезнью, а также вызванных заболеваниями женской половой сферы и травмой, тошнота, рвота, болезненность при пальпации живота (при различных заболеваниях);
- Хронический остеомиелит;
- Каузалгический синдром после травмы периферических нервов;
- Доброкачественные и злокачественные опухоли различной локализации только до хирургического лечения их (без хирургического лечения при миомах матки разрешается массаж воротниковой зоны, рук, голеней и стоп);
- Психические заболевания с чрезмерным возбуждением, значительно измененной психикой;

- Недостаточность кровообращения третьей степени, декомпенсация кровообращения конечности у больных атеросклеротическими окклюзиями и тромбангиитом, в период гипертонического или гипотонического кризов, острая ишемия миокарда, возникающая внезапно, выраженный склероз мозговых сосудов с склонностью к тромбозам и кровоизлияниям;
- Бронхоэктатическая болезнь в стадии тканевого распада, легочно-сердечная недостаточность третьей степени;
- Острые респираторные заболевания в течение двух-пяти дней после них.

Имеются противопоказания к массажу определенных областей. Так, при незначительных повреждениях кожи, аллергических высыпаниях можно допускать массаж области, значительно отдаленной от места поражения. Не разрешается массаж живота при грыже, менструации, при камнях в желчном пузыре, почках. Также нельзя делать массаж поясничной области, бедер при миомах, в дни менструации, при заболеваниях почек в период острого процесса. В период беременности, в послеродовом периоде и после аборта в течение двух месяцев противопоказан массаж живота, поясничной области и бедер, массаж других областей разрешается по показаниям.

В ряде случаев противопоказания к массажу носят временный характер и после стихания острого воспалительного процесса, лихорадочного состояния, гнойного процесса, обострения заболеваний вегетативной нервной системы и так далее массаж можно применять в соответствии с показаниями.

Массаж противопоказан, когда следует избегать локального механического воздействия или если существует опасность замены им другого лечения, более подходящего. Так, Muhlemann D., Cimino J.A. (1990) определили следующие противопоказания к выполнению терапевтического мышечного растягивания (ТМР) — «специфического мышечного растягивания, выполняемого специалистом или под его наблюдением, для больных с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата» (являющегося массажной манипуляцией):

1. Отсутствие стабильности. ТМР противопоказано при нарушении целостности или стабильности суставов или же снижений этих качеств вследствие любого (патологического) процесса.
2. Опасность нарушения целостности сосудов. Нарушению целостности сосудов и возникновению кровотечения могут способствовать патологические процессы или лекарственные препараты (например, антикоагулянты).
3. Воспаление или инфекция в данных структурах или вокруг них.
4. Острая травма мягких тканей и мышц. ТМР следует отложить до образования рубцов, способных выдержать среднее растягивающее усилие.
5. Заболевания мягких тканей и мышц. Противопоказания могут быть относительными (то есть ТМР осуществляют или нет в зависимости от состояния ткани, квалификации специалиста и т.п.) или абсолютными (например, при оссифицирующем миозите).
6. Чрезмерные болевые ощущения или чрезмерная реакция пациента. Любая терапевтическая процедура является противопоказанной, если больной не может или не желает подвергаться ей. Если пациент не переносит боль во время осуществления ТМР, даже если ТМР осуществляется умело и максимально безболезненно, от нее следует отказаться. Больных в таком случае обучают самостоятельно выполнять упражнения на растягивание под наблюдением специалиста.
7. Когда здравый смысл говорит «нет».

Следует также отметить, что, по мнению М. Corbett (1972), в определенных случаях использование массажа может привести к отрицательным психологическим последствиям. В частности, он подчеркивает, что «напряженные мышцы являются нередко симптомом тревожности и депрессии, и устранение этих состояний дает временный эффект, тогда как долгосрочным последствием нередко является зависимость больных от массажа и даже развитие привыкания к нему, как у наркоманов». При правильном применении массаж — весьма эффективное и безопасное средство (Alter M. J., 2001).

БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ КЛАССИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ МАССАЖА

Оптимальным решением при лечении и профилактики травм и заболеваний является использование классической (от лат. *classicus* — «образцовый») техники массажа, отличающейся от других вариантов массажного воздействия следующими характерологическими признаками:

- Ограниченный набор массажных приемов, включающий 4 группы (поглаживания, растирания, разминания и вибрации), подразделяющиеся на основные, вспомогательные и комбинированные приемы (табл. 6).
- Преимущественно локальное воздействие на конкретную область, зону, анатомическую структуру.
- Послойная проработка тканей (кожа — подкожная клетчатка — мышцы) характеризуется возрастающей (каждый последующий прием воздействует на более глубокий уровень, чем предыдущий) и возвратной последовательностью (один из приемов, чаще поглаживание, повторяется после любого другого приема) (рис. 1).
- Строго регламентированное направление массажных движений (от периферии к центру) — всегда по ходу тока лимфы.

- Массажные движения выполняются от средней линии тела наружу, то есть для правой руки по часовой стрелке, а для левой — против нее.
- Массаж выполняется «насухую», то есть без использования дополнительных средств для скольжения рук массажиста.
- Движения массажиста основаны на следующих биомеханических правилах эргономики: минимальное использование больших рычагов верхней конечности; максимальное использование веса костных рычагов; максимальное применение движений по дугообразной траектории; смена групп работающих мышц.
- Для проведения массажной процедуры пациент должен находиться в так называемом среднем физиологическом положении (положение физиологического покоя), когда точки прикрепления мышц-антагонистов находятся в промежуточном (нейтральном) состоянии.
- Массаж никогда не должен сопровождаться болезненностью, синяками, повреждением кожных покровов пациента, а имеющаяся боль должна снижаться в течение процедуры и полностью купироваться в процессе курса.
- Все рекомендуемые массажные методики имеют направленность на конкретный результат и строгое научное обоснование, подвергаясь предварительной клинической апробации.

ТАБЛИЦА 6.
КЛАССИФИКАЦИЯ ГРУПП
МАССАЖНЫХ ПРИЕМОВ

Основные	Вспомогательные	Комбинированные
Поглаживание (П) Плоскостное Обхватывающее		П — Рс П — Рз П — В
	Растирание (Рс) В горизонтальной плоскости В вертикальной плоскости	Рс — Рз Рс — В Рз — В
Разминание (Рз) Плоскостное Обхватывающее		
	Вибрация (В) В горизонтальной плоскости В вертикальной плоскости	

Следует, однако, отметить, что использование классической техники в частных методиках массажа не подразумевает соблюдение жесткой последовательности массажных приемов (П — Рс — П — Рз — П — В — П). При необходимости полноценный массаж может быть выполнен с использованием одного единственного приема (поглаживание в ранней стадии реабилитации у пациентов с инфарктом миокарда), группы массажных приемов (П — Рс — П при массаже суставов) или с измененной последовательностью для акцентированного воздействия на определенные структуры (к примеру, П — Рз — П — Рс — П — Рз — П — В — П в спортивном массаже).

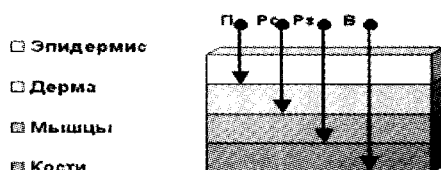
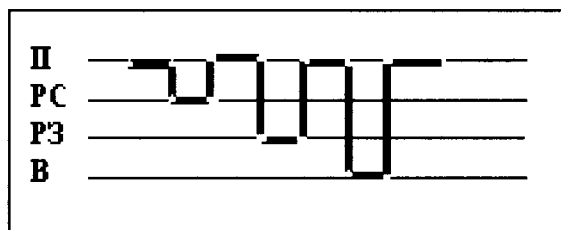


Рисунок 1. Последовательность массажных приемов

При условии, что классический массаж чаще всего выполняется ладонной (внутренней) поверхностью кисти, *основные* массажные приемы делятся на две группы — плоскостного и обхватывающего воздействия. В первом варианте кисть прилегает к массируемому участку внутренней поверхностью ладоней и пальцев, причем все пальцы прижаты (приведены) друг к другу; во втором при аналогичном ладонном контакте кисти приведены только II–V пальцы, а I палец отведен и противопоставлен.

Вспомогательные массажные приемы подразделяются также на две группы в зависимости от того, в какой плоскости производится массажное воздействие — в горизонтальной или вертикальной.

В каждой из 4 групп массажных приемов выделяют как базовые движения, так и их вариации (дополнительные движения), которые в свою очередь подразделяются на 2 формы — стабильную и лабильную. Все базовые движения выполняются одной рукой, вариации вспомогательных, и в особенности комбинированных приемов — как одной, так и

двумя руками (табл. 7).

ТАБЛИЦА 7.
СПОСОБЫ ВЫПОЛНЕНИЯ
МАССАЖНЫХ ПРИЕМОВ

Одной рукой		Двумя руками (с отягощением)		Двумя руками (без отягощения)		Двумя руками (с захватом)	
						Захват обеими кистями	
						Захват пятью пальцами	
						Захват первыми пальцами	
				Одновременно		Одновременно	
				Попеременно		Попеременно	
				Поочередно			
Стабильно	Лабильно	Стабильно	Лабильно	Стабильно	Лабильно	Стабильно	Лабильно
Продольно		Продольно		Продольно		Продольно	
Поперечно		Поперечно		Поперечно		Поперечно	

Одной рукой		Двумя руками (с отягощением)		Двумя руками (без отягощения)		Двумя руками (с захватом)	
Прерывисто		Прерывисто		Прерывисто		Прерывисто	
Непрерывно		Непрерывно		Непрерывно		Непрерывно	
	Однонаправлено Возвратно		Однонаправлено Возвратно		Однонаправлено Возвратно Разнонаправлено		Однонаправлено Возвратно Разнонаправлено
				Параллельное Сходящееся Расходящееся		Параллельное Сходящееся Расходящееся	
Прямолинейное		Прямолинейное		Прямолинейное		Прямолинейное	
Зигзагом		Зигзагом		Зигзагом		Зигзагом	
По спирали		По спирали		По спирали		По спирали	
Полукружное		Полукружное		Полукружное		Полукружное	
Круговое		Круговое		Круговое		Круговое	
Концентрическое		Концентри- ческое		Концентрическое		Концентрическое	

Кроме того, все вариации массажных приемов могут выполняться с опорой руки на какую-либо часть кисти или без нее (табл. 8, 9).

ТАБЛИЦА 8.
ПРИМЕРЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ МАССАЖНЫХ
ПРИЕМОВ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ СВОБОДНО
(БЕЗ ОПОРЫ КИСТИ)

Массирующая часть тела	Массирующая рабочая поверхность				
Пальцы	Ладонная поверхность пальцев (в любом сочетании)	Ладонная поверхность концевых фаланг (в любом сочетании)	Боковая поверхность пальцев (в любом сочетании)	Кончики пальцев (в любом сочетании)	Край ногтя (в любом сочетании)
	Основание кисти	Область тенара	Область гипотенара	Локтевой край	Область гороховидной кости
	Тыльная поверхность фаланг пальцев (в любом сочетании)		Тыльная поверхность проксимальных, средних и дистальных фаланг пальцев (в любом сочетании)		
	Тыльная поверхность кисти	Тыльная поверхность дистальных, средних межфаланговых суставов и пястно-фаланговых суставов (в любом сочетании)			

Предплечье	Внутренняя поверхность	Наружная поверхность	Локтевая поверхность	Лучевая поверхность	Локтевой сустав
------------	------------------------	----------------------	----------------------	---------------------	-----------------

ТАБЛИЦА 9.
ПРИМЕРЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ МАССАЖНЫХ ПРИЕМОВ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ С ОПОРОЙ КИСТИ

Опора	Массирующая рабочая поверхность				
Опора на I палец	Кончики II-V пальцев	Ладонная поверхность дистальных фаланг II-V пальцев	Тыльная поверхность средних фаланг II-V пальцев	Тыльная поверхность дистальных или проксимальных межфаланговых суставов II-V пальцев	Лучевая поверхность II пальца
	Кончиком I пальца	Ладонной поверхностью дистальной фаланги I пальца	Тыльная поверхность дистального межфалангового сустава I пальца	Основанием кисти	

Опора на лучевую поверхность II пальца	Кончиком I пальца	Ладонной поверхностью дистальной фаланги I пальца	Ладонной и внутренней боковой поверхностью I пальца
Опора на основание кисти и II-V пальцы	Кончиком I пальца	Ладонной поверхностью дистальной фаланги I пальца	Ладонной поверхностью средних фаланг и/или дистальных межфаланговых суставов II-V пальцев
Опора на основание кисти и I палец	Кончики II-V пальцев		Тыльной поверхностью средних фаланг и/или дистальных межфаланговых суставов II-V пальцев
Опора на основание кисти	Кончики I и/или II-V пальцев	Ладонная поверхность дистальных фаланг I и/или II-V пальцев	Тыльная поверхность средних фаланг и/или дистальных межфаланговых суставов II-V пальцев

Опора на тыль- ную по- верхность средних фаланг II-V пальцев	Кончиком I пальца	Ладонной поверхностью дистальной фаланги I пальца
---	----------------------	---

В классической технике массажа насчитывается около 500 модальностей (вариантов) выполнения массажных приемов. Тем не менее правильный, качественный и эффективный массаж можно выполнить, используя даже одно базовое положение кисти. Все многообразие массажных приемов служит главным образом для облегчения работы массажиста, удобства проработки разных областей тела и только отчасти — для полноты ощущений пациента.

ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ МАССАЖА

В кругу специалистов в области массажа часто используемые массажные приемы имеют традиционно сложившиеся наименования, употребление которых представляет собой профессиональный сленг. В профессиональном сообществе массажистов также принято различать значение слов «массировать» — действие, выполняемое непосредственно массажистом, и «массажировать» — массаж при помощи массажера (специального аппарата). Существуют различия между понятиями «процедура» и «сеанс» массажа, «пациент» и «клиент» ввиду того, что в первых вариантах подразумевается исключительно лечебный характер действия, а во вторых — только профилактический. Более подробно профессиональные массажные выражения и термины изложены в глоссарии.

ОСНОВНЫЕ ПРИЕМЫ

ПЛОСКОСТНОЕ ПОГЛАЖИВАНИЕ

Базовое движение

1 форма (стабильно) — все пальцы кисти сомкнуты, ладонной поверхностью кисть продольно лежит на массируемом участке без давления, движение не выполняется (прием «наложение») (рис. 2).

2 форма (лабильно) — все пальцы кисти сомкнуты, ладонной поверхностью кисть продольно лежит на массируемом участке. Движение выполняют поверхностно, не сдвигая кожу в складку.



Рис. 2.

Техника выполнения плоскостного поглаживания
(прием «наложение»)

Вариации (дополнительные движения)

Глажение — пальцы согнуты в пястно-фаланговых суставах под прямым углом к ладони, движение выполняется тыльной поверхностью основных и средних фаланг II–V пальцев (рис. 3).



Рис. 3.

Техника выполнения приема «глажение»

Гребнеобразное поглаживание — пальцы сложены в кулак, и движение выполняется тыльной поверхностью средних фаланг и средних межфаланговых суставов согнутых II–V пальцев (рис. 4).



Рис. 4.

Техника выполнения приема
«гребнеобразное поглаживание»

Граблеобразное поглаживание — движение выполняется ладонной поверхностью (подушечками) дистальных фаланг выпрямленных и расставленных пальцев (рис. 5).



Рис. 5.

Техника выполнения приема
«граблеобразное поглаживание»

ОБХВАТЫВАЮЩЕЕ ПОГЛАЖИВАНИЕ

Базовое движение

1 форма (стабильно) — II–V пальцы кисти сомкнуты, I палец отведен и противопоставлен, кисть ладонной поверхностью поперечно лежит на массируемом участке без давления, движение не выполняется (прием «обхват») (рис. 6).

2 форма (лабильно) — II–V пальцы кисти сомкнуты, I палец отведен и противопоставлен, кисть ладонной поверхностью поперечно лежит на массируемом участке. Движение выполняют поверхностно, не сдвигая кожу в складку.



Рис. 6.

Прием «ОБХВАТЫВАЮЩЕЕ ПОГЛАЖИВАНИЕ»

Вариации (дополнительные движения)

Щипцеобразное поглаживание — II–V пальцы кисти сомкнуты, I палец отведен и противопоставлен, ладонь приподнята от массируемой поверхности, движение выполняется ладонными поверхностями (подушечками) дистальных фаланг всех пальцев (рис. 7).



Рис. 7.

Техника выполнения приема
«щипцеобразное поглаживание»

Крестообразное поглаживание — пальцы сложены крест-накрест (в «замок»), выполняется движение ладонными поверхностями обеих кистей (рис. 8).



Рис. 8.

Прием «крестообразное поглаживание»

ПЛОСКОСТНОЕ РАЗМИНАНИЕ

Базовое движение

1 форма (стабильно) — все пальцы кисти сомкнуты, ладонной поверхностью кисть продольно плотно прилегает к массируемому участку, движение не выполняется, осуществляется надавливание на подлежащие мягкие ткани (прием «надавливание») (рис. 9).



Рис. 9.

Техника выполнения плоскостного разминания

2 форма (лабильно) — все пальцы кисти сомкнуты, ладонной поверхностью кисть продольно плотно прилегает к массируемому участку, движение выполняют, продольно надавливая и сдвигая подлежащие мягкие ткани в крупную складку (прием «выжимание») (рис. 10).



Рис. 10.

Техника выполнения плоскостного разминания
(прием «выжимание»)

Вариации (дополнительные движения)

Перекатывание — все пальцы кисти сомкнуты, ладонной поверхностью кисть продольно плотно прилегает к массируемому участку, движение выполняется перекатом с основания кисти на пальцы, подобно тому, как осуществляется шаг — с пятки на носок (рис. 11).



Рис. 11.

Техника выполнения приема «перекатывание»

ОБХВАТЫВАЮЩЕЕ РАЗМИНАНИЕ

Базовое движение

1 форма (стабильно) — II–V пальцы кисти сомкнуты, I палец отведен и противопоставлен, кисть ладонной поверхностью поперечно плотно прилегает к массируемому участку, движение не выполняется, пальцами осуществляется сдавливание подлежащих мягких тканей (сдавливание) (рис. 12).

2 форма (лабильно) — II–V пальцы кисти сомкнуты, I палец отведен и противопоставлен, кисть ладонной поверхностью поперечно плотно



Рис. 12. Прием «обхватывающее разминание»

прилегает к массируемому участку. Движение выполняют, продольно надавливая и сдвигая подлежащие мягкие ткани в крупную складку (выжимание обхватом).

Вариации (дополнительные движения)

Щипцеобразное разминание — II–V пальцы кисти сомкнуты, I палец отведен и противопоставлен, ладонь приподнята от массируемой поверхности, сжимающее движение выполняется ладонными поверхностями (подушечками) дистальных фаланг всех пальцев (рис. 13).



Рис. 13. Прием «щипцеобразное разминание»

Ординарное разминание — II-V пальцы кисти сомкнуты, I палец отведен и противопоставлен, ладонь прижата к массируемой поверхности. Движение выполняют ладонными поверхностями выпрямленных пальцев, сводя пальцы, приподнимают массируемые ткани, вращательным движением смещая их в сторону II-V пальцев до отказа и, не разжимая пальцы, возвращают руку с захваченными тканями в исходное положение, после чего отпускают массируемые ткани, и кисть передвигается вперед (рис. 14).



Рис. 14.

Прием «ординарное разминание»

Двойное ординарное разминание — выполняется аналогично ординарному разминанию, но двумя руками одновременно (на одной мышечной группе) или попеременно (на разных мышечных группах) (рис. 15).



Рис. 15.

Техника выполнения двойного
ординарного разминания

Разминание «двойной гриф» — выполняется аналогично ординарному разминанию, но с увеличенной площадью рабочей поверхности. При этом кисть одной руки кладется на кисть другой руки так, чтобы II–V пальцы первой руки располагались над II–V второй, а I — над I (рис. 16).



Рис. 16.

Техника выполнения приема «двойной гриф»

Двойное кольцевое разминание — выполняется двумя руками, при этом II–V пальцы обеих рук располагаются с одной стороны массируемой поверхности, а I — с другой. Плотно обхватив массируемые ткани выпрямленными пальцами обеих рук, сводят пальцы, приподнимая массируемые ткани, сдавливают и смещают их правой рукой от себя, в сторону V пальца, а другой — к себе, в сторону I пальца. Далее, не выпуская массируемые ткани из рук, выполняют аналогичное движение, но в обратном направлении, как бы передавая мышцу из одной руки в другую (рис. 17).



Рис. 17.

Техника выполнения приема
«ДВОЙНОЕ КОЛЬЦЕВОЕ РАЗМИНАНИЕ»

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ПРИЕМЫ

РАСТИРАНИЕ В ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

Базовое движение

I форма (стабильно) — все пальцы кисти сомкнуты, ладонной поверхностью кисть плотно прилегает к массируемому участку. Движение выполняют, не отрывая кисти от массируемой поверхности, сдвигая кожу и подкожную клетчатку относительно мышечной ткани на максимально возможное расстояние (прием «сдвигание»). При выполнении этого приема амплитуда смещения кожи и подкожной клетчатки максимальна (до предела растяжимости) (рис. 18).



Рис. 18.

Прием «растирание в горизонтальной плоскости»

2 форма (лабильно) — все пальцы кисти сомкнуты, ладонной поверхностью кисть плотно прилегает к массируемому участку. Движение выполняют скользя, но не отрывая кисти от массируемой поверхности, смещая кожу и подкожную клетчатку относительно мышечной ткани в небольшую кожную складку (прием «смещение»).

Вариации (дополнительные движения)

Растяжение — движение выполняют ладонными поверхностями пальцев кисти, растягивая кожу между I и II–V пальцами, расположенными друг против друга, не отрывая пальцев от массируемой поверхности (рис. 19).



Рис. 19.

Прием «растяжение»

Штрихование — движение выполняют ладонными поверхностями («подушечками») концевых фаланг разведенных II–V пальцев, сдвигая кожу и подкожную клетчатку относительно мышечной ткани на максимально возможное расстояние, не отрывая пальцев от массируемой поверхности (рис. 20).



Рис. 20.

Техника выполнения приема «штрихование»

РАСТИРАНИЕ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

Базовое движение

1 форма (стабильно) — ладонными поверхностями (подушечками) дистальных фаланг противопоставленных I и II–V пальцев захватывают кожную складку, сдвигают и приподнимают ее, подобно тому, как выщипывают косточки из ягоды (рис. 21).



Рис. 21.

Прием «растирание в вертикальной плоскости»

2 форма (лабильно) — кожную складку сжимают между I и II–V пальцами и, толкая ладонной поверхностью I пальца, смещают образовавшийся кожный валик, «переступая» перед валиком остальными пальцами (прием «накатывание») (рис. 22).



Рис. 22.

Техника выполнения растирания
в вертикальной плоскости
(прием «накатывание»)

Вариации (дополнительные движения)

Пиление — выполняют локтевым краем кисти, плотно прижатой к массируемой поверхности, совершая возвратно-поступательные движения и смещая подлежащие ткани. При работе двумя руками кисти движутся в противоположных направлениях, и между ними образуется валик из массируемых тканей (рис. 23).



Рис. 23. Прием «ПИЛЕНИЕ»

Пересечение — выполняется аналогично приему «пиление», но лучевым краем кисти при максимальном отведении I пальца (рис. 24).



Рис. 24. Прием «пересечение»

ВИБРАЦИЯ В ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

Базовое движение

I форма (стабильно) — кисть ладонной поверхностью накладывается на массируемый участок, без отрыва от массируемой части тела.

Выполняются различные ритмичные колебательные движения, при этом рука и массируемая часть тела как будто составляют одно целое (прием «потряхивание»).

2 форма (лабильно) — кисть ладонной поверхностью обхватом накладывают на массируемый участок, не отрываясь от массируемой части тела. Выполняются различные ритмичные колебательные движения с продвижением, при этом рука и массируемая часть тела как будто составляют одно целое (прием «потряхивание с продвижением»).

Вариации (дополнительные движения)

Сотрясение — располагая концы большого и указательного пальцев или ладони с обеих сторон массируемого сегмента, выполняют в горизонтальном (вправо и влево) или вертикальном (вверх-вниз) направлении быстрые колебательные ритмичные движения, напоминающие движения решета при просеивании муки (рис. 25).



Рис. 25. Прием «сотрясение»

Встряхивание — обеими руками берут кисть или стопу массируемого, фиксируют ее и быстрыми, следующими друг за другом движениями встряхивают конечность в горизонтальном (вправо и влево) или вертикальном (вверх-вниз) направлении (рис. 26).



Рис. 26.

Техника выполнения приема «встряхивание»

Подталкивание — выполняются колебательные движения с большой амплитудой концами дистальных фаланг II-V пальцев плотно лежащей на массируемой поверхности кисти (рис. 27).



Рис. 27ю

Техника выполнения приема «подталкивание»

ВИБРАЦИЯ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

Базовое движение

1 форма (стабильно) — все пальцы кисти сомкнуты, ладонной поверхностью кисть при слегка согнутых пальцах лежит на массируемом участке, продвижения кисти нет. Выполняется нанесение ритмичных ударов (прием «похлопывание») (рис. 28).

2 форма (лабильно) — все пальцы кисти сомкнуты, ладонной поверхностью кисть при слегка согнутых пальцах лежит на массируемом участке. Выполняется нанесение ритмичных ударов с продвижением (прием «похлопывание с продвижением»).



Рис. 28.

Прием «вибрация в вертикальной плоскости»

Вариации (дополнительные движения)

Пунктирование — нанесение ритмичных ударов выполняется ладонной поверхностью дистальных фаланг II и III пальцев, подобно тому, как выбивается дробь барабанной палочкой (рис. 29).



Рис. 29.

Техника выполнения приема «пунктирование»

Рубление — нанесение ритмичных ударов выполняется локтевым краем пальцев и кисти, которая находится в среднем положении между пронацией и супинацией, локтевой сустав согнут под прямым или тупым углом (рис. 30).



Рис. 30.

Техника выполнения приема «рубление»

Поколачивание — нанесение ритмичных ударов выполняется локтевым краем кисти, сжатой в неплотный кулак (рис. 31).



Рис. 31.

Техника выполнения приема «поколачивание»

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРИЕМЫ

ПОГЛАЖИВАНИЕ-РАСТИРАНИЕ

Потира́ние — представляет собой сдвигание, но совершаемое в быстром темпе при возвратно-поступательных движениях, в результате которых происходит проскальзывание массирующей поверхности по массируемому участку (рис. 32).



Рис. 32. Техника выполнения приема «потирание»

ПОГЛАЖИВАНИЕ-РАЗМИНАНИЕ

Поглаживание с выжиманием — в одном направлении рука выполняет прием «гребнеобразное поглаживание», в другом, при возвратном движении, — выжимание основанием кисти.

Поглаживание с ординарным разминанием — одна рука выполняет поглаживание, вторая рука по окончании ее движения — ординарное разминание.

ПОГЛАЖИВАНИЕ-ВИБРАЦИЯ

Попеременное поглаживание с потряхиванием — одна рука выполняет поглаживание, вторая рука по окончании ее движения выполняет потряхивание с продвижением в том же направлении (рис. 42).

Выжимание с вибрацией — выполняется основанием кисти, совершающей одновременно надавливание и колебательные движения вправо-влево.



Рис. 42.

Прием «попеременное поглаживание с потряхиванием»

РАСТИРАНИЕ-РАЗМИНАНИЕ

Накатывание на кулак — одна кисть в положении, среднем между пронацией и супинацией, глубоко погружается в массируемые ткани. Основной фалангой II пальца другой кисти, сжатой в кулак, захватывают кожный валик и накатывают его на ладонь другой руки, при этом локтевым краем рабочей кисти разминают подлежащие ткани (рис. 33).



Рис. 33. Прием «накатывание на кулак»

РАСТИРАНИЕ-ВИБРАЦИЯ

Подергивание — массируемые ткани захватывают I и II пальцами руки, сжимают и ритмичными движениями оттягивают вверх и отпускают, подобно подергиванию струн арфы.

Стегание — выполняются касательные удары ладонной поверхностью сомкнутых II–V пальцев в поперечном направлении под углом 20–25° к массируемой поверхности. Соприкасаясь при этом с массируемой поверхностью, руки смещают подлежащие ткани.

Строгание — выполняются касательные удары ладонной поверхностью сомкнутых II–V пальцев в продольном направлении под углом 20–25° к массируемой поверхности. Соприкасаясь при этом с массируемой поверхностью, руки смещают подлежащие ткани.

РАЗМИНАНИЕ-ВИБРАЦИЯ

Валяние — массируемые ткани подвергаются сжиманию и перетиранию вытянутыми, установленными параллельно ладонями рук, движущихся в противоположных направлениях (рис. 34).



Рис. 34. Прием «ВАЛЯНИЕ»

КРИТЕРИИ ДОЗИРОВАНИЯ МАССАЖНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

1. При решении вопроса о выборе адекватного состоянию пациента и необходимого для предполагаемого лечения набора массажных приемов из арсенала классической техники массажа, необходимо определить, на какие структуры человеческого тела планируется оказать воздействие. Условно мягкие ткани можно подразделить на два уровня: поверхностный (эпидермис, дерма, капиллярное русло) и глубокий (мышцы, сухожилия, магистральные сосуды). Для воздействия на структуры поверхностного уровня предназначены приемы поглаживания и растирания, на глубокий уровень — разминания и вибрации. При этом основными для воздействия на дермальный слой являются приемы поглаживания, вспомогательными — приемы растирания, при необходимости они также могут быть опосредованно через кожу воздействовать на область периоста (надкостницы), не покрытую мышечным слоем. Для воздействия непосредственно на мышечный слой основными являются приемы разминания, а вспомогательными — приемы вибрации, способные оказывать влияние, в том числе и на структуры внутренних органов (печень, кишечник и др.).
2. От структур, на которые возможно произвести воздействие той или иной группой приемов массажа, зависит направление, придаваемое массажным манипуляциям, а соответственно и ожидаемый эффект.

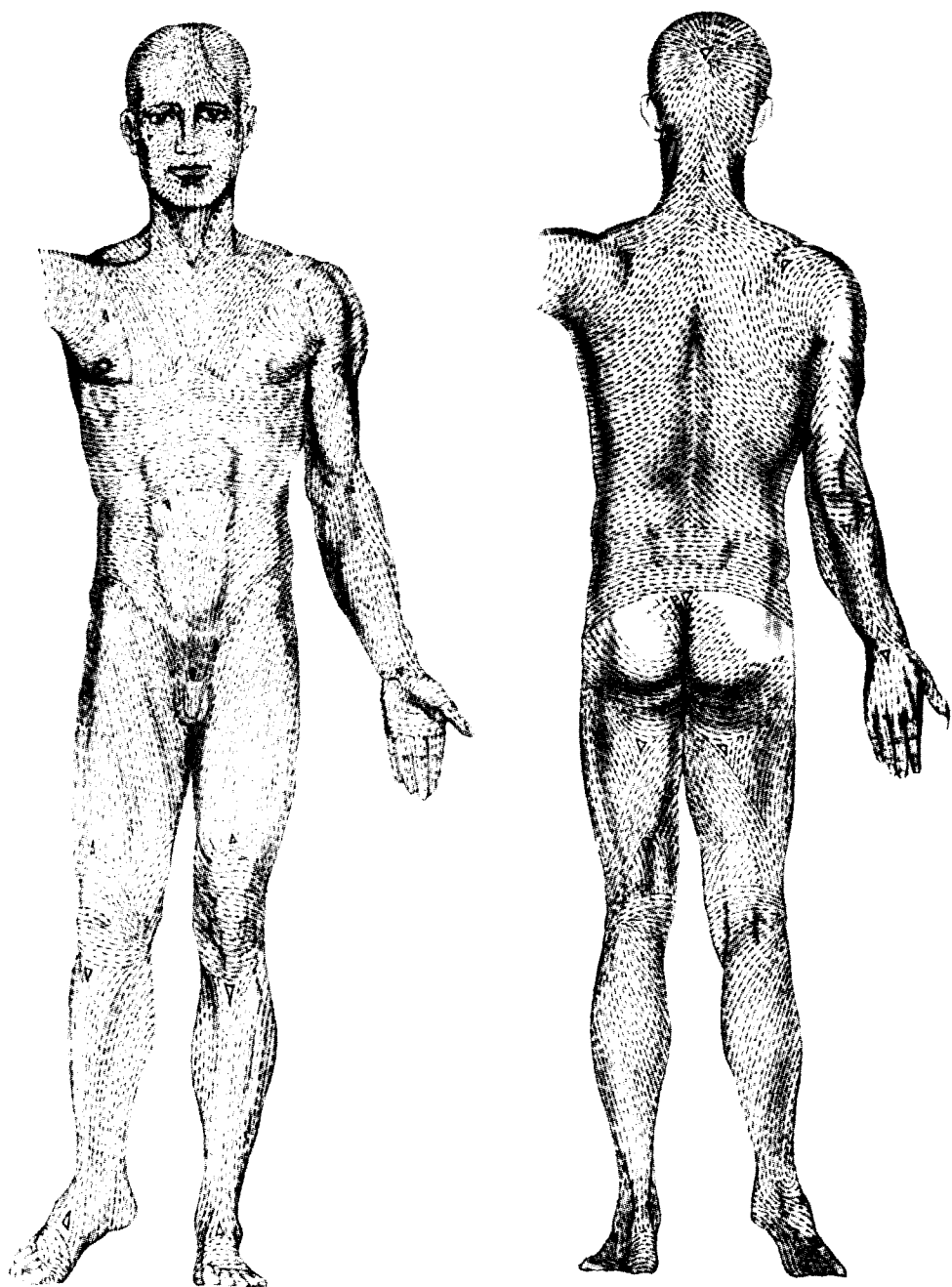


Рис. 35. Линии Лангера

На уровне поверхностного слоя кожи не существует формаций, структурированных по направлению, за исключением волос. Перемещение «против шерсти» опрокидывает волосяную луковицу и вызывает возбуждение многочисленных сенсорных рецепторов, расположенных вне волоса. Кроме того, происходит возбуждение мышц выпрямителя волоса, поэтому на конечностях легкое поглаживание, осуществляемое в центростремительном направлении (от периферии к центру), расценивается как возбуждающее. Напротив, центробежное (от центра к периферии) поглаживание приглаживает волосы и вследствие этого имеет успокаивающее (седативное) действие.

При растяжении кожи происходит переориентация коллагеновых и эластических волокон вдоль линии действия нагрузки. Таким образом, на уровне дермы массажные воздействия возможно производить в зависимости от существующих линий натяжения кожи — линий Лангера (рис. 35). При этом для увеличения подвижности кожных покровов растирающие массажные манипуляции обычно осуществляются перпендикулярно, тангенциально или слегка дугообразно по отношению к этим линиям.

Для воздействия на кровеносные и лимфатические сосуды, располагающиеся в подкожной клетчатке или мышцах, содействие обратному току крови (венозной) предполагает центростремительное усилие (рис. 36). В этом случае имеет место опорожнение интерстициальных пространств, «забитых» экссудатом. Для этих целей рекомендуется использовать обычно приемы разминания, которые помогают системе кровообращения, и в этом случае более предпочтительными являются манипуляции продольного характера (типа выжимания).

В отличие от этого, поперечные усилия вызывают растягивание мышцы и рефлекторным путем воздействуют на ее сокращаемость (миостатический рефлекс). Растягивание мышцы, вызываемое вмешательством в направлении, поперечном направлению волокон мышцы, приводит к ее сокращению, окончание вмешательства характеризуется мышечным расслаблением. Кроме того, чередование фаз сокращения и расслабления также значительно повышает объем крови в мышце.

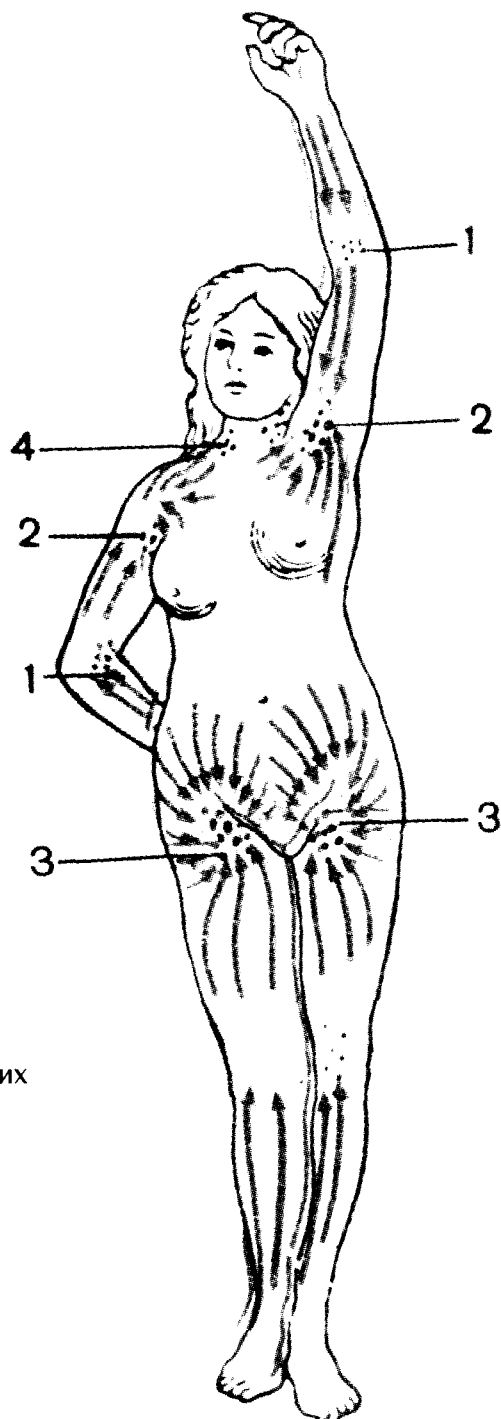


Рисунок 36.

Схематическое расположение
основных групп лимфатических
узлов и направление путей
оттока лимфы.

1 — локтевые узлы;

2 — подмышечные узлы;

3 — паховые узлы;

4 — шейные узлы

В зависимости от решаемых задач в процессе массажного воздействия выбор приемов и направления движений может варьировать. Однако следует помнить, что в классической технике массажа ведущим приемом является разминание.

3. Физиологический эффект, достигаемый массажем, определяется не только характером используемых приемов, но и интенсивностью воздействия, вызывая при этом соответствующие генерализованные физиологические ответы структур нейрорецепторного аппарата.

Сочетание скорости исполнения массажного приема и силы прилагаемого усилия при строгом методологическом анализе позволяет различить несколько возможных способов:

- Легкие и быстрые манипуляции являются тонизирующими, повышая мышечный тонус;
- Легкие и медленные манипуляции успокаивают и могут способствовать дренированию жидкостей (кровь, лимфа);
- Сильные и медленные манипуляции могут являться расслабляющими и болеутоляющими;
- Сильные и быстрые манипуляции, по сути, могут иметь тонизирующий характер, но очень легко могут стать травмирующими, в связи с чем большое значение приобретает длительность воздействия (массаж с такой интенсивностью должен быть кратковременным).

Так, при быстром темпе с приемами, выполняемыми прерывисто и без большого усилия, достигается общее раздражение, повышение бдительности, возбуждение локомоторного аппарата, чувство «обладания своими членами» («стимулирующая эйфория»).

При медленном темпе, который, например, может быть обеспечен инертностью веса собственного тела массажиста, с непрерывными манипуляциями, медленными и мощными, мобилизующими подлежащие

ткани, происходит подавление бдительности, торможение активности, общее расслабление мускулатуры с понижением ее тонуса.

На практике всегда легче добиться полного расслабления, чем общего тонизирования мускулатуры. В обоих случаях стимулирование или расслабление дает ощущение хорошего самочувствия, с нотой бодрящего энтузиазма или, напротив, покоя и отдыха.

4. Время, затрачиваемое на выполнение конкретной массажной манипуляции, также является важным фактором всей процедуры массажа, так как подразумевает акцент на тот или иной уровень (структуры) воздействия в определенном направлении. При этом длительное воздействие вызывает преимущественно седативный, расслабляющий эффект, а кратковременное — наоборот, тонизирующий, возбуждающий.

Таким образом, условно можно выделить два основных варианта массажного воздействия, характерные для дифференцированного подхода к массажной процедуре/сеансу:

- *Тонизирующая методика.* Массажные приемы выполняются в быстром темпе, прерывисто, с малой силой давления. Направление массажных движений преимущественно поперечно к ходу мышечных волокон, с малой амплитудой. Время воздействия на отдельную мышечную группу не должно превышать 3–5 минут.
 - *Седативная методика.* Массажные движения выполняются в продольном направлении с большой амплитудой (приемы «смещение», «потряхивание» и т.п.). Темп выполнения медленный, непрерывный, однако усилие должно быть умеренным. Время массажного воздействия на одну область составляет от 10 минут и более.
5. Немаловажное значение при составлении конкретных массажных методик отводится планируемой области (зоне) воздействия. Как известно, использование классической техники массажа подразумевает преимущественно локальное воздействие на обрабатываемые

ткани. Но даже локальный (местный) массаж способен оказывать общее (генерализованное) влияние на организм пациента, начиная с того момента, как он захватывает определенную площадь — рефлексогенную зону (воротниковая, пояснично-крестцовая). Кроме того, необходимо помнить: для того чтобы быть более эффективным, в особенности при патологии опорно-двигательной системы, массаж должен охватывать всю конечность, включая и зону ее присоединения к туловищу, или все туловище (например, при массаже верхней конечности — область надплечья, при массаже нижней конечности — ягодичную область), то есть целую кинематическую цепь.

ОФОРМЛЕНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ МАССАЖНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Любое терапевтическое воздействие, и массаж в данном случае не исключение, всегда начинается с его врачебного назначения. Предписывается как качественно, так и количественно, а полученные результаты контролируются врачом, прописавшим его.

Оформление назначения массажного воздействия, помимо формальной паспортной части (Ф.И.О. больного, его пол, возраст, расширенный клинический и функциональный диагнозы), включает в себя цели и задачи, преследуемые назначением данного воздействия, область, регион или структуру тела, подлежащие массажу, длительность отдельной процедуры и количество процедур, составляющих курсовое воздействие, а кроме того, набор приемов с процентным соотношением каждого из них, определяющим акценты массажного воздействия, силу, темп и ритм, другими словами, интенсивность прилагаемого усилия.

Таким образом, формируется алгоритм терапевтического процесса, который можно разделить на 3 этапа:

- Решение о терапевтическом действии (исходя из диагноза, поставленного после медицинского обследования);
- Выбор методики проведения вмешательства, в зависимости от поставленной цели и задач;
- Технологический выбор манипуляций в соответствии с избранной методикой.

Цели и задачи могут быть общими для многих заболеваний и в то же время специфическими для каждого заболевания в отдельности. Тем не менее именно они формируют выбор необходимой методики массажа (тонизирование или седатирование).

В избранной массажной методике основное значение для дозирования имеют характеристики интенсивности: сила, темп, ритм, время, область (площадь) массажа (табл. 10).

ТАБЛИЦА 10.
ОБОЗНАЧЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК
ИНТЕНСИВНОСТИ МАССАЖНОГО
ВОЗДЕЙСТВИЯ

Сила (F)	Слабо Средне Сильно
Темп (v)	Быстро Умеренно Медленно
Ритм (α)	Непрерывный Прерывистый
Площадь (S)	Точка Зона Регион Общий

Время (t)*	До 0,5 МЕ
	До 1,5 МЕ
	До 3 МЕ
	Более 3 МЕ

Примечание:

*) 1 МЕ (массажная единица) соответствует 10 минутам работы.

При необходимости может быть ориентировочно рассчитан показатель интенсивности (ПИ) массажного воздействия в условных единицах в зависимости от вышеперечисленных характеристик и записан в виде следующей математической формулы:

$$\text{ПИ} = (\sum k F \alpha v) * (S / t) / M$$

где

ПИ — показатель интенсивности;

F — сила мануального воздействия;

k — коэффициент участия мануального приема;

v — темп мануального воздействия;

α — ритм мануального воздействия;

t — время мануального воздействия;

S — область (площадь) мануального воздействия;

M — составная часть мануального воздействия
(прием — 100, процедура — 10, курс — 1).

Пример: прием — поверхностное плоскостное поглаживание, выполняемое непрерывно в медленном темпе на области передней поверхности бедра в течение 10 минут.

$$\text{ПИ} = k F \alpha v * (S / t) / M$$

$$\text{ПИ} = (100 * 1 * 10 * 1) * (3 / 2) / 100 = 15$$

Процедура — классическая техника массажа, включающая приемы поглаживания (25%) медленно, непрерывно; приемы растирания (15%) умеренно, прерывисто; приемы разминания (50%) медленно, непрерывно; приемы вибрации (10%) быстро, прерывисто на области всего тела (общее воздействие), в течение 40 минут.

$$\text{ПИ} = (\sum kF_{av}) * (S / t) / M$$

$$\text{ПИ} = (25 * 1 * 10 * 1 + 15 * 2 * 1 * (-1) + 50 * 3 * 10 * 1 + 10 * 4 * 0,1 * (-1)) * (4 / 4) / 10 = 171,6$$

Курс — сумма ПИ процедур (1 ... 10 и т.д.).

$$\text{КПИ} = \sum \text{ПИ}_n,$$

где КПИ — курсовой показатель интенсивности.

Количество массажных процедур на курс, как правило, 10–15, в редких случаях до 20. Курс массажа обычно следует повторять не раньше чем через 1–1,5 месяца.

При назначении массажного воздействия в обязательном порядке освещаются методические особенности самой процедуры/сеанса массажа, а именно, исходное положение массируемого, используемые дополнительные средства (кремы, массажные растирки, инструменты и др.), специальные приемы (пассивные движения, приемы постизометрической релаксации и др.).

Таким образом, при оформлении назначения любого массажного воздействия следует детально описывать методику воздействия с использованием вышеперечисленных характеристик, тем самым строго регламентируя дозирование как отдельного приема, так и процедуры и всего курса в целом в ожидании конкретного предполагаемого эффекта. Наглядно пример возможности дозирования массажного воздействия при оформлении процедурной карты приведен на рис. 37.

Ф.И.О. _____	Пол _____	№ альб _____	
Возраст _____	Диагноз _____		
МАССАЖ			
Методика			

Наименование процедуры	Область воздействия	Приемы (%)	Сила/Ритм/Темп (Частота)	Время (У.Е.)	Код (№)
		П			
		Рс			
		РЗ			
		В			


МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ Исходное положение пациента Используемые дополнительные средства Специальные приемы	
--	--

Рисунок 37. Процедура карта

КОМБИНИРОВАНИЕ МАССАЖА С ДРУГИМИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕДУРАМИ

В зависимости от характера, формы и стадии патологического процесса, а также поставленных целей и решаемых терапевтических задач массаж комбинируют с физиотерапевтическими процедурами в различной последовательности.

Чаще всего массаж применяется до *физических упражнений* с целью подготовки к предстоящей нагрузке двигательного аппарата, но в ряде случаев также после физических упражнений и в процессе их выполнения. При этом методики массажа различны. Если до гимнастики рационально проводить дифференцированное воздействие на различные мышечные группы, тонизируя одни и седатируя другие, то после нее оказывается недифференцированное воздействие, в большей степени седатирующего характера, направленное на восстановление и нормализацию мышечного тонуса.

При необходимости вначале применяют *тепловые процедуры* (солюкс, парафин, лечебная грязь и др.), а затем сразу же приступают к массажу прогретой части тела. При имеющихся сосудистых расстройствах (отеке тканей и т.п.) массаж, наоборот, должен предшествовать тепловым процедурам во избежание возможной травматизации поверхностных сосудов.

Массаж и *электрофорез* лекарственных веществ лучше применять в разные дни. Если же их проводят в один день, то участки области расположения электродов массировать не рекомендуется.

Массаж должен предшествовать *фонофорезу* лекарств и *ультразвуку*. Эффективность воздействия диадинамическими и синусоидальными модулированными токами повышается, если этим процедурам предшествует седативная методика массажа в виде поглаживания и глубокого продольного разминания. Такие комбинации предпочтительны при наличии болевого синдрома.

После *электростимуляции* весьма полезен восстановительный массаж по тонизирующей методике или, по необходимости, по дифференцированной методике, включающей как тонизирующее, так и седативное воздействие на различные области, а при использовании одновременно занятий лечебной гимнастикой и процедур *электростимуляции* массаж выполняется между ними по единой седативной методике.

Массаж с методами *высокочастотной электротерапии* чаще чередуют по дням. В один день их лучше назначать на разные области или, при необходимости, оказать воздействие на один и тот же участок массаж проводится через 2–3 часов после высокочастотной электротерапии.

Массаж можно применять в один день с общими *ультрафиолетовыми* и *солнечными облучениями* до приема этих процедур; после облучений массаж не показан.

Различные *ванны*, пресные и минеральные, можно применять в один день с массажем. Однако массаж следует назначать за 30 минут и более до бальнеотерапии или спустя 1–2 часа после нее.

В системе *закаливающих мероприятий* массажу также принадлежит большая роль. Его применяют в виде кратковременных процедур для борьбы с переохлаждением. При проведении контрастных методов закаливания все холодовые процедуры рекомендуется заканчивать массажем или самомассажем с применением приемов седативной методики, а тепловые процедуры — с использованием манипуляций в режиме тонизирующего воздействия.

Массаж (самомассаж) часто комбинируют с сауной или баней. Делают его сразу после выхода из парного отделения. После массажа рекомендуется принять теплый душ.

ЧАСТНЫЕ МЕТОДИКИ МАССАЖА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГО- ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Методика и техника массажа определяются клиническими проявлениями заболевания, локализацией патологического процесса, возрастом больного и рядом других факторов.

МАССАЖ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

В процессе восстановительных мероприятий, как при консервативном, так и при оперативном лечении травм опорно-двигательного аппарата (ОДА) классическая техника массажа применяется преимущественно в фазе течения репаративных процессов, характеризующейся рубцеванием поврежденных мягких тканей и началом консолидации костных отломков после перелома. В остром периоде (ближайшие сроки после травмы) при наличии отека тканей, болевого напряжения мышц показания к применению такого массажа весьма ограничены, так как дополнительное механическое раздражение массажными приемами может повести к усилению реактивных явлений и дополнительной травматизации тканей.

Тем не менее для улучшения кровообращения поврежденной конечности могут использоваться несколько методик:

- Массаж рефлекторной зоны (при травмах верхних конечностей — массаж воротниковой зоны, при травмах нижних конечностей — пояснично-крестцовой зоны);
- Массаж контралатеральной конечности (при травмах правой конечности массируют левую и наоборот);
- Массаж проксимальных участков поврежденной конечности («отсасывающая» методика).

В более поздние сроки для улучшения кровообращения в глубоких венах конечности может быть применено также легкое разминание мышц вне очага повреждений, выполняемое в продольном направлении.

При лечении переломов скелетным вытяжением интенсивный массаж, повышающий тонус мышц конечности, нецелесообразен, показано лишь применение приемов, улучшающих кровообращение (поглаживание, легкое продольное разминание типа «выжимание»).

В случае замедленной консолидации для стимуляции образования костной мозоли местно (над областью травмы) может быть использован прием «поколачивание» (рукой и с помощью специально приспособленного молоточка (по Турнеру)). Однако при внутрисуставных переломах механическое воздействие массажными приемами на сустав в процессе консолидации отломков может вызвать усиление мозолеобразования с гиперпродукцией костной ткани и усиление периартикулярной оссификации мягких тканей, что затруднит последующее восстановление движений. В особенности при внутрисуставных переломах костей, образующих локтевой сустав, массаж в ранние сроки после травмы противопоказан в связи с частым развитием периартикулярной оссификации мягких тканей и с крайней осторожностью применяется (вне сустава) в более поздние сроки. При резко выраженном отеке мягких тканей после вывиха в локтевом суставе допустим легкий «отсасывающий» массаж надплечья и верхней трети плеча.

Следует также помнить, что при травматических поражениях массаж должен применяться в более поздние сроки, чем лечение физическими упражнениями.

В любом случае после прекращения иммобилизации пораженной конечности, на ранних этапах восстановительного лечения классическая техника массажа выполняется по единой (недифференцированной) седативной методике, преследуя такие цели, как снижение болезненности и рефлекторного напряжения мышц, улучшение условия оттока венозной крови и лимфы, улучшение трофики тканей.

По мере восстановления функции травмированной конечности приступают к выполнению дифференцированных методик массажа, сочетающих как седативное, так и тонизирующее воздействие на разные области и мышечные группы, направленных на регуляцию прежде всего мышечного тонуса.

При оперативной тактике лечения массаж начинают после снятия швов, исключая область послеоперационного рубца.

Имеются определенные особенности в проведении методик с использованием классической техники массажа при различных по характеру и локализации повреждениях опорно-двигательного аппарата.

МАССАЖ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА И ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

При *травматических вывихах плеча* в случаях выбора консервативной тактики лечения массаж начинают через 2–3 недели после травмы. Процедуру проводят в положении пациента сидя, не снимая отводящей шины. Вначале выполняют приемы поглаживания и растирания области надплечья и дельтовидной мышцы.

Показанием к раннему применению массажа уже в период иммобилизации является *повреждение плечевого сплетения*, нередко сопровождающее травматический вывих плеча. Методика построения процедуры массажа при этом дополняется вибрацией паравертебральных точек уровня C2–D3, по ходу плечевого сплетения и мест прикрепления дельтовидной мышцы, так как чаще других страдает функция подкрыльцового нерва. При более обширном поражении плечевого сплетения

производят вибрацию по ходу основных нервных стволов травмированной руки, точек выхода (поверхностного расположения) периферических нервов, а при появлении признаков восстановления их функции — мест прикрепления мышц сухожилий и двигательных точек мышц дистальных отделов руки, иннервацию которых они осуществляют.

В раннем постиммобилизационном периоде процедуру массажа проводят в положении пациента сидя с опорой больной руки на массажный столик. Массажист помещает ладонь в подмышечную впадину пациента (рис. 38). В ходе первых процедур массажист поддерживает



Рис. 38. Проработка области плеча

рукой головку плечевой кости. Акцент делают на мышцы, обеспечивающие стабилизацию головки плечевой кости — надостную, подостную, малую круглую, двуглавую мышцу плеча (длинную головку). При массаже пояса верхних конечностей выполняют вибрацию и пассивные повороты лопатки, после чего приподнимают ее вверх и назад, а затем проводят глубокое растирание позвоночного края лопатки.

При оперативном лечении посттравматической нестабильности плечевого сустава массаж начинается в позднем послеоперационном периоде. Процедура проводится в положении пациента сидя, полусогнутая оперированная рука укладывается на массажный столик с несколько большей, чем обычно, внутренней ротационной установкой. Первые сеансы массажист выполняет, поместив одну руку в подмышечную впадину пациента и снизу поддерживая головку плечевой кости. Используются все основные массажные приемы (поглаживание, растирание, разминание и вибрация). Исключаются пассивные движения и типичные исходные положения для растирания капсулы сустава, например, закладывание пораженной руки за спину. Вообще растирать капсулу сустава в этом периоде не следует.

В середине курса массажа процедуру заканчивают пассивной мобилизацией и вибрацией лопатки. Для этого массажист встает позади пациента, одной рукой захватывает нижний угол лопатки, а другой — надплечье. Верхняя рука производит легкий накат лопатки на нижнюю руку. В это время она слегка приподнимает вверх отошедший от грудной клетки угол лопатки и выполняет небольшие возвратно-поступательные движения по касательной (рис. 39). При недостаточной релаксации мышц в положении сидя эту манипуляцию можно проводить в положении пациента лежа на животе с помещенной под грудь большой подушкой, полусогнутую пораженную руку кладут под таз (рис. 40). В некоторых случаях удастся столь эффективно мобилизовать лопатку, что возможно не только растирание позвоночного края лопатки, но и массаж ее вентральной поверхности (разминание подлопаточной мышцы).



Рис. 39. Проработка мышц лопатки

После перелома диафиза плечевой кости в стадии консолидации отломков (через 2–2,5 месяца после травмы) производится массаж надплечья, легкий массаж, тонизирующий мышцы плеча (растирание, разминание). Весьма желательно проведение массажа суставов (плечевого, локтевого) после длительной иммобилизации по поводу диафизарных переломов костей конечностей.

При выборе оперативной тактики лечения массаж начинается после снятия швов, вначале с использованием недифференцированной седативной методики и в дальнейшем переходя к дифференцированному



Рис. 40. Проработка мышц лопатки

воздействию (над областью суставов и переартикулярных мышц — седативное воздействие, над областью перелома — тонизирующее).

Особенно показан массаж при сопутствующей перелому плеча *травме лучевого нерва* — применяется прием вибрации в области задней поверхности плеча, в области головки лучевой кости, по ходу лучевого нерва, а также массаж тыльной поверхности предплечья.

Как упоминалось ранее, классическая техника массажа в форме локального воздействия при повреждениях локтевого сустава не используется.

При *переломе лучевой кости* в «типичном месте» массаж показан по окончании периода иммобилизации руки (через 6–8 недель после перелома) — первое время небольшой интенсивности, сначала проксимальнее места повреждения и затем в районе повреждения. Используются приемы поглаживания, растирания, легкого продольного разминания мышц предплечья. В случаях развития после перелома лучевой кости в нижней трети *трофо-невротического синдрома* (стойкий отек, остеопороз, болевые ощущения, ограничение движений в суставах пальцев и др.) массаж должен производиться осторожно, без большого давления на ткани, вначале только проксимальнее пораженного отдела конечности (преимущественно поглаживание, поверхностное растирание), а затем в области плеча, предплечья и кисти («отсасывающая» методика), в сочетании с теплой водяной ванной и физическими упражнениями. Категорически запрещается вызывать болезненные ощущения.

После *переломов пястных костей, фаланг пальцев, повреждения сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев* на поздних этапах реабилитации применяют дифференцированную методику массажа всей верхней конечности, с акцентом на мышцы предплечья и кисти (тонизирующего характера на мышцы разгибатели кисти и пальцев и седатизирующего — на сгибатели).

МАССАЖ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА

Массаж при *компрессионных переломах позвоночника* применяется начиная с момента, когда больному разрешаются повороты на живот. Вначале используется единая седативная методика, а когда пациент переходит к выполнению упражнений лечебной гимнастики в коленно-локтевом исходном положении (конец 1 — начало 2 месяца после травмы) — тонизирующая.

Производится массаж мышц спины (разгибателей туловища, трапециевидной и широчайшей мышц), а у лиц пожилого возраста — и мышц нижних конечностей. Ладонной и тыльной поверхностью кистей левой и правой рук поглаживают мышцы, расположенные вдоль

позвоночника, производят их растирание приемом «пиление» и выполняют поперечное разминание. При массаже трапецевидных и широчайших мышц используют все массажные приемы. Интенсивность воздействия вначале небольшая, прием «поколачивание» применяется лишь на поздних сроках после перелома (позвоночник при этом не затрагивается).

МАССАЖ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

При переломах шейки бедра в процессе консервативного лечения на этапе иммобилизации конечности (шина Белера, вытяжение) или после оперативного вмешательства (эндопротезирование головки бедра, металлоостеосинтез) показан массаж ягодичных мышц, мышц бедра (особенно передней поверхности), области коленного сустава, мышц голени и с целью подготовки к нагрузке — основных антигравитарных мышц неповрежденной ноги (ягодичной, четырехглавой, икроножной мышц).

При переломах диафиза бедренной кости массаж может быть начат через 3–4 недели после травмы, в период образования первичной спайки между отломками, и проводится в процессе скелетного вытяжения. Применять массаж, приводящий к повышению тонуса мышц, на более раннем этапе лечения больных с переломами диафиза бедра (при наличии выраженных реактивных явлений, в период репозиции отломков путем вытяжения) нецелесообразно.

При замедленной консолидации перелома бедра показано поколачивание в области перелома концами разведенных пальцев или с помощью специальных молоточков.

После прекращения иммобилизации в случае *выраженного отека тканей* производят массаж, улучшающий отток венозной крови и лимфоотток — поглаживание и продольное разминание (выжимание) в области проксимального отдела бедра, массаж области тазового пояса (ягодичные мышцы).

На *этапе восстановления движений в коленном суставе* производят массаж самого сустава (поглаживание, растирание), массаж, снижаю-

ший тонус контрагированных мышц бедра (четырёхглавой, икроножной) и улучшающий их трофику с помощью приемов поглаживания и энергичного растирания, продольного и поперечного разминания, потряхивания.

При *травмах коленного сустава* (внутрисуставные переломы, повреждения хрящевых структур и связочного аппарата) область его в ближайшие сроки после повреждения не массируют, однако с 10–12 дня массажу подвергается область бедра (периартикулярные мышцы). В отдаленные сроки (через 3–4 недели после травмы или оперативного вмешательства) может быть применен массаж области надколенника, боковых поверхностей сустава, а также массаж вдоль суставной щели с использованием приемов поглаживания, растирания.

Переломы костей голени (диафиза берцовых костей, заднего края большеберцовой кости, лодыжек) обычно сопровождаются длительно сохраняющимся отеком тканей. При повреждениях данной локализации применяется «отсасывающая» методика массажа бедра и длительно проводится массаж голени — используются поглаживание (особенно внутренне-задней поверхности голени) и легкое продольное разминание мышц (выжимание).

При лечении *контрактур суставов различной локализации* в процессе восстановления амплитуды движений наиболее рационален следующий порядок применения восстановительных мероприятий в фазе консолидации костных отломков: теплая ванна или парафино- и озокеритолечение, массаж, физические упражнения, лечение положением.

МАССАЖ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ДЕФОРМАЦИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Методики массажа при деформациях опорно-двигательного аппарата врожденной, паралитической и статической этиологии, деформациях, развивающихся на почве дегенеративных процессов в суставах, а также заболеваниях системного характера имеют определенные особенности.

МАССАЖ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

У больных с врожденными деформациями массаж применяется как в процессе консервативной терапии, так и при хирургической тактике лечения. При консервативном функциональном лечении *врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста* (с помощью шины ЦИТО, гипсовой повязки-кроватьки и др.) показан по окончании применения шины курс массажа с акцентом на ягодичные мышцы и мышцы бедра с целью поддержания мышечного равновесия и лучшей стабилизации тазобедренного сустава. Как правило, с использованием методики тонизирующего характера.

При хирургическом лечении детей с врожденным вывихом бедра, болезнью Пертеса (деторсионно-варизирующая остеотомия бедренной кости, остеотомия таза и др.) массаж показан после прекращения иммобилизации оперированной конечности, начиная со второго месяца после операции, периодическими курсами на протяжении года. С целью повышения тонуса мышц, участвующих в поддержании общего баланса тела, и подготовки нижних конечностей к выполнению опорной функции производят массаж мышц тазового пояса, бедра и мышц живота, используя главным образом тонизирующие приемы разминания, различные способы ударной вибрации. Не следует забывать, что у детей до 3 лет проводится общий массаж в сочетании с упражнениями лечебной гимнастики.

При врожденной мышечной кривошее в процессе консервативного лечения детей грудного возраста (1–2 месяца) показан массаж шеи на стороне поражения с помощью приемов поглаживания и растирания, способствующих рассасыванию образовавшейся ретростеральной гематомы. В более поздние сроки производят массаж грудино-ключично-сосцевидной мышцы и верхней порции трапецевидной мышцы на непораженной стороне (преимущественно тонизирующего характера) и массаж грудино-ключично-сосцевидной мышцы и мышц лица на стороне поражения для улучшения питания костей лицевой части черепа и более симметричного их роста. При этом используются приемы седативного воздействия, включая и интенсивное разминание.

В случае хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи через 1,5–2 месяца после операции пересечения ножек грудино-ключично-сосцевидной мышцы приступают к массажу мышц шеи: производят легкое поглаживание и вибрацию на стороне поражения с целью расслабления мышц шеи, массаж грудино-ключично-сосцевидной мышцы и верхней части трапециевидной мышцы на противоположной стороне с целью их тонизации (поглаживание, растирание, разминание), массаж лица на стороне поражения и массаж мышц спины при наличии компенсаторного сколиоза (асимметричного дефекта осанки).

При врожденном сколиозе в системе комплексного лечения периодически — 2–3 раза в год — курсами по 10–15 процедур проводят массаж преимущественно мышц разгибателей туловища (мышц, расположенных паравертебрально, симметрично справа и слева от позвоночника), а также других мышц спины с использованием всех массажных приемов для улучшения трофики мягких тканей и поддержания создавшейся компенсации в форме недифференцированной седативной методики.

Ввиду биомеханической сложности и неоднородности сколиотической деформации позвоночника рационально условно различать массажное воздействие со стороны выпуклости и со стороны вогнутости искривленной дуги позвоночника. Так, при асимметричном дефекте осанки и I степени диспластического сколиоза (идиопатический юношеский сколиоз) седативная методика выполняется со стороны вогнутости, а тонизирующая — со стороны выпуклости деформации. При сколиотической деформации позвоночника II степени показан массаж мышц спины и живота с более интенсивным тонизирующим воздействием на вогнутой стороне искривления и седативным — на выпуклой. При III–IV степенях используется симметричный массаж (одинаковой интенсивности справа и слева) в форме недифференцированной методики седативного или тонизирующего характера (в зависимости от функционального состояния мышечного корсета).

Следует отметить, что у пациентов зрелого возраста с диспластическим сколиозом массаж выполняется также симметрично, но с приемами седативного характера, в особенности на паравертебральных зонах, так

как основной жалобой у них является не косметический дефект, а болевой синдром. При массаже стороны как вогнутости, так и выпуклости искривленной дуги позвоночника рекомендуется активно использовать приемы растирания, включающие смещение подкожной клетчатки для профилактики развития рефлекторных зон напряжения.

В ряде случаев при значительном снижении силы и выносливости мышечных групп спины на первых процедурах более правильно использовать недифференцированную седативную методику массажа, впоследствии постепенно переходя к дифференцированному воздействию.

МАССАЖ ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ

Больным *сколиозом паралитической этиологии* (возникновение которого чаще связано с поражением мышц живота) назначают строго избирательный массаж пораженных мышц спины и живота, более интенсивный (тонизирующий) — на выпуклой стороне искривления.

При паралитических деформациях конечностей (вялых параличах) на почве перенесенного полиомиелита (в восстановительном и резидуальном периодах) показан строго избирательный массаж парализованных мышц — поглаживание, глубокое растирание, разминание, легкое поколачивание (концами разведенных полусогнутых пальцев) тонизирующего характера. Интенсивность воздействия должна регулироваться в соответствии с глубиной поражения мышц. При наличии контрактур и деформаций суставов производят массаж, способствующий расслаблению укороченных мышц (седативная методика), а также массаж сустава — связочного аппарата, суставной сумки (с использованием приемов поглаживания и растирания).

При послеродовых («акушерских») разрывах, возникающих в результате травматизации плечевого сплетения, выполняется массаж пораженных мышц, а именно обычно ослабленных мышц, расположенных на задней поверхности лопатки (подостной, малой круглой мышц), дельтовидной мышцы, трехглавой мышцы плеча, супинаторов предплечья, мышц разгибателей кисти и мелких мышц кисти. Область воздействия массажными приемами зависит от того, какой отдел ока-

зывается преимущественно пораженным — проксимальная часть верхней конечности и плечевой пояс (тип поражения Эрба — Дюшена) или предплечье и кисть (тип поражения Клюбке — Дежерина). Помимо приемов поглаживания, глубокого растирания, разминания, применяется ручная вибрация (поколачивание) по ходу нервных стволов и в точках их наиболее поверхностного расположения (задняя поверхность плеча, область головки лучевой кости, тыльная поверхность предплечья).

При детском церебральном параличе и травмах спинного мозга (спастической форме) массаж также должен носить дифференцированный характер и проводиться в соответствии с клинической картиной заболевания и локализацией параличей. Применяется легкое поверхностное поглаживание спастически напряженных мышц и более интенсивный массаж (поглаживание, разминание) мышц с пониженным тонусом. *Больным с церебральными парезами* массаж производят осторожно, теплыми руками, медленно, строго соблюдая общие методические требования (правильное положение туловища и конечностей больного). Массаж, направленный на расслабление мышц, должен тесно сочетаться с лечебной гимнастикой предшествовать выполнению физических упражнений.

МАССАЖ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

При деформациях вследствие хронического дегенеративного процесса в суставах и позвоночнике показания к массажу особенно широки. В разные фазы развития *коксартроза* целью массажа является улучшение кровообращения и питания тканей в области тазобедренного сустава, улучшение функционального состояния мышц, окружающих сустав. При болезненном напряжении мышц бедра применяются приемы, способствующие расслаблению приводящих мышц бедра, сгибателей и разгибателей коленного сустава (поглаживание, поглаживание в сочетании с лабильной вибрацией). Для улучшения устойчивости в тазобедренном суставе, повышения тонуса мышц после купирования болезненности производится массаж ягодичных мышц и мышц бедра с

широким использованием приема разминания (в том числе с отягощением рукой) и прерывистой вибрации с акцентом на средней ягодичной мышце. Аналогичная методика используется при *гонартрозе*, но с акцентом на внутренней головке четырехглавой мышцы бедра.

При дискогенном (рефлекторном) болевом синдроме на почве межпозвонкового остеохондроза массаж должен проводиться в два этапа. При выраженных болях и напряжении мышц спины целью его является расслабление мышц (производится поглаживание, энергичное растирание, лабильная вибрация паравертебральных мышц). После снижения болевых ощущений с целью повышения стабильности позвоночника применяется более интенсивный массаж, преимущественно включающий приемы разминания в сочетании с поглаживанием.

При рефлекторных и миоадаптивных (постуральных) синдромах остеохондроза позвоночника, массаж, как правило, сочетается с постизометрической релаксацией.

В стадии обострения *при компрессионных синдромах остеохондроза* массируется только свободная конечность, при этом область шеи или поясницы исключается, так как массажное воздействие в этих зонах может привести к затруднению венозного оттока и тем самым еще более усугубить состояние пациента.

ПРИМЕРЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ МЕТОДИК МАССАЖА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Целью всех массажных мероприятий при коррекции функциональных нарушений структур ОДА является регуляция мышечного тонуса, в то время как задачи, исходные положения, план процедуры, курса имеют свои характерные особенности в зависимости от формы функциональных нарушений.

МАССАЖ ПРИ КИФОТИЧЕСКОЙ ОСАНКЕ

Задачи

1. Снизить тонус мышц передней поверхности грудной клетки;
2. Повысить тонус мышц межлопаточной области.

Исходные положения пациента

1. Лежа на спине, под коленными суставами валик;
2. Лежа на животе, под голеностопными суставами валик.

План процедуры

1. Массаж передней поверхности грудной клетки;
2. Массаж задней поверхности шеи;
3. Массаж области спины.

Методические особенности техники

Акцент делается на межреберных мышцах, большой и малой грудных мышцах, передней зубчатой мышце; используются приемы поглаживания, разминания и вибрации, характерные для седативной методики. Важно при выполнении приемов разминания осуществлять смещение грудных мышц.

На задней поверхности грудной клетки массируются мышца разгибатель спины, трапециевидная мышца, мышца, поднимающая лопатку, ромбовидные мышцы. При этом используются приемы тонизирующей методики. Для проработки подлопаточной мышцы следует применять методический прием смещения лопатки.

МАССАЖ ПРИ ЛОРДОТИЧЕСКОЙ ОСАНКЕ

Задачи

1. Снизить тонус мышц поясничной области;
2. Повысить тонус мышц разгибателей бедра и мышц брюшного пресса.

Исходные положения пациента

1. Лежа на животе, под голеностопными суставами валик;
2. Лежа на спине, под коленными суставами валик.

План процедуры

1. Массаж поясничной области;
2. Массаж ягодичной области и задней поверхности бедер;
3. Массаж области живота.

Методические особенности техники

В процессе массажа детальной проработке подвергаются пояснично-подвздошная мышца, мышца разгибатель спины, квадратная мышца спины. Ведущим приемом является смещение.

Тонизирующее воздействие оказывается на большую ягодичную мышцу и целую группу мышц бедра и голени (двуглавую мышцу бедра, полусухожильную и полуперепончатую мышцы, тонкую мышцу и др.). Заканчивается массаж всегда тонизирующими приемами на прямой мышце живота. Так как при массаже области живота не рекомендуется использовать ударные приемы, то в этом случае для тонизирующего воздействия следует применять точечную вибрацию прерывистого характера.

МАССАЖ ПРИ АСИММЕТРИЧНОМ ДЕФЕКТЕ ОСАНКИ

Задачи

1. Повысить тонус ослабленных и снизить тонус напряженных мышечных групп;
2. Улучшить трофику (кровоток, обменные процессы) в сегментарно заинтересованных зонах туловища.

Исходные положения пациента

1. Лежа на животе, под голеностопными суставами валик;
2. Лежа на боку, со стороны вогнутости дуги искривления, нижняя нога выпрямлена, а верхняя согнута в коленном и тазобедренном суставах;
3. Лежа на спине, под коленными суставами валик.

План процедуры и методические особенности техники

Седативная методика выполняется со стороны вогнутости, а тонизирующая — со стороны выпуклости. Вначале массируются участки со стороны вогнутости, как первичной, так и вторичной дуги и только за-

тем участки со стороны выпуклости. Физиологический эффект методики в большей степени связан с механизмом биологической обратной связи (БОС), то есть должен стимулировать пациента напрягать окололопаточные мышцы со стороны выпуклости искривления (прижимать лопатку к грудной клетке).

Не следует в процессе массажной процедуры ограничиваться только массажем спины. Следует включать также проработку передней поверхности грудной клетки и живота, соблюдая правила дифференцированного воздействия. В исходном положении пациента лежа на боку со стороны вогнутости акцент делается на передней зубчатой мышце и межреберных мышцах со стороны выпуклости дуги.

МАССАЖ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Задачи

В зависимости от вида деформации повысить или понизить тонус основных антигравитарных мышечных групп (мышца разгибатель спины, большая ягодичная мышца, четырехглавая мышца бедра, трехглавая мышца голени и др.).

Исходные положения пациента

1. Лежа на животе, под голеностопными суставами валик;
2. Лежа на спине, под коленными суставами валик.

План процедуры

При Х-образной (вальгусной) деформации:

1. Массаж задней поверхности нижних конечностей;
2. Массаж передней поверхности нижних конечностей.

При О-образной (варусной) деформации — обратная очередность.

Методические особенности техники

Так как механизмы развития Х- и О-образных деформаций нижних конечностей различны, существуют отличия и в методике массажа

при данных функциональных нарушениях. Так, Х-образная деформация чаще сопровождается снижением мышечного тонуса, в связи с чем компенсаторно увеличивается площадь опоры. Соответственно, массаж следует проводить в форме тонизирующего воздействия, активно используя приемы прерывистой вибрации. Область массажа должна включать не только нижние конечности, но и поясничную область и мышцы живота.

В отличие от Х-образной, О-образная деформация нижних конечностей чаще сопровождается дисбалансом мышечного тонуса. Массаж при этом должен выполняться в форме седативной методики для приведения основных антигравитарных мышечных групп и их антагонистов в единое урегулированное состояние, для чего используются приемы обхватывающего разминания и непрерывной вибрации.

МАССАЖ ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ

Задачи

Повысить тонус ослабленных и снизить тонус напряженных мышечных групп голени и стоп.

Исходные положения пациента

1. Лежа на животе, под голеностопными суставами валик;
2. Лежа на спине, под коленными суставами валик.

План процедуры

1. Массаж задней поверхности голени;
2. Массаж передней поверхности голени;
3. Массаж наружной и внутренней поверхностей голени;
4. Массаж подошвенной поверхности стопы.

Методические особенности техники

Уплотнение продольного и поперечного сводов стоп отрицательно сказывается прежде всего на рессорной функции всей нижней конечности. При этом состоянии определяется функциональная недостаточность, в особенности мышц, удерживающих продольный свод стопы, — задней большеберцовой мышцы, длинной и короткой малоберцовых мышц и поперечный — мышцы, приводящей большой палец стопы, червеобразных мышц, межкостных мышц. При этом несвойственную для себя нагрузку берут мышцы разгибатели стопы (передняя большеберцовая мышца, длинный разгибатель пальцев, длинный разгибатель большого пальца стопы и др.) и трехглавая мышца голени. Соответственно, массажное воздействие начинается именно с этих структур в форме седативной методики, снижающей их повышенный мышечный тонус. После чего приемами разминания и вибрации в режиме тонизирующего воздействия переходят к массажу внутренней и наружной поверхностей голени и подошвенной поверхности стопы. Помимо этого в ряде случаев в процессе массажа можно использовать рефлекторные упражнения лечебной гимнастики, чередующиеся с массажными приемами.

ПРИМЕРЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ МЕТОДИК НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА

Особенностью массажных методик при травмах и заболеваниях ОДА является тот факт, что в зависимости от стадии патологического процесса они могут менять свою направленность (к примеру, переходя от седативной к тонизирующей).

МАССАЖ ПРИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА (ДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СКОЛИОЗ II СТЕПЕНИ)

Задачи

1. Повысить тонус ослабленных и снизить тонус напряженных мышечных групп;
2. Улучшить трофику (кровоток, обменные процессы) в сегментарно заинтересованных зонах туловища.

Исходные положения пациента

1. Лежа на животе, под голеностопными суставами валик;
2. Лежа на боку со стороны вогнутости дуги искривления, нижняя нога выпрямлена, а верхняя согнута в коленном и тазобедренном суставах;
3. Лежа на спине, под коленными суставами валик.

План процедуры и методические особенности техники

При сколиотической деформации позвоночника II степени показан дифференцированный массаж мышц спины и живота с более интенсивным тонизирующим воздействием на вогнутой стороне искривления и седативным — на выпуклой. Особенности методики связаны с тем, что на стороне выпуклости искривления паравертебральные мышцы находятся в растянутом состоянии, то есть напряжены, а на стороне вогнутости места прикрепления мышц сближены, то есть расслаблены.

Из приемов седативного воздействия используются преимущественно приемы поглаживания и разминания (смещение в горизонтальной плоскости), а из арсенала тонизирующих приемов — растирание, прерывистая вибрация (в вертикальной плоскости).

МАССАЖ ПРИ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ (НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ)

Задачи

1. Снижение систолического и диастолического артериального давления;
2. Урежение пульса;
3. Снижение тонуса мышц воротниковой зоны.

Исходные положения пациента

1. Сидя, облокотившись на спинку стула или лежа на животе, под голеностопными суставами валик;
2. Лежа на спине, под коленными суставами валик.

План процедуры

1. Массаж межлопаточной области;
2. Массаж волосистой части головы;
3. Массаж паравертебральных зон шеи и надплечий;
4. Массаж области живота.

Методические особенности техники

Применяют два основных приема — поглаживание и разминание. Их чередуют с поглаживанием задней поверхности шеи и надплечий в направлении сверху вниз и кнаружи к плечевому суставу и подмышечной ямке. При массаже волосистой части головы разминание производят от затылочного бугра к темени. После этого больной откидывает голову назад, опираясь на грудь массажиста. В этом положении массируют лобную и височную области. Следует учесть, что у пациентов особенно болезненны области сосцевидных отростков, между бровями и по средней линии теменной области. Массаж паравертебральных областей выполняется в направлении снизу вверх до сегмента С4 приемами плоскостного и обхватывающего разминания в медленном темпе. Воздействие на мышцы живота осуществляют поглаживанием и разминанием по методике, общепринятой для этой анатомической области. Затем больной сгибает ноги в коленях, опирается стопами на кушетку, и массажист выполняет массаж органов брюшной полости. Заканчивают процедуру, проводя прием «встряхивание» и поглаживание живота по часовой стрелке.

МАССАЖ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ (РЕФЛЕКТОРНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ)

Задачи

1. Уменьшение болей;
2. Снижение тонуса мышц поясничной области;
3. Улучшение трофики (кровоток, обменные процессы) в сегментарно заинтересованных зонах туловища.

Исходное положение пациента

Лежа на животе, под животом и под голеностопными суставами валик.

План процедуры

1. Массаж спины с акцентом на поясничной области;
2. Ягодичные мышцы.

Методические особенности техники

Массаж поясницы должен охватывать область от Th12 до ягодиц. Методика недифференцированная седативная. Используются приемы поглаживания, продольного и поперечного разминания, непрерывной вибрации (потряхивание). Ключевым массажным приемом является разминание (смещение в горизонтальной плоскости) пояснично-подвздошной мышцы, мышцы разгибателя спины, квадратной мышцы поясницы. При выраженном напряжении мышц одной стороны для снижения их тонуса применяют только приемы более легкого, мягкого поглаживания, а также разминания со слабым нажимом на ткани, а на второй стороне — все обычные приемы поглаживания, растирания, разминания и вибрации. При массаже только поясничной области (без проработки нижних конечностей) добавляют массаж ягодиц, для чего используют приемы поглаживания, растирания и вибрации.

МАССАЖ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ (КОМПРЕССИОННОМ СИНДРОМЕ L5–S1 В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ)

Задачи

1. Уменьшение болей;
2. Профилактика гипотрофии мышц бедра и голени;
3. Стимуляция крово- и лимфообращения в конечностях.

Исходные положения пациента

1. Лежа на спине, под коленными суставами валик;
2. Лежа на животе, под голеностопными суставами валик.

План процедуры

1. Массаж передней поверхности нижней конечности;
2. Массаж задней поверхности нижней конечности;
3. Массаж ягодичной области.

Методические особенности техники

Высота валика под голеностопными и коленными суставами зависит от выраженности болевого синдрома: чем сильнее боль, тем выше подкладывают валик. Массажу подлежит конечность на стороне поражения (задняя и передняя поверхности; при двустороннем поражении — обе конечности) в следующем порядке: пальцы, стопа, голеностопный сустав, голень, коленный сустав, бедро, тазобедренный сустав, ягодицы. Применяют различные виды поглаживания, растирания, вибрации. При значительно выраженных болях вначале используют лишь плоскостное поглаживание, а по мере уменьшения болей — и различные виды растирания. Точечная вибрация используется в области проекции точек Эрба (выхода нервов). После прекращения болей в нижней

конечности допустимо добавлять приемы обхватывающего разминания. Методика недифференцированная тонизирующая, но щадящая. Длительность массажа на первых двух-трех процедурах составляет 5–8 минут, затем ее увеличивают до 15–20 минут. Массаж можно назначать ежедневно или даже несколько раз в день.

МАССАЖ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КАПСУЛЬНО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА КОЛЕННОГО СУСТАВА (В ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПАРЦИАЛЬНОЙ МЕНИСКЭКТОМИИ)

Задачи

1. Повышение тонуса мышц передней поверхности бедра;
2. Стимуляция крово- и лимфообращения в заинтересованной конечности.

Исходные положения пациента

1. Лежа на животе, под голеностопными суставами валик;
2. Лежа на спине, под коленными суставами валик.

План процедуры

1. Массаж задней поверхности нижней конечности;
2. Массаж передней поверхности нижней конечности;
3. Массаж коленного сустава.

Методические особенности техники

Методика тонизирующая. Основными приемами являются поглаживание и разминание. Приемами разминания (преимущественного плоскостного) делается акцент на внутренней головке квадратной мышцы бедра. На остальных мышечных группах применяются приемы

обхватывающего разминания (смещение, выжимание). Интенсивность приемов прерывистой вибрации возрастает в процессе курса массажа. На коленном суставе применяются только приемы поглаживания и растирания.

МАССАЖ ПРИ СПАСТИЧЕСКОМ ПАРАЛИЧЕ (В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАВМЫ СПИННОГО МОЗГА)

Задачи

1. Понижение рефлекторной возбудимости мышц, находящихся в спастическом состоянии;
2. Укрепление паретичных мышц;
3. Восстановление нарушенных двигательных функций;
4. Профилактика образования контрактур;
5. Повышение общего психофизиологического тонуса.

Исходные положения пациента

1. Лежа на спине, под коленными суставами валик,
2. Лежа на животе, под голеностопными суставами валик, под животом — подушка.

План процедуры

1. Массаж передней поверхности заинтересованной нижней конечности;
2. Массаж передней поверхности грудной клетки на заинтересованной стороне;
3. Массаж заинтересованной верхней конечности;
4. Массаж задней поверхности заинтересованной нижней конечности;
5. Массаж спины.

Методические особенности техники

В методике избирательного массажа на мышцах с повышенным или повышающимся тонусом применяют непрерывное плоскостное и обхватывающее поглаживание, растирание, при массаже антагонистов (гипотоничных мышц) — плоскостное глубокое, щипцеобразное и обхватывающее прерывистое поглаживание, а также не сильное поперечное, продольное и спиралевидное растирание, легкое неглубокое продольное, поперечное и щипцеобразное разминание. Противопоказаны вибрация, похлопывание, постукивание. При массаже мышц с повышенным тонусом следует работать в медленном, а с пониженным — в значительно более быстром темпе.

Массаж конечностей начинают с проксимальных отделов и проводят, к примеру, в следующем порядке: бедро, голень, стопа, пальцы. Массаж верхней конечности начинается с мышц задней поверхности (разгибателей), а затем — передней поверхности (сгибателей). Вначале массируют спастичные мышцы, затем гипотоничные. Как правило, повышение тонуса наблюдается в антигравитационных мышцах: сгибателях руки (приведение плеча, сгибание в локтевом и лучезапястном суставах) и разгибателях ноги (приведение бедра, разгибание в коленном суставе и подошвенное сгибание в голеностопном суставе).

Прежде чем приступить к приемам массажа, необходимо добиться максимального снижения тонуса мышц, их расслабления посредством приемов встряхивания, пассивных движений, согревание конечности, растирания пяточного (ахиллова) сухожилия, сухожилий подколенных мышц, сухожилия двуглавой мышцы плеча.

При спастических параличах в связи со значительной утомляемостью мышц массаж не должен быть продолжительным (вначале от пяти до десяти и затем от пятнадцати до двадцати минут).

Рекомендуется в процедуру массажа включать пассивные движения для паретичных конечностей и элементарные дыхательные упражнения, а также сочетать массаж с лечебной гимнастикой, лечением положением и физиотерапевтическими процедурами. В сочетании с классической техникой массажа могут активно использоваться методики точечного и сегментарно-рефлекторного массажа.

МАНУАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В РАБОТЕ МАССАЖИСТА

Обследование пациента представляет собой чрезвычайно сложный многоцелевой комплекс исследований. Непосредственно объем планируемых исследований напрямую зависит как от характера заболевания, по поводу которого они проводятся, так и от целей обследования, включающих выявление индивидуальных особенностей больного, установления диагноза, подбор и обоснование рационального лечения, наблюдение за течением болезни и определение прогноза лечения и заболевания.

Используемые для обследования пациента методы исследования разделяют на основные и дополнительные. Основными методами являются сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация. К дополнительным относят многочисленные лабораторные, инструментальные, рентгенологические и другие методы исследования, а также функционально-диагностические тесты, необходимые для получения информации о состоянии здоровья обследуемого и установления диагноза. Использование основных методов обследования является обязательным для врача любой клинической специальности; эти методы остаются высокозначимыми вследствие своей информативности, доступности, простоты исполнения и полной безвредности для больного.

Однако если вопросам визуального осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации как специфическим врачебным манипуляциям традиционно уделяется достаточное внимание, то проблема методически правильной мануальной диагностики, выполняемой массажистом

в процессе массажного воздействия, до сих пор остается недостаточно раскрытой. Тем более следует учесть тот факт, что практикующие врачи прибегают к использованию детализированной пальпации только в редких случаях, не уточняют динамику состояния пациента у непосредственных исполнителей лечебных процедур — массажистов и зачастую не всегда в состоянии самостоятельно правильно оценить полученные данные.

В связи этим мануальная диагностика в работе массажиста, методические принципы и правила проведения пальпации в процессе массажной процедуры и курса являются немаловажными частями системы повышения качества медицинской помощи.

Диагностическое обследование, которое проводит массажист, основывается на двух основных принципах:

- Массажист не заменяет, а дополняет врача;
- Выполняются только пассивные манипуляции на мягких тканях (никаких активных движений со стороны пациента).

Диагностический алгоритм состоит из следующей последовательности действий:

- *Осмотр.* Выявляются общие признаки — особенности конституции пациента, основных двигательных стереотипов (походка, поза и др.) и местные — цвет кожных покровов, складки, родимые пятна и т.п. Детальный осмотр пациента — прерогатива врачебной деятельности, а осмотр, выполняемый массажистом, является ориентировочным и служит для того, чтобы специалист мог сориентироваться на имеющихся у пациента врожденных или приобретенных особенностях и функциональных нарушениях структур ОДА.
- *Пальпация* (от лат. *palpatio* — «поглаживание», «ощупывание») — один из основных методов клинического обследования, основанный на осязании исследователем различных состояний тканей и органов,

больного при их прощупывании, а также на оценке больным испытываемых им во время исследования ощущений. Пальпация является основным методом мануальной диагностики, выполняемой массажистом.

Как правило, пальпация используется при врачебном осмотре пациента (как первичном, так и повторном), а также отдельными специалистами в процессе проведения лечебных процедур, включающих применение мануального воздействия (массаж, пассивные движения и др.), в том числе и хирургического (оперативного) вмешательства.

ВИДЫ ПАЛЬПАЦИИ

Пальпация в зависимости от локализации поражения может быть наружной и внутренней (полостной), непосредственной и опосредованной, ориентировочной (поверхностной — *palpatio superficialis*) и топографической (глубокой — *palpatio profunda*). В ряде случаев пальпация может проводиться при рентгеноскопии.

Выполняться пальпация может одной или двумя руками (*palpatio bimanualis*), всей ладонной или тыльной поверхностью кисти, как в форме плоскостного, так и обхватывающего воздействия, а также кончиками или подушечками, ладонных поверхностей концевых фаланг одного или нескольких пальцев.

По характеру движения пальпирующей поверхности выделяют стабильную и лабильную пальпацию. Проводиться пальпация может как в состоянии покоя исследуемой области, так и при движении.

Учитывая биомеханические особенности как тканей, подлежащих обследованию, так и исследующего органа (руки) специалиста, его проводящего, технические приемы пальпации рационально подразделять в зависимости от способа производимого воздействия на исследуемую область (участок):

- Прикосновение;
- Надавливание;
- Скольжение;
- Смещение;
- Сжатие;
- Толкание;
- Постукивание.

При ряде нозологических форм заболеваний, относящихся к компетенции каких-либо узких медицинских специалистов, например при урологических, гинекологических, стоматологических, глазных и других болезнях, пальпация включает специальные приемы, которые могут быть решающими для распознавания данной группы болезней, но не имеют диагностического значения и обычно не применяются при обследовании больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ПРИЕМОВ ПАЛЬПАЦИИ

1. *Прикосновение* является наиболее элементарным приемом пальпации и может осуществляться любой частью кисти в зависимости от избранного для исследования региона (участка тела). Тем не менее на практике чаще используется ладонная поверхность кисти и пальцев в форме плоскостного (все пальцы неплотно прижаты друг к другу) или обхватывающего (I палец противопоставлен остальным) воздействия. С помощью этого приема определяют обычно влажность, жирность, интенсивность потоотделения кожных покровов.

В отличие от этого, изменение местной температуры распознается легким прикосновением тыльной поверхности кисти к области пораженного сустава или сегмента конечности. В отдельных случаях изменение местной температуры удобно определить прикладыванием к телу тыльной поверхности средней фаланги согнутого пальца, сравнивая заинтересованный и интактный участки (рис. 41).



Рис. 41.

Техника выполнения
пальпации — прикосновение

2. *Надавливание* представляет собой манипуляцию, осуществляемую интенсивным давлением на участок ограниченной площади, без резких колебаний прилагаемого усилия и без дополнительного модулирования. Анализ надавливания позволяет указать, что речь идет о мануальном контакте в перпендикулярном направлении к обследуемому участку. Этот контакт может быть непрерывным, прерывистым («переступание»), а также с элементами движения («ввинчивание»). Следует учесть, что при надавливании есть максимальная составляющая перпендикулярного давления и нет никакой касательной составляющей смещения (рис. 42).



Рис. 42.

Техника выполнения пальпации — надавливание

Зона контакта при надавливании, чтобы осуществить максимально сильное давление, должна быть сужена и ограничиться только частью кисти (подушечками или кончиками пальцев и др.). Так, вдавливание кончиков пальцев в ткани какой-либо области тела носит название «*проникающая пальпация*» (*palpatio penetrans*). В отдельных случаях давление создается обеими руками, расположенными смежно. Иногда надавливающее воздействие осуществляется руками, наложенными друг на друга, то есть с отягощением.

Прием «надавливание» используется для выявления отечности тканей, подкожной или костной крепитации (кончиками близко поставленных II и III пальцев попеременно надавливают на кожу), болезненности и локализации патологических образований, определения мышечного тонуса покоя и напряжения, а также границ исследуемого органа.

3. При сохранении мануального контакта с обследуемой поверхностью, но добавлении движения рабочей поверхности кисти в горизонтальной плоскости воспроизводятся лабильная манипуляция — *скользящая пальпация*, сочетающая в себе начальный мануальный контакт и перемещение кисти в пространстве. При этом усилие, прилагаемое к кожным покровам, меньше коэффициента трения.

Основной характерной особенностью выполнения данного приема пальпации является скольжение массирующей руки по коже, не сдвигая ее в складки, с различной степенью надавливания (поверхностное или глубокое воздействие). В связи с чем скользящая пальпация может быть поверхностной и глубокой и может производиться отдельными пальцами или всей ладонной поверхностью кисти, одной или двумя руками.

Чаще всего скользящую пальпацию применяют для исследования поверхностей, формы, границ и плотности объемных образований; выявления состояния кожных покровов, фасции, мышечных тканей, поверхностной и глубокой болезненности.

Увеличение скорости скольжения и придание возвратного характера движению приводит к возникновению эффекта трения. В практике пальпации эта манипуляция используется для выявления интенсивности отшелушивания поверхностного эпидермального слоя кожи.

4. Для более дифференцированного обследования кожи и подкожной клетчатки используются приемы *смещения*. В отличие от прикосновения, надавливания и скольжения они имеют свои характерные особенности, главная из которых заключается в том, что рука исследователя никогда не скользит по коже, а сдвигает ее, образуя впереди себя в той или иной степени выраженную кожную складку в виде валика. Увлечение поверхностных слоев кожи происходит, благодаря присоединению касательного компонента усилий к уже оказываемому перпендикулярно давлению. Таким образом, приемы смещения представляют собой манипуляции, при которых массирующая рука фиксирует кожу и смещает ее, производя деформацию кожных покровов тела (сдвигание, растяжение) на ограниченном участке в различных направлениях.

Смещение тканей производится в горизонтальной плоскости. В данном случае пальпацию осуществляют, прижимая подушечками пальцев кожу над заинтересованной областью, которую затем смещают скользящими движениями. При этом рабочая поверхности должна находиться по отношению к исследуемой под углом не более 30–45° (рис. 43). Данный прием пальпации используется для определения смещаемости тканей области рубца, кожи над лимфатическими сосудами т.п.

5. Для определения эластичности, упругости, толщины кожи используется прием «сжатие» (сдавление), в отличие от смещения, выполняемый в вертикальной плоскости. Кожу собирают в складку двумя или тремя пальцами, складку слегка оттягивают и прощупывают, как бы разминая пальцами, затем отпускают; при нормальном состоянии кожи складка расправляется сразу. Аналогично оценивают толщину, тургор подкожной клетчатки, рефлексогенных зон и мышечный тонус (при более глубоком захвате ткани пальцами).



Рис. 43.

Техника выполнения приема «СМЕЩЕНИЕ»

В ряде случаев прием сжатия выполняется прерывисто в форме «пощипывания». Сочетая сжатие (в вертикальной плоскости) с приемом смещения (в горизонтальной плоскости) тканей, возможно определить подвижность сухожилий и мышц и их болезненность при этом растягивающем воздействии. Проба на «катание кожи» (складка Киблера) выполняется следующим образом. Кожу и подкожную ткань захватывают пальцами (щипком), оттягивают перпендикулярно поверхности и затем прокатывают ее между пальцами как цилиндр.

6. *Толчкообразная пальпация* — колебание плотного подвижного образования (органа, опухоли и др.), определяемое при толчковых движениях руки. Используется толчкообразная пальпация чаще

для выявления ballotирования (в вертикальной плоскости) или флюктуации (в горизонтальной плоскости) жидкости в полости с податливыми стенками.

Баллотирование обнаруживается особенно легко, если вокруг исследуемого подвижного образования находится жидкость. Баллотирование надколенника (симптом плавающей коленной чашечки) обнаруживается даже при незначительном скоплении жидкости (экссудата, крови) в полости коленного сустава. Для выявления этого симптома больного укладывают на спину с выпрямленной ногой. Одной рукой выжимают жидкость из верхнего заворота сумки коленного сустава, пальцем другой — надавливают на надколенник, пытаясь погрузить его вглубь («утопить»), что в норме не удастся. При скоплении жидкости в суставной полости надколенник «тонет» — погружается в глубину, пока не упрется в поверхность бедренной кости, а по прекращении давления «всплывает», как вытолкнутый пружиной (рис. 44).



Рис. 44. Толчкообразная пальпация

Флюктуация определяется следующим образом: выпрямленные пальцы слегка согнуты в основных суставах; число ощупывающих пальцев зависит от величины участка припухлости — обычно достаточно одного указательного пальца каждой руки. Проба на флюктуацию всегда должна производиться последовательно в двух перпендикулярных друг другу направлениях. При исследовании на флюктуацию припухлости большого и среднего размера кончик указательного пальца упирается в припухлость между ее центром и периферией. Это прощупывающий палец, он остается неподвижным на все время исследования. Указательный палец другой руки надавливает на припухлость с противоположной стороны по диагонали. Это надавливающий палец. Если прощупывающий палец смещается при надавливании нажимающего пальца, то имеется флюктуация и, следовательно, припухлость содержит жидкость (рис. 45).



Рис. 45. Толчкообразная пальпация

При исследовании на свободную жидкость припухлости малых размеров применяется другой способ. Два пальца левой руки — ощупывающие — остаются неподвижными. Надавливание производится указательным пальцем правой руки. Эта проба также проводится в двух взаимно перпендикулярных направлениях.

7. При глубокой локализации очага поражения приходится прибегать для определения болезненности к *поколачиванию* по позвоночнику, большому вертелу бедренной кости и по всем доступным костным образованиям. Этим приемом выявляются скрытые очаги поражения, часто неизвестные самому больному. Как правило, постукивание проводится кончиком дистальной фаланги среднего пальца. Для определения болезненности в мягкотканых структурах используют прием «поколачивание», выполняемый ребром ладони.



Рис. 46.

Опосредованная пальпация с помощью зонда

8. Иногда, в тех случаях, когда пальцевое исследование неосуществимо или крайне затруднительно, приходится прибегать к *опосредованной пальпации*, ощупыванию с помощью зонда (рис. 46). Оно позволяет определить глубокую болезненность, уплотнение или инородное тело и глубину его залегания, в том числе и свободно лежащие костные осколки. Также с помощью зонда проводится определение кожного дермографизма (рис. 47).



Особенности пальпации при обследовании маленьких детей

У детей пальпацию особенно болезненных участков производят, отвлекая ребенка (например, игрушкой, разговором), при этом внимательно следят за изменением его мимики. Однако в ряде случаев у маленьких пугливых детей обычно применяемое ощупывание малоэффективно. Целесообразно в подобных затруднительных случаях прибегать к одному из следующих приемов:

- *Ощупывание под одеялом.* Следует сесть рядом с кроватью ребенка, подождать, согревая в это время ощупывающую руку. Затем продвинуть ее под одеяло и осторожно начать ощупывание. Сон ребенка не является противопоказанием для подобного рода пальпации, если же он проснулся, беспокоен и плачет, то с ощупыванием следует повременить и выждать, не вынимая руку, пока он перестанет плакать.
- *Ощупывание рукой ребенка.* Для исследования беспокойного ребенка, слишком маленького, чтобы помочь врачу, можно воспользоваться следующим приемом. Врач берет руку лежащего ребенка и производит ею ощупывание. При надавливании на область наибольшей болезненности ребенок отдергивает ручку.
- *Ощупывание рукой матери.* Беспокойного плачущего ребенка можно успокоить обычно на руках матери. Для определения места наибольшей болезненности просят мать усадить ребенка к себе на колени и надавить осторожно на указываемое место предполагаемого поражения. При появлении боли ребенок отталкивает руку матери и начинает плакать.

Типичные ошибки при проведении пальпации

1. Чрезмерное давление на подлежащие ткани. При выполнении пальпации существует правило — чем легче касание, тем больше получаемой информации и тем сложнее и богаче ощущения пациента. При интенсивном энергичном давлении выявляется меньше информации о тканях и ощущения пациента строго определенные.
2. Интенсивная пальпация кончиками пальцев, тогда как наиболее чувствительные участки — подушечки. Пальпация кончиками пальцев, а не подушечками в ряде случаев вызывает не только неадекватную реакцию тканей, но и существенные искажения в сенсорном восприятии.
3. Непринятие во внимание жалоб и реакции пациента может привести как к неадекватно выбранной последовательности пальпации, так и к неверной интерпретации полученных данных.

4. Недостаточное знание топографической анатомии не позволяет правильно расценить полученные с помощью пальпации данные и сделать соответствующие выводы, необходимые для постановки диагноза.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПАЛЬПАЦИИ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОЛУЧЕННЫХ ДАННЫХ

К пальпации приступают после того, как визуальный осмотр больного позволил сделать ряд предварительных заключений и зрительных впечатлений. Тем не менее при исследовании со стороны поверхности тела всегда следует контролировать ощупывание осмотром.

Пальпацию следует проводить чистыми теплыми руками (лучше всего помыть и согреть теплой водой при больном непосредственно перед исследованием), начинать — с легких осторожных касаний к коже больного, следя за его реакцией на надавливания малой силы, и лишь затем, с учетом реакции больного, продолжать исследование. Именно начальное поверхностное воздействие позволяет пациенту расслабиться, преодолеть страх возможного ощущения боли.

В процессе массажной процедуры специалист чередует диагностические приемы пальпации с лечебными манипуляциями. Вначале используются приемы ориентировочной, а затем детализированной топографической пальпации.

Поверхностная скользящая пальпация при обследовании пациентов с патологией органов движения и опоры выполняется на максимально обнаженном теле последовательно в следующем порядке: голова, туловище, верхние и нижние конечности. После определения величины, формы и соотношения отдельных сегментов опорно-двигательного аппарата, в том числе степени и симметричности развития мышц, а также поверхностной болезненности, как общей, так и локальной, приступают непосредственно к заинтересованной области.

Однако в ряде случаев при проведении ориентировочной пальпации большое значение имеет определение состояния покровных тканей. Для этого пальпацию проводят в строго определенных местах. Эластичность

кожи определяют в местах, где мало жировых отложений — на тыльной поверхности кисти, на локтевом сгибе; подкожного слоя — на груди (между соском и грудиной), на животе (на уровне пупка), на спине (под лопатками), на медиальных поверхностях бедра и плеча, на лице (в области щек). Тургор мягких тканей определяют на медиальной поверхности бедра или плеча.

Пальпацию кожи начинают с поверхностного скольжения по ней ладонями для оценки степени ее влажности в разных участках тела. Местная сухость кожи наблюдается при дерматите, общая — при гипотиреозе, некоторых видах витаминной недостаточности, обезвоживании организма. У грудных детей обязательно определяют влажность кожи головы, в том числе затылка (для выявления рахита); у подростков и взрослых людей — выделение пота в подмышечных впадинах, на ладонях, стопах, избыточная влажность которых свидетельствует о вегетативной дисфункции разной природы. Повышенная потливость шеи и верхней половины туловища отмечается у больных с обострением хронической пневмонии.

Ориентировочной пальпацией исследуется разница температур на симметричных участках тела, оценивается местное ее повышение (например, над воспаленным суставом) или понижение (например, на стопе при нарушении кровоснабжения). Исследование местной температуры должно быть сравнительным, причем рука врача быстро перемещается от здоровой части тела к больной и обратно к здоровой; мерилom служит противоположный здоровый отдел, а при исследовании в области пораженного сустава, кроме того, температура выше и нижележащих областей той же конечности. Нормально местная температура над суставом бывает ниже, чем в области прилегающих к суставу мышц.

В процессе первичного обследования больного топографическую пальпацию осуществляют предпочтительно в следующей последовательности: кожа и подкожная клетчатка, связки, сухожилия, мышцы, костные структуры.

В зависимости от уровня (глубины) залегания возможного анатомического дефекта или патологического очага соответственно используются разные приемы пальпации, которые в свою очередь позволяют

оценить и выявить различные признаки, характерные для того или иного болезненного состояния.

Как правило, для выявления нарушений в подкожной клетчатке (набухания, втяжения и т.п.) используется следующий прием. III–IV пальцами под углом 40–60° с фиксацией и отягощением другой рукой снизу вверх, смещают ткани паравертебрально слева и справа, то есть симметрично. Начинать движение следует с заведомо здоровых зон. Обследование кожи и подкожного слоя проводится в исходном положении пациента сидя. В норме перед пальцами должна образовываться мягкая пластичная складка. Пальцы при движении не испытывают сопротивления, и у пациента нет неприятных ощущений. В зонах же патологии перед пальцами массажиста появляются разной ширины полосы втяжений, имеющие вид лимонной корочки, и пальцы испытывают сопротивление. При оценке смещаемости кожи в гипералгической зоне определяется своеобразное торможение (феномен «прилипания кожи»). У пациентов в этих зонах появляются ощущение царапанья «тупым когтем», или ощущение «тонкого лезвия», или чувство «волоска на коже».

Для выявления рефлексогенных зон *Захарьина — Геда* — ограниченных участков кожи, в которых при заболеваниях внутренних органов часто появляются отраженные боли, а также изменения чувствительности в виде болевой и температурной гиперестезии в кожной проекции пораженного внутреннего органа, — слегка зажимают между большим и указательным пальцами и немного приподнимают кожу с подкожной клетчаткой. При патологии соответствующего внутреннего органа возникает более или менее интенсивная боль. Может также применяться прием «кожная складка» — большим и указательным пальцами кожа собирается в складку и легко перетирается.

Выявление боли и гиперестезии, сопоставление ее границ со схемой зон *Захарьина — Геда* (рис. 48 а, б) позволяет предположить поражение внутреннего органа. Однако следует помнить, что гиперестезия одних и тех же участков кожи может возникать при заболеваниях различных органов.

Болезненность при пальпации сухожилий, слизистых сумок, периферических нервов также имеет большое значение. Ощупывая сухожилия, можно обнаружить свободную их подвижность или сращение

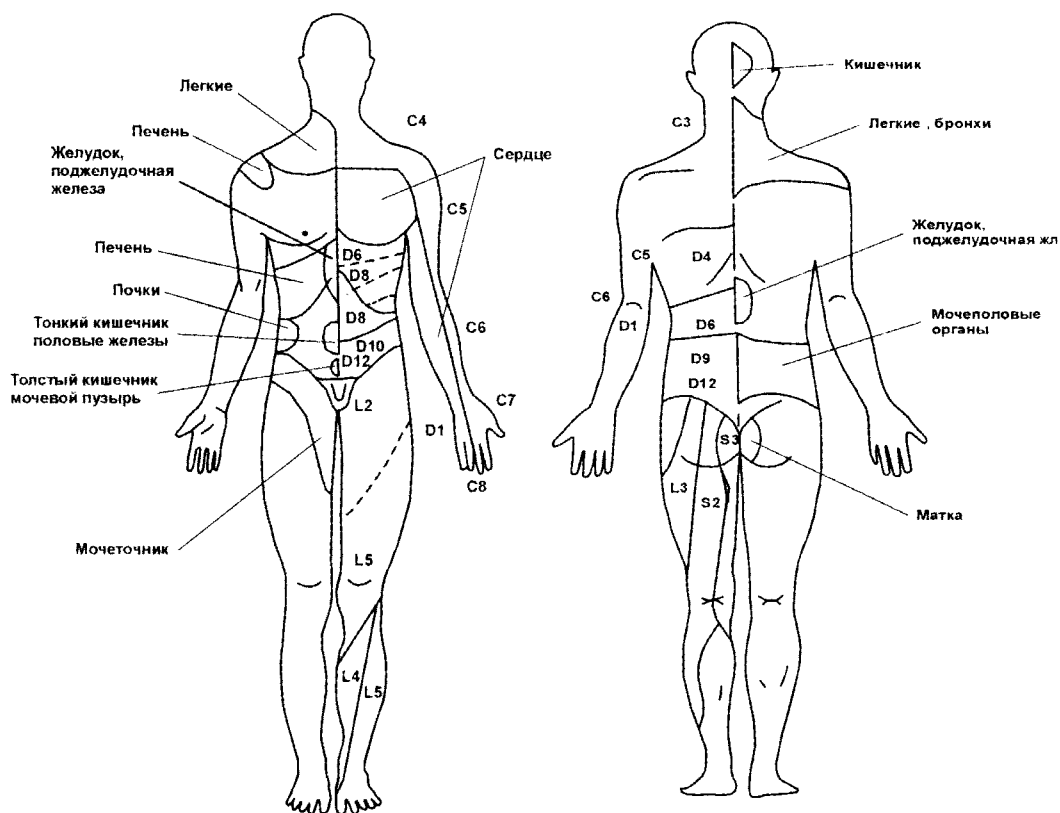


Рис. 48 а, б. Зона Захарьина — Геда

с окружающими тканями, вовлечение сухожилий в общий рубец с кожей или близлежащими мышцами, крепитацию и утолщение в определенных местах, выпот в сухожильных влагалищах и его протяженность. Пальпируя слизистые сумки, определяют их размеры, болезненность, утолщение заворотов, воспалительный выпот; попеременно сжимая сустав и слизистую сумку, определяют, удастся ли выжать экссудат из сустава в сумку и, наоборот, из сумки в полость сустава или же сообщения между ними нет. Исследуя ощупыванием нервные стволы, выясняют чувствительность их к давлению: повышение чувствительности, понижение ее вплоть до полной потери, утолщение и уплотнение нервных стволов, наличие на протяжении нервного ствола, а в ампутационных

культях на концах усеченных периферических нервов болезненных вздутий — *невром*, а также иррадиацию болевых ощущений при надавливании на невромы.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ

Как правило, при проведении любых мануальных процедур специалист в области массажа должен учитывать так называемые *диагностические болевые точки* — участки на поверхности тела, давление на которые вызывает болевые ощущения. Их выявление способствует уточнению локализации и характера патологического процесса. Болевые точки определяются в участках тела, где нерв или сосуд, находящийся в патологическом состоянии, может быть прижат к кости, *точках Эрба* (рис. 49), а также в зонах Захарьина — Геда.

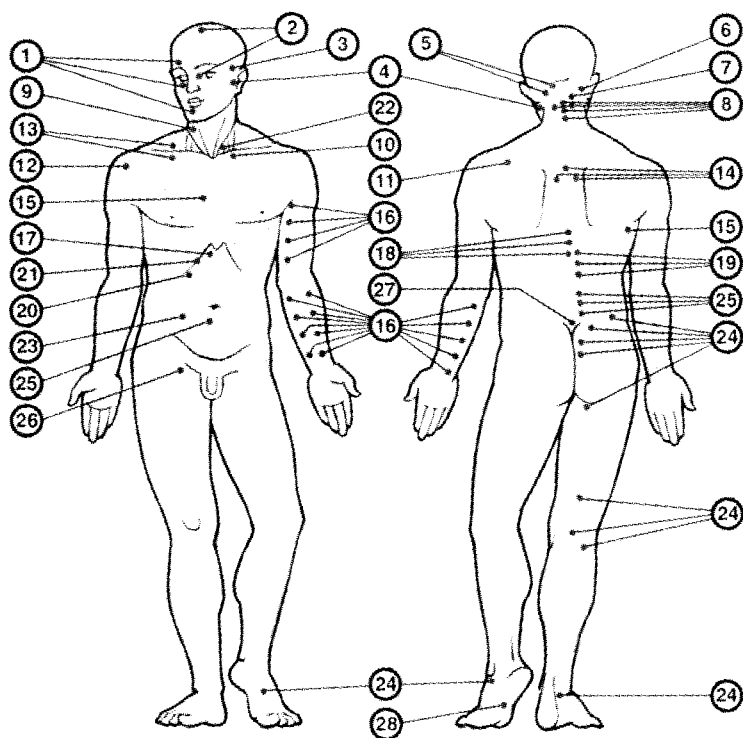


Рис. 49. Точки Эрба

Болевые точки в области головы и шеи

В области головы и шеи диагностическое значение имеют *точки выхода на поверхность черепа ветвей тройничного нерва* — супраорбитальная, инфраорбитальная, ментальная. Болезненность в этих точках выявляется при невралгии тройничного нерва, синуситах, менингитах, церебральном арахноидите, менингизме; степень болезненности в них может быть также одним из показателей глубины комы.

Сосудистые болевые точки Гринштейна у внутреннего угла глазницы (выход лобной ветви глазничной артерии) и в области темени (соответственно анастомозу между артериями твердой мозговой оболочки и ветвями наружной сонной артерии на поверхности черепа) возникают при мигрени и других вазомоторных нарушениях.

Болевые точки в височной области (по ходу поверхностной височной артерии) выявляются при артериитах поверхностной височной артерии, мигрени, симпаталгии лица. *Точки в области сосцевидного отростка*, также впереди и книзу от ушной раковины (места выхода ветвей лицевого нерва) обнаруживают при невритах лицевого нерва; *точки на границе средней и внутренней трети линии, соединяющей сосцевидный отросток и затылочный бугор* и позади места прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы, определяют при невралгии затылочных нервов, шейном остеохондрозе, менингитах, других воспалительных процессах мозговых оболочек и при некоторых опухолях головного мозга, при хроническом гнойном эпидимпаните.

Болевые точки между отверстием наружного слухового прохода и головкой нижней челюсти выявляются при болевом синдроме, связанном с поражением верхнего шейного узла. *Точка, расположенная на линии, соединяющей вершину сосцевидного отростка и остистый отросток II шейного позвонка*, медиальнее заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, болезненна при патологии позвоночных артерий; болевые точки в области остистых отростков шейных позвонков, паравертебральные точки определяются при шейном остеохондрозе, грыжах межпозвоночных дисков.

Болевые точки в области плечевого пояса

В области плечевого пояса практическое значение имеют *болевые точки у наружного края грудино-ключично-сосцевидной мышцы*, которые выявляются при шейном остеохондрозе. *Точка у места прикрепления передней лестничной мышцы к I ребру* болезненна при синдроме передней лестничной мышцы, шейном остеохондрозе; *болевые точки в области клювовидного отростка лопатки* — при плечелопаточном периартрозе, шейном остеохондрозе; *на передней поверхности плечевого сустава* — при рефлекторном кардиоплечевом синдроме (боли в плече при стенокардии, инфаркте миокарда). *Болезненность при пальпации по ходу сосудисто-нервного пучка на внутренней поверхности плеча* выявляется при поражении плечевой артерии и ее ветвей, раздражении шейно-грудного (звездчатого) узла. *Болевые точки Эрба* (над- и подключичные) характерны для поражения плечевого сплетения. Болевые точки по ходу периферических нервов руки появляются при невритах, невралгиях.

Болевые точки в области грудной клетки и живота

В области грудной клетки и живота выявляются следующие болевые точки:

- *Точки остистых отростков грудных позвонков, паравerteбральные точки* — при остеохондрозе позвоночника, деструктивных процессах в нем, грыжах межпозвоночных дисков, экстрамедуллярных опухолях;
- *Точки межреберных нервов* (в паравerteбральной области, по подкрыльцовой линии, по линии соединения грудины с межреберными хрящами) — при межреберной невралгии;
- *Точка в области эпигастрия*, несколько вправо от средней линии — при солитарите;
- *Точки Боаса* (паравerteбральные точки на уровне X–XII грудных позвонков) и *болевые точки Опенховского* в области остистых отростков VIII–X грудных позвонков — при язвенной болезни желудка;

- *Точка у наружного края правой прямой мышцы живота, под реберной дугой* — при холецистите;
- *Точка Мак-Берnea* в месте пересечения линии, идущей от правой верхней передней ости подвздошной кости к пупку, и линии наружного края прямой мышцы живота — при аппендиците;
- *Точка Ортнера* у нижнего края реберной дуги справа — при заболеваниях печени;
- *Точка Мюсси* над ключицей, между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы — при заболеваниях, сопровождающихся раздражением диафрагмального нерва (холецистите, поддиафрагмальном абсцессе и др.).

Болевые точки в области тазового пояса и ног

Болевые точки в области тазового пояса и ног характерны для спондилогенных и периферических поражений нервной системы (пояснично-крестцового радикулита, радикулоневрита, невритов и др.). При неврологическом обследовании выявляют:

- *Точки Балле* латерально от остистых отростков пояснично-крестцового отдела позвоночника, у гребешка задней верхней подвздошной ости, у середины гребешка подвздошной кости, по задней поверхности бедра у седалищного бугра, на середине задней поверхности бедра и кнутри от сухожилия двуглавой мышцы, в подколенной ямке несколько кнутри от средней линии, позади головки малоберцовой кости, у наружной лодыжки, на теле стопы; точку бедренного нерва в середине паховой складки;
- *Точки Хары* — заднюю в области поперечных отростков IV–V поясничных позвонков, точки в области крестцово-подвздошного сочленения, над остистыми отростками крестца, у задней верхней ости гребешка подвздошной кости, на ахилловом сухожилии (при сдавливании его пальцами), около средней линии живота на 3–5 см ниже пупка, пяточную (при перкуссии молоточком пяточной кости);

- *Точку Дежерина* при надавливании на остистый отросток I крестцового позвонка;
- *Точку Бехтерева* (медиоплантарную точку) при надавливании на середину подошвы.

ТРИГГЕРНЫЕ ТОЧКИ (БОЛЕЗНЕННЫЕ МЫШЕЧНЫЕ ТОЧКИ)

Пальпацию мышц производят двумя-тремя пальцами, охватывая отдельную мышцу или группу мышц. У детей первых двух лет жизни не всегда удастся прощупать мышцы из-за их недостаточного развития и незначительного отличия по плотности от хорошо развитой подкожной клетчатки. У подростков и взрослых при пальпации оценивают степень и симметричность развития мышц, их тонус при расслаблении и сокращении, болезненность. Гипотрофия и гипотония отдельных мышечных групп наблюдаются при нарушении их иннервации (например, при неврите, полиомиелите), некоторых формах миопатии, болезненность при пальпации отдельных мышц характерна для миозита. Лучше всего мышцы исследуются массажными приемами «щипцы», «сверление», «сжатие».

Не следует путать диагностические болевые точки и *болезненные мышечные уплотнения (БМУ)*, или *триггерные точки*, которые представляют собой пальпаторно определяемые участки мышечного гипертонуса различной плотности и величины, сопровождающиеся отраженными болями (рис. 50). Наиболее оправданным диагностическим способом определения болезненных мышечных уплотнений является программа *кинестезической пальпации* (последовательное использование приемов поверхностной и глубокой пальпации). Приводим эту методику.

Положение больного — лежа на спине или животе, можно сидя (для исследования мышц надплечья и шеи). Естественно, общий комфорт является необходимым условием. Пальпирующее усилие не должно быть большим. В противном случае, во-первых, произойдет усиление общего тонуса мышцы, затрудняя определение нужного участка; во-вторых,

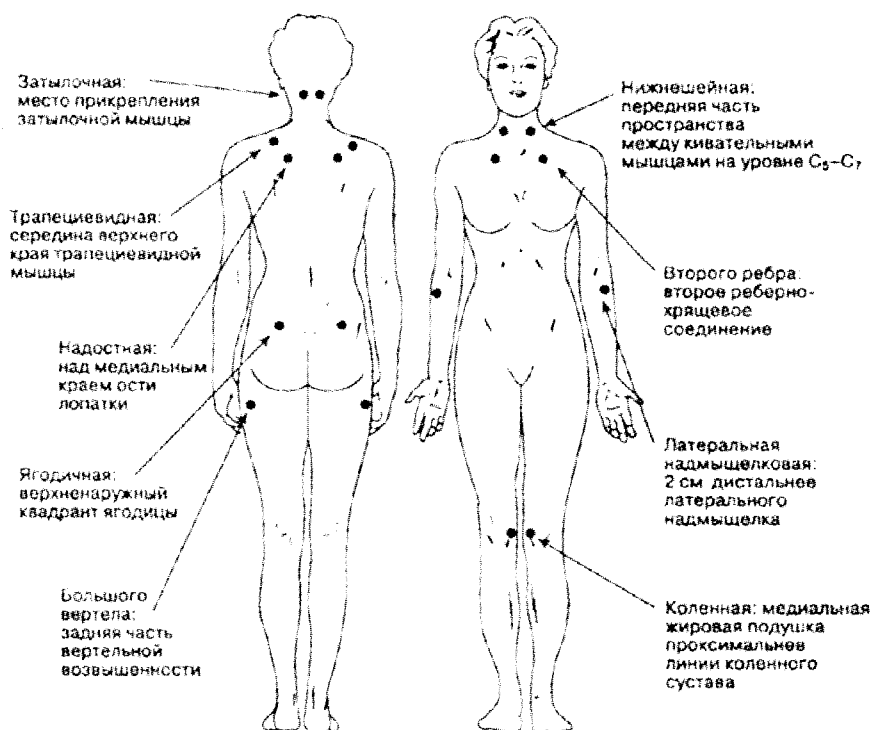


Рис. 50. Триггерные точки

при большом давлении пальцем точность исследования не увеличивается. Крик больного от исследующего пальца не является свидетельством точности диагноза, а скорее говорит о некорректности исследования. Поэтому не рекомендуется пользоваться методикой «вибрационной отдачи» для определения зоны иррадиации вызванной болезненности. Простое проведение ладонью по коже над участком мышцы может быть ориентиром в топическом диагнозе — пациентом это движение может быть воспринято как прикосновение чего-то горячего. Объективно гипералгетической кожной зоне соответствует своеобразное торможение скольжению — феномен «прилипания». Диагностическое значение этого феномена невелико — он часто отсутствует, бывает непостоянен в локализации и подвержен миграции.

Затем следует поверхностное ощупывание мышцы. Цель исследования — определение общей консистенции мускулатуры, «знакомство» с ней, что является полезным в устранении ориентировочной реакции напряжения. При этом исследовании часто удается уловить контуры БМУ в самой напряженной ее части. Последующий этап — обнаружение искомого БМУ. Пальпация для этих целей должна быть глубокой, проникающей и в то же время скользящей по мышце вместе с подкожной клетчаткой. Типичная ошибка — интенсивная пальпация кончиками пальцев, тогда как наиболее чувствительные участки — подушечки. При соблюдении этих требований удастся отчетливо идентифицировать ядро и периферию, пространственные ориентиры и соотношение сухожильной частью мышцы. Величина БМУ и степень болезненности — показатели несоизмеримые. Поэтому сведение экспертной оценки болезненности по размерам гипертонуса представляется бесполезным занятием.

Другим болевым феноменом, отличающимся от спонтанной и локальной болезненности, является воспроизводимый при растяжении мышцы «болевого рисунок». Пассивное растяжение мышцы с БМУ значительно усиливает остроту как спонтанной, так и вызванной болезненности. Как правило, максимум боли достигается при растяжении мышцы до предела и удерживается в течение всего периода растяжения.

Обнаружение БМУ мимических мышц производится также чередованием поверхностной и глубокой пальпации. Ориентировочная пальпация кожных покровов и лицевых мышц осуществляется обеими руками. При этом для лучшего осязания смежными пальцами производится скольжение по коже с чередующимися неглубокими погружениями в ткань. Таким образом перебирается вся поверхность лица, определяется тургор и эластичность кожи, трофика мускулатуры, ее механическая возбудимость, болезненность и локализация патологических участков. Глубокая пальпация заключается в последовательном ощупывании большим и указательным пальцами тканей щеки. При этом один из пальцев находится в полости рта, а другой — снаружи. Пальпируются круговая мышца, мышца поднимающая верхнюю губу, большая и малая скуловые мышцы, а также мышцы, опускающие и поднимающие угол рта и частично подбородочная мышца. Гипертонусы

в них определяются в виде веретенообразных утолщений длиной 8–15 мм и шириной 3–6 мм. В зонах прикрепления мышц к костям указанные образования приобретают округлую форму с выраженным центром и нечеткой периферией. Гипертонусы чрезвычайно болезненны при растяжении, напоминают триггерные пункты при невралгии тройничного нерва, но пальпация их никогда не сопровождается приступом невралгии. Пальпация в динамике заболевания позволяет получать ценные сведения о состоянии мимических мышц на разных этапах болезни.

Пальпация важна для определения консистенции, границ и размеров опухоли, инфильтрата, лимфатических узлов; с ее помощью определяют наличие болезненности, флюктуации, дефекта тканей, в том числе надкостницы.

Самой выраженной формой изменений на надкостнице является болезненность во время проникающего массажа кончиками пальцев. На поверхности кости могут ощущаться также неровности, набухания.

Однако следует учесть тот факт, что исследование неврологических кожных, сухожильных, мышечных и надкостничных рефлексов относится к прерогативе врачебной диагностики, как и исследование активных движений и использование специальных функционально-двигательных тестов на определение тонуса, силы, выносливости мышечных групп. Применение массажистом аппаратных методов диагностики (эластометрии, миотонометрии, динамометрии и т.п.) должно быть также согласовано с лечащим врачом.

Из диагностических инструментов оправдано использование зонда или щупа для определения участков гиперестезии, изменений кожного дермографизма и т.п. Так, по исследуемой поверхности проводят концом специального зонда диаметром 2–3 мм (подобно толстой игле). Тупое прикосновение иглы в нарушенных зонах ощущается как острая, режущая боль.

Тем не менее в условиях непрерывного роста технических средств, используемых для обследования больных, многие видные клиницисты обращают внимание на опасность подмены клинического мышления бездумным техницизмом, на возможность неправильной ориентации специалиста в подходе к результатам лабораторных и инструментальных методов исследования с верой в их абсолютную непогрешимость.

Различные приемы пальпации помогают выявить достоверные и вероятные признаки заболевания. При этом вероятность признаков может быть различной, и при проведении дополнительного исследования некоторые из них становятся достоверными, а другие, не нашедшие подтверждения, — сомнительными или вовсе отбрасываются. Врачебное заключение, как правило, базируется на достоверных признаках, поэтому предпочтительно для обоснования диагноза двойное или тройное обеспечение достоверности главных признаков болезни. При этом представляется важной согласованность выявляемых признаков друг с другом, а также отсутствие противоречий в результатах различных методов обследования больного, как основных, так и дополнительных.

Целенаправленность в использовании пальпации наряду с основными и дополнительными методами исследования обеспечивает своевременную постановку и достаточную точность диагноза болезни.

Массажист является непосредственным соучастником не только лечебного, но и диагностического процесса. Редко когда врач может столь детально оценить состояние мягких тканей так, как это сделает массажист в процессе первой лечебно-диагностической процедуры и на протяжении всего курса массажного воздействия.

Таким образом, только сочетание основных и дополнительных, достоверных и вероятных признаков, а также тесное сотрудничество врача и массажиста может помочь установить не только точный диагноз, но и разработать эффективный максимально индивидуализированный план лечебных мероприятий.

ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРЕНИРОВКИ МАССАЖИСТА

О способностях человека судят по его достижениям в процессе обучения или выполнения какой-либо деятельности. Эпитеты «профессионал», «мастер», «виртуоз» как свидетельство выших достижений — желанная мечта любого специалиста, влюбленного в свое дело, а здоровые амбиции — прекрасный мотив для ее реализации. Однако столь лестные титулы способен заслужить далеко не каждый, а только тот, кто не останавливается на пути к совершенству — от потенциальной способности к реализованной возможности — и не жалеет сил и времени для постижения новых граней своей профессии.

Для совершенствования профессиональных качеств массажиста особое значение имеет развитие двигательных умений и навыков. Научиться выполнять элементарные массажные приемы может практически любой желающий, однако освоить весь их арсенал (к примеру, классической техники массажа), в состоянии только специалист, не только постоянно повышающий свои знания в области частных методик массажа, но и совершенствующий свои двигательные способности. Мало того, применение в процессе выполнения массажа разнообразных манипуляций, как правило, служит самой лучшей профилактикой перегрузки отдельных мышечных групп и предотвращением возможных заболеваний, развивающихся вследствие имеющихся (по разным причинам) дефектов массажной техники.

На сегодняшний день наиболее распространено разделение двигательных способностей на 2 класса. Комплекс *кондиционных* или *энергетических* (в традиционном понимании физических) способностей в значительно большей мере зависит от индивидуальных морфологических факторов, биохимических и гистологических перестроек в мышцах и организме в целом и включает силу, выносливость, скорость и гибкость.

Комплекс *координационных* («информационных») способностей преимущественно обусловлен влиянием ЦНС (психофизиологическими механизмами управления и регулирования), — способность к равновесию, ориентированию, реагированию, дифференцированию параметров движений, ритму, перестроению двигательных действий, вестибулярной устойчивости, произвольному расслаблению мышц и согласованию их работы.

Если на начальном этапе обучения массажной технике совершенствование двигательных способностей желательно, но не обязательно, после освоения базовых массажных приемов (первичная специализация) дальнейшее развитие своих потенциальных возможностей — для массажиста насущная необходимость. Безусловно, развитие как кондиционных, так и координационных способностей следует проводить одновременно и параллельно.

Тем не менее с целью методического оформления предлагаемой программы профессиональной тренировки массажиста рационально описать перечень последовательных этапов совершенствования профессиональных двигательных умений и навыков в зависимости от уровней построения движения.

Так, по представлениям Н.А. Бернштейна (1947), в процессе построения движений следует выделить две основные группы уровней, регулирующих структурами ЦНС, — *субкортикальные* или низшие кинематические и *кортикальные*, или высшие (сознательные). В зависимости от структурных единиц этих уровней регуляции складываются и их ключевые свойства:

- Кондиционные способности для изолированной мышцы и мышечной группы;

- Координационные — для мышечной группы и двигательного стереотипа;
- Конструктивные (бытовые, профессиональные, спортивные) — для двигательного стереотипа и смыслового двигательного акта;
- Творческие — для смыслового и мотивационного двигательных актов.

Непосредственно сам процесс построения движения (по П.К. Анохину, 1935) проходит в соответствии с определенными этапами. Так, цель подготовительного этапа — обеспечение условий для создания двигательного навыка. Задачи, которые решаются на этом этапе, — создание предпосылок для физической готовности к освоению двигательного навыка и обеспечение психической готовности к последующим этапам. При начальном обучении преследуется цель сформировать умение выполнять необходимое двигательное действие хотя бы в «грубой», несовершенной форме.

Следующий этап, этап углубленного разучивания, преследует цель довести первоначальное «грубое» владение техникой действия до относительного совершенства.

Цель завершающего этапа — закрепление и дальнейшее совершенствование приобретенного двигательного акта.

Для первого этапа построения движений наиболее оправдано использование элементов самомассажа, а также упражнений на развитие гибкости и силовых характеристик основных мышечных групп, значимых для профессиональной деятельности массажиста, в то время как на втором и третьем этапах максимальное внимание уделяется освоению упражнений на развитие координационных способностей.

Общие правила программы тренировки рук массажиста

1. Стремиться к тому, чтобы движения левой и правой руки были аналогичными, синхронными, так как одинаковое владение обеими руками для массажиста служит одним из показателей его квалификации.
2. Развивать не только способности суставов и мышц кистей, но всей свободной верхней конечности и плечевого пояса, так как они представляют собой единую кинематическую цепь.

3. Занятия должны быть не длительными и утомительными, а краткими, но систематическими. При утомлении необходимо сделать перерыв или выполнить упражнения на расслабление мышц рук (встряхнуть ими и т. п.).
4. Переходить «от простого к сложному» следует постепенно, оттачивая правильность и эстетическую привлекательность выполнения движений (правильное красиво, красивое правильно).
5. Подбирать необходимый комплекс упражнений надо, соблюдая принцип индивидуальности, в зависимости от имеющихся анатомо-функциональных особенностей строения (форма кисти, длина рычагов и т.п.), определенных признаков дисгармоничного развития (тугоподвижные суставы, слабые мышцы и т.п.) и, конечно, учитывая побудительные мотивы для занятий.

УЛУЧШЕНИЕ ТРОФИКИ ТКАНЕЙ

Прежде чем переходить непосредственно к совершенствованию двигательных способностей, массажист должен знать и уметь выполнять приемы гигиенического самомассажа, предназначенные для увеличения кровотока, профилактики застойных явлений, усиления трофики тканей и регуляции мышечного тонуса. Систематические сеансы самомассажа должны органично войти в его распорядок дня. Как правило, массируются мышцы шеи, надплечий и верхних конечностей.

Наиболее оправдано применение методики самомассажа (Бирюков А.А., 1992), включающей такой порядок выполнения приемов: для крупных мышечных групп — поглаживание, разминание (в том числе и продольное — «выжимание»), непрерывная вибрация (потряхивание) и снова поглаживание, а для суставов — поглаживание, растирание, поглаживание. Все массажные движения выполняют от периферии к центру в умеренном темпе. По времени процедура такого самомассажа не должна превышать 10–15 минут.

Элементарные приемы самомассажа рационально использовать также и для подготовки рук к предстоящему массажному воздействию («для их разогрева»). К ним относятся:

1. Растирание ладоней движениями вверх-вниз (рис. 51).



2. Растирание боковых поверхностей сцепленных пальцев движениями вверх-вниз (рис. 52).



3. Потирание ладонной и тыльной поверхностей кистей рук, как при их мытье (рис. 53).



4. Сжимание кистей рук, попеременно меняя их положение (рис. 54).



5. Надавливание сильно сжатыми четырьмя пальцами одной руки на основание большого пальца, середину ладони, основание пальцев другой руки (рис. 55).



6. Похлопывание ладонями («аплодисменты») (рис. 56).



7. Растирание каждого пальца вдоль, затем поперек ладонными поверхностями большого и указательного пальцев или внутренними (боковыми) поверхностями указательного и среднего пальцев (рис. 57).



8. Растирание и разминание ладоней и тыльной поверхности кистей шестигранным карандашом с постепенным увеличением усилий (Цуцуми Й., 1990).
9. Разминание ладонной и тыльной поверхностей кистей при помощи грецкого ореха или шарикового рифленого массажера; его кладут между кистями рук и совершают круговые движения, постепенно увеличивая силу нажима и темп (рис. 58).



РАЗВИТИЕ КОНДИЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ

При их совершенствовании основное внимание уделяется развитию гибкости суставов, эластичности, силе и выносливости основных мышечных групп, значимых для профессиональной деятельности массажиста. Скоростные качества не столь важны для массажной практики и, как правило, не требуют дополнительного развития.

Гибкость

У профессионального массажиста должны быть гибкие суставы, эластичные связки, не «зажатые», без «блоков» и без болезненных уплотнений мышцы. Для этого надо систематически выполнять упражнения на развитие гибкости — «растяжки» прежде всего для мышц плечевого пояса и свободной верхней конечности. Каждое растяжение удерживается в течение 30 секунд. Повторить 4–6 раз. Основное движение выполняется на выдохе.

1. И. п. (исходное положение) — лежа на животе, руки согнуты в локтях, предплечья опираются о пол. Не отрывая предплечий и живота от него, отжаться, чтобы выгнуть спину в верхнем грудном отделе.
2. И. п. — лежа на спине, согнув ноги в коленях, стопы на полу. Руки переплетены за головой. Потянуться головой к груди, при этом, не отрывая лопаток от пола.
3. И. п. — стоя, заведя одну руку за спину. Захватить другой локоть согнутой руки и потянуть через среднюю линию спины, чтобы стабилизировать левое плечо. Наклонить голову к правому плечу. Повторить с противоположной стороны.
4. И. п. — стоя лицом к углу комнаты или дверному проему. Подняв руки в стороны, чтобы локти были на уровне плеч, а предплечья направлены строго вверх, упереться ладонями в стену или дверной проем, чтобы растянуть грудные мышцы, и сделать шаг вперед.

5. И. п. — стоя, руки заведены назад на уровне плеч, упираются в стену, пальцы направлены вверх. Согнуть ноги и несколько опуститься вниз, не отрывая рук от стены.
6. И. п. — стоя, подняв одну руку на уровне плеча и согнув ее в локтевом суставе. Другой привести согнутую руку по направлению к противоположному плечу в горизонтальной плоскости и потянуть локоть к плечу. Выполнить с противоположной стороны.
7. И. п. — стоя, ноги на ширине плеч, в руках гимнастическая палка или веревка. Руки за спиной на ширине плеч обратным хватом. Медленно поднять их над головой и завести вперед, затем выполнить движение в обратную сторону.
8. И. п. — стоя, согнуть одну руку, заведя ее за голову, локоть направлен вверх, кисть находится на лопатке. Захватив локоть кистью другой руки, потянуть его вниз.
9. И. п. — стоя, согнуть одну руку в запястье при помощи другой. Выпрямить ее, удерживая за кисть другой рукой.
10. И. п. — стоя, руки согнуты и находятся на уровне груди, кисти соприкасаются ладонными поверхностями. Надавливать ладонью одной руки на пальцы другой.
11. И. п. — стоя или сидя. Пассивные движения (стибание-разгибание, приведение-отведение, круговые движения, тракция, ротация) в суставах пальцев обеих кистей.

Сила, выносливость

Для развития силовых качеств могут использоваться как статические, так и динамические упражнения свободного характера, с сопротивлением, отягощением в уступающем или преодолевающем режимах. Изометрическое напряжение мышцы удерживается в течение 7–10 секунд, а упражнения с сопротивлением выполняют по 10–15 раз.

1. И. п. — стоя, руки вдоль туловища. Левую ладонь положить на правую. Преодолевая уступающее сопротивление левой руки, согнуть

правую в локтевом суставе — вдох, затем давить левой рукой на правую и, преодолевая ее сопротивление, вернуться в исходное положение. Выполнить с противоположной стороны.

2. И. п. — то же, как в предыдущем. Обхватить пальцами правой руки левое плечо и, преодолевая сопротивление, привести левую руку к правой стороне груди, затем, преодолевая сопротивление правой, вернуться в и. п. Сменив и. п. — обхватив левой рукой правое плечо, проделать то же упражнение. В и. п. — вдох, приводя руку к груди — выдох.
3. И. п. — сидя на стуле. Обхватить руками колено одной ноги, сделав вдох преодолевая сопротивление ноги, притянуть колено к груди — выдох. Затем, оказывая сопротивление руками, разогнуть ногу до исходного положения — выдох. Выполнить с противоположной стороны.
4. И. п. — стоя, руки за головой, кисть правой руки удерживает запястье левой. Преодолевая сопротивление левой руки и удерживая локоть правой в крайнем верхнем положении, разогнуть правую руку по направлению вверх — вдох. Затем, преодолевая сопротивление правой, согнуть ее левой рукой до и. п. — выдох. Выполнить с противоположной стороны.
5. И. п. — стоя, соединив пальцы на затылке. Преодолевая сопротивление мышц шеи, руками наклонить голову книзу до касания подбородком груди — выдох. Затем, преодолевая сопротивление рук, отклонить голову назад — вдох.
6. И. п. — стоя, упереться ладонями в подбородок. Преодолевая сопротивление мышц шеи, медленно руками надавливать на подбородок, отклоняя голову назад, — вдох. Затем, преодолевая сопротивление рук, наклонив голову вниз — выдох.
7. И. п. — стоя. Повернув голову до отказа влево, правой ладонью упереться в подбородок. Преодолевая сопротивление правой руки, повернуть голову до отказа вправо — вдох. Вернуться в и. п. — выдох. Повторить упражнение, повернув голову вправо, упереться ладонью левой руки в подбородок.

8. И. п. — стоя или сидя. Сцепив крайние фаланги пальцев, сжимать в кулак пальцы правой руки, преодолевая сопротивление левой. Затем проделать упражнение, сгибая в кулак пальцы левой руки. Это упражнение можно выполнять сцепленными в межфаланговых суставах пальцами.
9. И. п. — стоя или сидя. Надавливать ладонной поверхностью пальцев одной руки на тыльную поверхность сомкнутых пальцев другой, преодолевая сопротивление. Выполнить упражнение, меняя руки.
10. И. п. — стоя или сидя. Ладони сомкнуты перед грудью. Прогибание пальцев одной руки пальцами другой с преодолением сопротивления.
11. И. п. — стоя или сидя. Ладони сложить вместе, чтобы подушечки одноименных пальцев соприкасались друг с другом. Удерживая руки на уровне груди, плотно прижать ладони друг к другу, после чего с сопротивлением, опираясь только на кончики пальцев, отжать ладони, одновременно разводя пальцы друг от друга. Затем вновь с силой свести пальцы и ладони в и. п. (Иванов В.И., 1991).

Упражнения на укрепление мышц плечевого пояса и свободной верхней конечности можно выполнять с дополнительными предметами: гантелями, пружинным эспандером, резиновым бинтом, кистевым эспандером и др.

Простейшее, но эффективное приспособление для развития силы мышц пальцев — «кистеукрепитель». Это круглая палка длиной 55 см, имеющая два диаметра: в средней части, длина которой 26 см, — 5 см, по краям — 3 см. В средней части просверлено отверстие, через которое проведен шнур длиной 50–70 см. На одном его конце завязан узел с таким расчетом, чтобы он не мог пройти в отверстие. К другому концу шнура прикреплено отягощение (гантель весом 5–10 кг).

С помощью этой палки можно выполнить такое упражнение: перехватывая ее поочередно кистями рук, накручивать на нее шнур с грузом. Затем, вращая палку в противоположном направлении, разма-

тывать шнур. Упражнение можно выполнять, держа палку перед собой и за спиной, хватом сверху и хватом снизу, накручивать шнур к себе и от себя, при этом держа руки на средней, более толстой части «кистеукрепителя» или по краям — на более тонкой.

Еще одно упражнение с дополнительным предметом на развитие силовых характеристик мышц кисти: взявшись за угол развернутой газеты, начать комкать ее одной рукой, стараясь собрать весь лист в кулак. При этом поправлять бумагу другой рукой не разрешается.

Полезное упражнение для тренировки пальцев — отжимание в упоре лежа на пальцах, при этом туловище и ноги должны составлять одну прямую линию. По мере тренированности отжимания выполняют, опираясь сначала на четыре, затем на три, а потом и на два пальца каждой руки.

Рекомендуется каждые 2–3 месяца усложнять комплекс упражнений, увеличивая вес отягощения, количество повторов и интенсивность занятий. Количество повторов ограничивается только чувством утомления. Добившись необходимых результатов и выбрав из всего комплекса 3–5 наиболее сложных упражнений, выполнять их с определенной регулярностью.

РАЗВИТИЕ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ

Все упражнения этой группы вначале осваивают под контролем зрительного анализатора, а затем с закрытыми глазами, вначале — обеими руками одновременно, затем — вместе и по очереди. После освоения конкретного упражнения его начинают выполнять в усложненных условиях — руки впереди, вверху и в стороны, а затем с движением всей руки в вертикальной, горизонтальной плоскости и по кругу, выполняя более сложные фигуры («восьмерку»), с одновременным передвижением (ходьбой). Комплекс упражнений подбирается в зависимости от намерения развить конкретную координационную способность.

Согласованная работа мышц

1. Тыльное и ладонное сгибание кистей рук. При первом пальцы разведены в стороны, руки направлены вперед, а при втором сжаты в кулаки, руки вдоль тела.
2. Вращение кистями рук с разведенными пальцами. При этом ими выполняется движение «волна» (их последовательное сгибание и разгибание в пястно-фаланговых суставах) (рис. 59).



3. Движение «волна» вначале выполняется только пальцами, затем кистью, а потом всей рукой. Пальцы сомкнуты.

4. Одновременное сжимание пальцев в кулак и разжимание (разведение в стороны) напряженных пальцев (рис. 60).

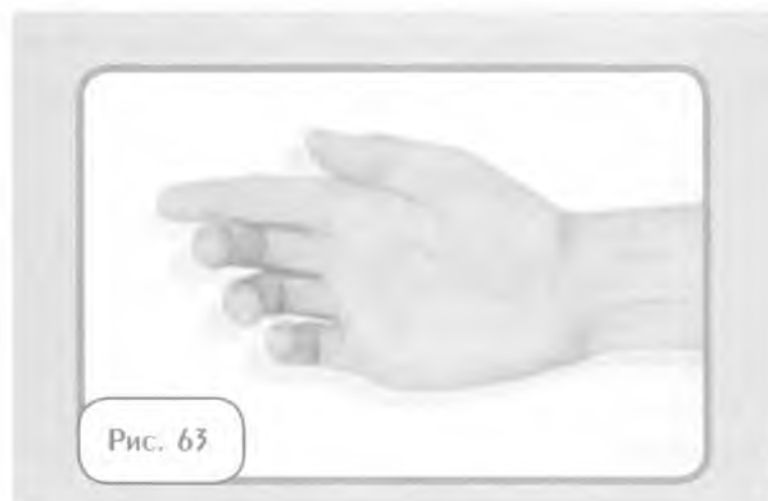


5. Поочередное сгибание и разгибание пальцев («счет на пальцах»).
6. Смена положений — пальцы выпрямлены, приведены («плоскостное» положение кисти) (рис. 61), далее большой палец отведен, остальные полусогнуты («обхватывающее» положение кисти) (рис. 62). Пястно-фаланговые суставы остаются в и.п.





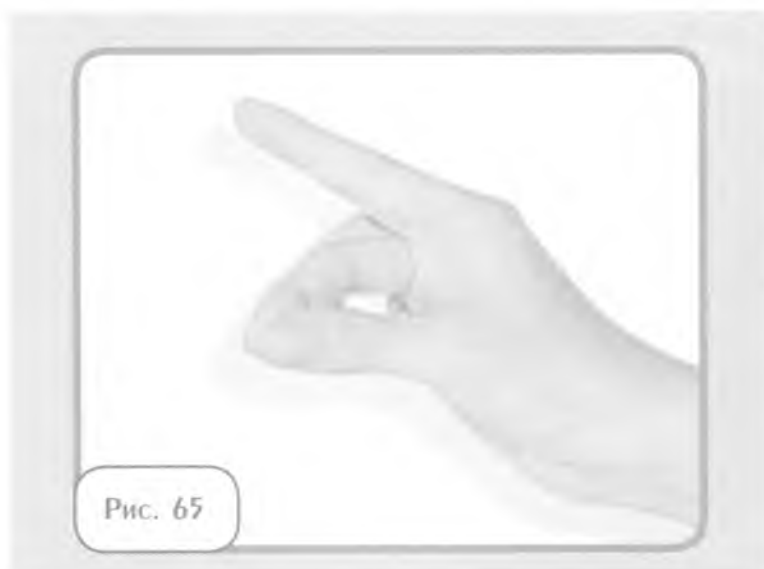
7. Пальцы сомкнуты, большой приведен. Начав с мизинца, последовательно (веерообразным движением) согнуть все пальцы в межфаланговых суставах (рис. 63). Пястно-фаланговые суставы остаются в и. п. Затем обратным движением привести пальцы в и. п. Большой палец и мизинец в зависимости от фазы движения остаются выпрямленными.



8. Поочередно соприкасаться подушечками четырех пальцев с большим (рис. 64).



9. Поочередные щелчки каждым пальцем (рис. 65).



10. Вращение каждым пальцем по отдельности по часовой стрелке и против нее (рис. 66).



11. Кроме больших пальцев, остальные в «замке». Вращение по часовой стрелке и против нее больших пальцев вокруг друг друга (рис. 67).
12. Разведение пальцев в стороны и сведение вместе («ножницы»), сначала всех вместе, затем парами (большой — указательный, указательный — средний и т. п.).
13. Прижать подушечку большого пальца правой руки к подушечке указательного левой, а подушечку указательного правой — к подушечке большого левой и поместить их над предыдущей парой. Затем расцепить нижнюю и менять пары местами. Аналогично можно соединять подушечку большого с подушечками других пальцев (рис. 68).



Для тренировки согласованной мышечной работы выполняют упражнения с различными предметами. Для мелких мышечных групп кисти (мелкой моторики) используют спичечный коробок, крупную монету, карандаш, грецкий орех, специальные массажные шары, мячики для настольного тенниса и т. п.

1. Взяв в ладонь два одинаковых по размеру грецких ореха, медленно делать круговые движения, перекатывая один через другой или вращая их по плоскости ладони друг за другом (так, чтобы они не соприкасались): в правой ладони — по часовой стрелке, в левой — против нее, затем наоборот (рис. 69 а, б),



Рис. 69 а, б

2. Положив на проксимальные фаланги пальцев полусогнутой кисти металлическую монету, перемещать ее за счет движений пальцев в направлении от указательного к мизинцу и наоборот (рис. 70).



Рис. 70

3. Зажав карандаш или стержень между средними фалангами указательного и среднего, вращать его между всеми пальцами кисти (кроме большого) (рис. 71).

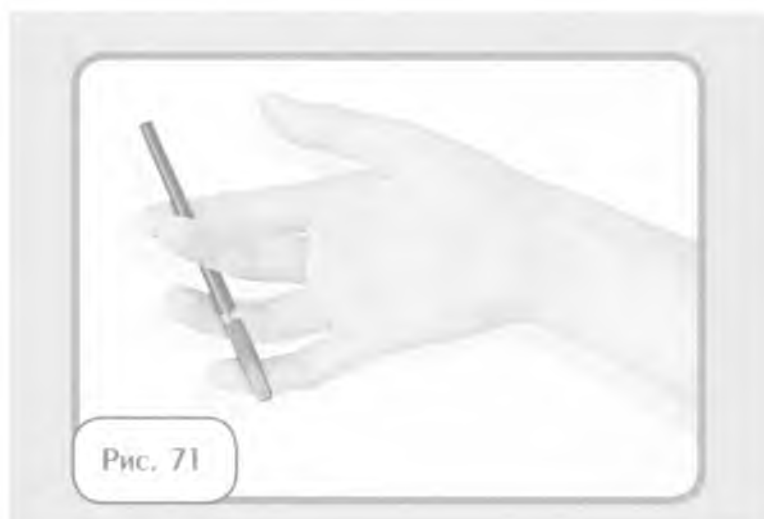


Рис. 71

Определенное значение для развития координации движений имеют упражнения, требующие сохранения равновесия (движения руками при стойке на одной ноге и др.), необходимое условие которых — согласованность движений.

Способность к реагированию

Упражнения на ее развитие характеризуются более сложной согласованностью движений. Необходимое условие для их выполнения — сосредоточение внимания занимающегося, поэтому они близко подходят к упражнениям, развивающим внимание и точность движений. Как правило, их выполняют с дополнительными предметами.

1. Одну руку приподнять на высоту глаз, взять карандаш за конец, а другую установить на уровне пояса. Отпустив карандаш, попытаться схватить его другой рукой.
2. Положить монету на боковую поверхность указательного пальца и тыльной стороной большого («ногтем») сделать щелчок так, чтобы монета отскочила вверх. Поймать ее.
3. Зажав монету в кулаке, приподнять руку на уровень глаз, ладонной поверхностью вниз. Отпустив монету, схватить ее, при этом сделав в воздухе рукой круговое движение.

Упражнения с мячом для тенниса — простые и в то же время чрезвычайно эффективные: малый размер мяча и его прыгучесть осложняют его ловлю, требуя большой точности, внимания и лучшей координации движений. Наиболее легкие варианты упражнений с мячом — броски вверх. Впоследствии следует выполнять их с отбиванием мяча о пол, стену, делая бросок одной рукой, а ловя его другой, стараясь попасть в точно определенную цель. Можно, например, ловить его, подставляя руку снизу.

Способность к перестроению двигательных действий

Более сложные упражнения на развитие координации движений подразумевают способность к быстрому и точному перестроению двигательных действий.

1. Правой рукой взяться за левое ухо за головой, а левой — коснуться кончика носа и наоборот (упражнение «ухо — нос») (рис. 72).



2. И. п. — сидя, руки на коленях. Одной рукой выполняют удары ребром по колену, в то время как другой производят круговые движения (упражнение «ребро — ладонь») (рис. 73).
3. Пальцы одной руки сжаты в кулак, а пальцы другой по очереди с большим образуют кольцо, затем положения рук меняются (упражнение «кулак — кольцо») (рис. 74).



Способность к дифференцированию параметров движения

Для этого используют кистевой динамометр. Взяв его в руку шкалой вверх, сжать и запомнить результат. Затем попробовать повторить полученные показатели. После освоения этого упражнения проводится тренировка с попыткой повторить несколько раз значения «слабое — среднее — сильное» усилие.

Способность к поддержанию ритма

Как правило, эти упражнения выполняют за столом, ориентируясь на звук удара руки по поверхности стола.

1. Свободное похлопывание ладонями по нему поочередно и одновременное воспроизведение определенного ритма или мелодии.
2. Свободное постукивание пальцами по столу одновременно обеими руками и поочередное воспроизведение определенного ритма или мелодии.
3. Надавливание поочередно подушечками пальцев на поверхность стола (имитация игры на пианино). Выполняется сначала одной, затем другой, а после этого обеими руками одновременно (поочередно каждым пальцем).
4. Постукивание по краю стола поочередно большим, указательным и средним пальцами обеих рук.
5. Усложненный вариант — для развития способности к поддержанию ритма и перестроения двигательных действий: поочередно одной рукой стучат (кулаком), а другой хлопают (ладонью) по столу (упражнение «кулак — ладонь»).
6. Поочередная смена положения рук на столе «кулак — ладонь — ребро».

Способность к произвольному расслаблению мышц

1. Руку согнуть в локтевом суставе до прямого угла и сильно сжать пальцы в кулак. Напрячься и расслабиться, свесив руку вдоль туловища.
2. Маховые движения руками из стороны в сторону или по кругу (упражнение «мельница»).
3. Энергичное потряхивание расслабленной кистью в ускоряющемся темпе.

РАЗВИТИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ

Качество работы массажиста в значительной мере зависит от тонкости осязания, степени развития мышечного чувства. Эти качества профессионал в области массажа должен всемерно развивать. Можно сказать, что рука для массажиста — его вторая пара глаз. Но у массажиста как мышечное чувство, так и тонкость осязания значительно ослабевают при утомлении. Если первое ослабляется в арифметической прогрессии, то второе снижается в геометрической прогрессии.

Тренировкой чувствительности массажиста следует заниматься последовательно: обучение распознаванию формы, консистенции и объемности предметов. Зрительное и слуховое восприятие постепенно умышленно исключают. Так, улучшить свою пальпаторную чувствительность помогут такие упражнения:

1. Исследование методом пальпации поверхностей монет: нужно определить номинал каждой наощупь, накрывая их все большим количеством листов бумаги. Аналогично можно определять номинал монет в кармане брюк.
2. Ощупывание и определение мелких предметов сходной формы (например, ключей в связке).

3. Обнаружение остеолигаментарных реперов через поверхностные кожные слои.

Включение в процесс профессиональной подготовки массажистов элементов биоэнергетики, методических принципов по энергетическому воздействию и защите (Чудимов В.Ф., Ромашин О.В., 2002) не может быть признано рациональным ввиду разных требований к развитию чувствительности у массажистов и экстрасенсов. Если в первом случае требуется совершенствование контактного чувства (осознания), во втором — дистантного (различение на расстоянии от пациента ощущений тепла — холода).

ЗАКРЕПЛЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРИОБРЕТЕННЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ

Для поддержания достигнутых результатов на оптимальном уровне необходимы регулярные систематические физические занятия. Желательно, чтобы начинающий массажист уже имел определенный опыт в вопросах физической культуры. Занятия такими видами спорта, как айкидо, дзюдо, йога, гимнастика, плавание и др., где необходимо совершенное владение собственным телом, всегда благоприятно сказывается на усвоении необходимых для массажа двигательных навыков, так как одновременно с ростом этих знаний все тело занимающегося проходит подготовку для решения будущих сложных координационных задач.

А вот занятия бодибилдингом, атлетической гимнастикой и тому подобными видами физической культуры, наоборот, могут отрицательно сказаться на овладении свободой и легкостью движений, требующихся для массажной практики.

Благоприятное воздействие на развитие ловкости и пластичности движений кисти и пальцев рук массажиста оказывают также занятия изобразительным искусством (лепкой), жонглирование предметами и в особенности проведение фокусов (с картами, с монетой), не требующими дополнительных приспособлений, кроме собственных рук.

Со временем каждый массажист окажется в состоянии перенести полученные способности в массажную технику, приведя ее к собственным индивидуальным характеристикам, но и создавая новые оригинальные массажные приемы и их комбинации.

Сам по себе массаж — превосходные упражнения для освоения мануальной техники, выполняемой на «пациентах-натурщиках», при этом извлекается обоюдная польза. Приемы массажа следует повторять при каждом удобном случае. Из своего рабочего дня, даже чрезвычайно напряженного, ежедневно можно выкроить 10 минут, достаточных для осуществления корректного массажа. Такой сеанс, безопасный для пациента, зачастую представляет собой не только тренировочный, но и настоящий терапевтический акт.

ГЛОССАРИЙ МАССАЖНЫХ ТЕРМИНОВ

При описании и проведении приемов массажа употребляют термины, которые дают более полную характеристику технике и методике проведения массажа.

Ближняя, дальняя рука (или другая часть тела). Под «ближней рукой» или «ногой» подразумевается конечность, расположенная ближе к массажисту, стоящему или сидящему сбоку от массируемого, под «дальней» ногой или рукой — часть тела, расположенная дальше от массажиста. Принято массировать «ближние» конечности и «дальнюю» сторону груди, спины, шеи, «дальнюю» ягодицу.

Курс массажа — законченный цикл массажных процедур/сеансов (как правило, от 3 до 15) в целях лечения, восстановления работоспособности.

Массажер — инструмент или аппарат для массажа.

Массажист — профессиональный специалист по массажу. В лечебно-оздоровительных учреждениях соответствует должности «медицинская сестра по массажу», в спортивных командах — «тренер-массажист».

Массажный валик — валик (валики), подкладывается для придания участкам тела среднефизиологического положения, а также для удобства, расслабления тела массируемого.

Массируемый — человек, которого массируют.

Массирующий — человек, который массирует.

Местный (частный, локальный) массаж — выполняется на какой-либо отдельной части тела, суставе, мышце, группе мышц.

Методика массажа — научно обоснованный процесс, представляющий собой целесообразно скомпонованную совокупность приемов массажа, выполняемых и повторяемых в определенной последовательности, с определенной длительностью, с силой, темпом, на конкретном участке тела или в строгой очередности массируемых частей тела, как в течение процедуры/сеанса, так и всего курса массажного воздействия.

Общий массаж — выполняется последовательно на всех участках тела.

Пасс — движение рук, выполнение какого-либо приема один раз на конкретном участке тела.

Передний, обратный ход (руки массажиста). Если говорится, что рука движется «передним ходом», это значит, что она скользит (массирует) вперед большим и указательным пальцами (то есть лучевой стороной кисти); если говорится, что она движется «обратным ходом», — это значит, что она скользит вперед мизинцем, то есть локтевой стороной кисти.

Перпендикулярное, продольное положение. Если поперечные оси (оси плеч) тела массажиста и тела массируемого взаимно перпендикулярны, говорят, что массажист стоит перпендикулярно по отношению к массируемому (то есть массажист стоит лицом к кушетке, на которой лежит пациент); если эти оси взаимно параллельны, массажист расположен «продольно» (то есть стоит правым или левым боком к пациенту).

Прием массажа — отдельное движение в серии однородных действий, часть более сложного действия. В классической технике массажа

выделяют 4 группы массажных приемов: поглаживание, растирание, разминание, вибрация. Каждая из групп включает несколько десятков отдельных приемов.

Сила выполнения массажа — количественная мера механического взаимодействия объектов (активного — массирующего, пассивного — тела массируемого), вызывающего деформацию тканей.

Темп выполнения массажа — количество выполняемых приемов за единицу времени.

Техника массажа — биомеханическая характеристика мастерства (качества) выполнения совокупности массажных приемов.

Ударные приемы — приемы вибрации, выполняемые прерывисто в перпендикулярном направлении к массируемой области.

ПРИЛОЖЕНИЕ

1. ПРИМЕРЫ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ МАССАЖ»

Билет 1

1. Краткая история возникновения и развития массажа.
2. Поглаживание. Физиологическое действие. Виды, техника выполнения, методические указания.
3. Сегментарно-рефлекторный массаж.
4. Топографические особенности верхней конечности. Массаж верхней конечности.
5. Массаж в раннем послеоперационном периоде. Основные принципы.

Билет 2

1. Механизмы влияния массажа. Специальные термины, употребляемые при массаже.
2. Продольное разминание. Физиологическое действие. Виды, техника выполнения, методические указания.
3. Техника сегментарно-рефлекторного массажа.
4. Топографические особенности спины. Массаж спины.
5. Массаж при травмах опорно-двигательного аппарата (в период реконвалесценции).

Билет 3

1. Влияние массажа на кожу, подкожно-жировую клетчатку.
2. Ударные приемы. Физиологическое действие. Виды, техника выполнения, методические указания.
3. Смещенные рефлексы при сегментарно-рефлекторном массаже.
4. Топографические особенности воротниковой зоны. Массаж воротниковой зоны.
5. Массаж при невритах.

Билет 4

1. Влияние массажа на сердечно-сосудистую и дыхательную системы.
2. Растирание. Физиологическое действие. Виды, техника выполнения, методические указания.
3. Соединительнотканый массаж.
4. Топографические особенности плеча. Массаж плеча.
5. Массаж при контрактурах.

Билет 5

1. Влияние массажа на органы дыхания и кровообращения.
2. Поперечное разминание. Физиологическое действие. Виды, техника выполнения, методические указания.
3. Баночный, перкуссионный, криомассаж.
4. Топографические особенности пояснично-крестцовой и ягодичной областей. Массаж пояснично-крестцовой и ягодичной областей.
5. Массаж при деформациях позвоночника (сколиоз, кифоз).

Билет 6

1. Влияние массажа на центрально-нервную и мышечную системы.
2. Ударные и сотрясающие приемы. Физиологическое действие. Виды, техника выполнения, методические указания.
3. Системы и виды массажа и целесообразность их сочетания при проведении массажных процедур.
4. Топографические особенности грудной клетки. Массаж грудной клетки.
5. Массаж при дефектах осанки.

Билет 7

1. Влияние массажа на мышцы и сосуды.
2. Классификация приемов массажа.
3. Периостальный массаж.
4. Топографические особенности живота. Массаж живота.
5. Массаж при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов (артрозах).

Билет 8

1. Организация труда массажиста.
2. Растирание. Физиологическое действие. Виды, техника выполнения, методические указания.
3. Особенности спортивного массажа.
4. Топографические особенности лица и шеи. Массаж лица и шеи.
5. Массаж при остеохондрозе позвоночника.

Билет 9

1. Гигиенические требования к массажисту и массируемому.
2. Движения (активные, с сопротивлением, пассивные).
3. Инструментальный массаж.
4. Топографические особенности коленного сустава. Массаж коленного сустава.
5. Применение мазей, растирок, кремов и др. лекарственных препаратов при массаже.

Билет 10

1. Анатомо-физиологические основы массажа.
2. Основные приемы ручного массажа, последовательность

их выполнения в зависимости от топографических особенностей массируемой области.

3. Особенности косметического массажа.
4. Массаж бедра. Топографические особенности бедра.
5. Массаж при пояснично-крестцовом радикулите.

Билет 11

1. Показания и противопоказания к массажу.
2. Поперечное разминание. Физиологическое действие. Виды, техника выполнения, методические указания.
3. Особенности национальных систем массажа (тайский, китайский и др.).
4. Массаж голени, голеностопного сустава, стопы. Топографические особенности голени и стопы.
5. Массаж при инсультах.

Билет 12

1. Лимфатическая система, ее функциональное значение. Влияние массажа на лимфатическую систему.
2. Продольное разминание. Физиологическое действие. Виды, техника выполнения, методические указания.
3. Сочетание массажа с другими физиотерапевтическими факторами.
4. Массаж кисти. Топографические особенности кисти.
5. Лимфомассаж. Особенности техники.

Билет 13

1. Влияние массажа на нервную и мышечную системы.
2. Ударные приемы, вибрация. Физиологическое действие. Виды, техника выполнения, методические указания.
3. Системы и виды массажа и целесообразность их сочетания при проведении массажных процедур.
4. Массаж тазовой области. Топографические особенности тазовой области.
5. Постизометрическая релаксация при миофасциальных болевых синдромах.

Билет 14

1. Основные правила выполнения массажных приемов.
2. Тонизирующие и успокаивающие приемы массажа.
3. Массаж внутренних органов (колономассаж).
4. Массаж спины. Топографические особенности спины.
5. Массаж при заболевании органов дыхания.

Билет 15

1. Использование растирок, мазей, кремов, гелей в массаже.
2. Разминание. Физиологическое действие. Виды. Техника выполнения, методические указания.
3. Рефлекторные виды массажа.
4. Массаж воротниковой зоны. Топографические особенности воротниковой зоны.

5. Массаж при ишемической болезни сердца.

Билет 16

1. Анатомо-физиологические и гигиенические основы массажа. Рабочее место массажиста.
2. Движения (активные, с сопротивлением, пассивные).
3. Основные принципы точечного массажа (микрорональные техники).
4. Массаж плечевого сустава. Анатомические особенности плечевого сустава.
5. Массаж при переломах трубчатых костей.

Билет 17

1. Возможные побочные реакции при неправильном проведении массажа и способы их устранения.
2. Поглаживание. Физиологическое действие. Виды, техника выполнения, методические указания.
3. Общий массаж. Показания к массажу. Схема проведения.
4. Массаж коленного сустава.
5. Массаж при гипертонической болезни.

Билет 18

1. Основные правила и требования при проведении приемов «классической» техники массажа. Условные единицы в массажной практике.
2. Растирание. Физиологическое действие. Виды, техника выполнения, методические указания.
3. Аппаратные виды массажа.
4. Массаж и гимнастика детей младенческого возраста.
5. Массаж при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Билет 19

1. Криомассаж, баночный массаж, перкуссионный массаж.
2. Сотрясающие, ударные приемы, вибрация.
3. Соединительнотканый массаж.
4. Влияние массажа на сердечно-сосудистую систему.
5. Массаж при гипотонической болезни.

Билет 20

1. Организация труда массажиста.
2. Основные приемы ручного массажа, последовательность их выполнения в зависимости от топографических особенностей массируемой области.
3. Аппаратные виды массажа.
4. Топографические особенности лица и шеи.
5. Массаж при травмах опорно-двигательного аппарата (в острый период).

2. ПРИМЕРЫ КВАЛИФИКАЦИОННЫХ ТЕСТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ МАССАЖ»

1. ВВЕДЕНИЕ

№		
1	Массаж является методом	<ul style="list-style-type: none"> ◆ неспецифической терапии ◆ патогенетической терапии ◆ функциональной терапии ◆ поддерживающей терапии ◆ восстановительной терапии
2	Техника классического массажа была предложена	<ul style="list-style-type: none"> ◆ П.Г. Лингом ◆ В.А. Штанге ◆ И.В. Заблудовским ◆ И.М. Саркизовым-Серазини ◆ А.Ф. Вербовым
3	По назначению виды массажа подразделяются на	<ul style="list-style-type: none"> ◆ лечебный ◆ спортивный ◆ косметический ◆ профилактический ◆ реабилитационный
4	К специализированным видам массажного воздействия относят	<ul style="list-style-type: none"> ◆ реанимационный массаж ◆ логопедический массаж ◆ педиатрический массаж ◆ проктологический массаж ◆ гинекологический массаж
5	«Баночный массаж» является разновидностью	<ul style="list-style-type: none"> ◆ вибромассажа ◆ электромассажа ◆ гидромассажа ◆ баромассажа ◆ криомассажа

II. АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МАССАЖА

6	Плоскость, которая отделяет правую половину тела от левой и идет в передне-заднем направлении называется	<ul style="list-style-type: none"> ◆ горизонтальной ◆ фронтальной ◆ сагитальной ◆ продольной ◆ поперечной
7	Слои кожи	<ul style="list-style-type: none"> ◆ фасции ◆ подкожная клетчатка ◆ эпидермис ◆ дерма ◆ поверхностные группы мышц
8	Костная ткань относится к разновидности эпителиальной ткани	<ul style="list-style-type: none"> ◆ соединительной ткани ◆ мышечной ткани ◆ нервной ткани ◆ хрящевой ткани
9	К группе трубчатых костей относят	<ul style="list-style-type: none"> ◆ бедренную кость ◆ фаланги пальцев ◆ плюсневые кости ◆ кости запястья ◆ ребра
10	К группе плоских костей относят	<ul style="list-style-type: none"> ◆ кости предплечья ◆ кости крыши черепа ◆ грудину ◆ седалищную кость ◆ кости предплюсны
11	В грудном отделе позвоночника насчитывается	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 6 позвонков ◆ 12 позвонков ◆ 14 позвонков ◆ 16 позвонков ◆ 18 позвонков
12	К костям крыши «свода» черепа относят	<ul style="list-style-type: none"> ◆ лобную кость ◆ теменную кость ◆ затылочную кость ◆ височные кости ◆ латеральные отделы больших крыльев клиновидной кости

13	Большой «родничок» в норме закрывается в возрасте	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 6 месяцев ◆ 12 ◆ 18 ◆ 24 ◆ 36
14	Кости пояса верхней конечности	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ПЛЕЧЕВАЯ ◆ ЛОПАТКА ◆ КЛЮЧИЦА ◆ ГРУДИНА ◆ I ребро
15	Кости запястья	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ЛУЧЕВАЯ КОСТЬ ◆ ЛОКТЕВАЯ КОСТЬ ◆ КОСТЬ-ТРАПЕЦИЯ ◆ ЛАДЬЕВИДНАЯ КОСТЬ ◆ ГОРОХОВИДНАЯ КОСТЬ
16	Вертлужная впадина состоит из	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ ◆ ЛОБКОВОЙ КОСТИ ◆ СЕДАЛИЩНОЙ КОСТИ ◆ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ◆ КРЕСТЦА
17	Первый палец стопы состоит из	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ДИСТАЛЬНОЙ ФАЛАНГИ ◆ СРЕДНЕЙ ФАЛАНГИ ◆ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ФАЛАНГИ ◆ ПЛЮСНЕВОЙ КОСТИ ◆ СЕСАМОВИДНОЙ КОСТИ
18	Медиальная (дельтовидная) связка стопы соединяет	<ul style="list-style-type: none"> ◆ БОЛЬШЕБЕРЦОВУЮ КОСТЬ ◆ ЛАДЬЕВИДНУЮ КОСТЬ ◆ ПЯТОЧНУЮ КОСТЬ ◆ ТАРАННУЮ КОСТЬ ◆ КУБОВИДНУЮ КОСТЬ
19	Соединение позвоночника является	<ul style="list-style-type: none"> ◆ рычагом I рода ◆ рычагом 2 рода ◆ рычагом 3 рода ◆ рычагом равновесия ◆ рычагом силы

20	К одноосным суставам относятся	<ul style="list-style-type: none"> ◆ СОЧЛЕНЕНИЕ АТЛАНТА С ЗУБОМ ОСЕВОГО ПОЗВОНКА ◆ МЕЖФАЛАНГОВЫЕ СУСТАВЫ КИСТИ И СТОПЫ ◆ ПРОКСИМАЛЬНЫЙ И ДИСТАЛЬНЫЙ ЛУЧЕЛОКТЕВОЙ СУСТАВЫ ◆ ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ ◆ ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ
21	К многоосным суставам относятся	<ul style="list-style-type: none"> ◆ КОЛЕННЫЙ СУСТАВ ◆ ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ ◆ ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ ◆ ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ ◆ ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ
22	К поверхностным мышцам спины относятся	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ТРАПЕЦИИВИДНАЯ МЫШЦА ◆ ШИРОЧАЙШАЯ МЫШЦА СПИНЫ ◆ ВЕРХНЯЯ ЗАДНЯЯ ЗУБЧАТАЯ ◆ ДЛИННЕЙШАЯ ◆ МЫШЦА, ПОДНИМАЮЩАЯ ЛОПАТКУ
23	Составными частями мышцы, выпрямляющей позвоночник, являются	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ДЛИННЕЙШАЯ МЫШЦА ◆ ПОДВЗДОШНО-РЕБЕРНАЯ МЫШЦА ◆ ОСТИСТАЯ МЫШЦА ◆ МНОГОРАЗДЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ ◆ ПОЛУОСТИСТАЯ МЫШЦА
24	Малая грудная мышца прикрепляется к	<ul style="list-style-type: none"> ◆ НИЖНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ ◆ КЛЮВОВИДНОМУ ОТРОСТКУ ЛОПАТКИ ◆ ГРЕБНЮ БОЛЬШОГО БУГРА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ◆ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГРУДИНЫ ◆ ХРЯЩАМ ВЕРХНИХ 6 РЕБЕР
25	Сгибание в коленном суставе происходит за счет	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ БЕДРА ◆ ПОЛУСУХОЖИЛЬНОЙ МЫШЦЫ ◆ ПОЛУПЕРЕПОНЧАТОЙ МЫШЦЫ ◆ ИКРОНОЖНОЙ МЫШЦЫ ◆ ПОДКОЛЕННОЙ МЫШЦЫ

26	Отведение бедра происходит за счет	<ul style="list-style-type: none"> ◆ большой ягодичной мышцы ◆ средней ягодичной мышцы ◆ малой ягодичной мышцы ◆ четырехглавой мышцы ◆ подколенной мышцы
27	Акт выдоха осуществляется за счет	<ul style="list-style-type: none"> ◆ диафрагмы ◆ наружных межреберных мышц ◆ внутренних межреберных мышц ◆ нижней задней зубчатой мышцы ◆ прямых мышц живота
28	Сосуды, внутренняя стенка которых имеет клапаны, называются	<ul style="list-style-type: none"> ◆ артерии ◆ вены ◆ капилляры ◆ лимфатические сосуды ◆ артериолы
29	Центральным органом иммуногенеза является	<ul style="list-style-type: none"> ◆ печень ◆ селезенка ◆ костный мозг ◆ тимус ◆ щитовидная железа
30	Нижняя граница легких по лопаточной линии у взрослого человека в норме находится на уровне	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 6 ребра ◆ 8 ребра ◆ 9 ребра ◆ 10 ребра ◆ 12 ребра
31	Верхняя граница печени по средне-ключичной линии у взрослого человека в норме находится на уровне	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 4 межреберья ◆ 6 ребра ◆ 8 ребра ◆ 10 ребра ◆ 12 ребра
32	Самым крупным нервом человеческого тела является	<ul style="list-style-type: none"> ◆ блуждающий нерв ◆ седалищный нерв ◆ срединный нерв ◆ большеберцовый нерв ◆ тройничный нерв

33	7-й парой черепно-мозговых нервов являются	<ul style="list-style-type: none"> ◆ глазодвигательный нерв ◆ тройничный нерв ◆ лицевой нерв ◆ блуждающий нерв ◆ языкоглоточный нерв
34	Плечевое сплетение образуют ветви спинномозговых нервов	<ul style="list-style-type: none"> ◆ C1-C5 ◆ C2-C7 ◆ C4-C8 ◆ C5-C8 ◆ C6-D2
35	Активность симпатического звена вегетативной нервной системы проявляется	<ul style="list-style-type: none"> ◆ учащает сердечный ритм ◆ сужает бронхи ◆ ослабляет перистальтику кишечника ◆ стимулирует секрецию адреналина надпочечниками ◆ сужает кровеносные сосуды

III. Общие физиологические основы массажа

36	Использование массажа показано при лечении таких заболеваний, как	<ul style="list-style-type: none"> ◆ бронхиальная астма вне стадии обострения ◆ ушибы, растяжения связок ◆ дискинезия желчевыводящих протоков ◆ хронический остеомиелит ◆ детский церебральный паралич
37	Использование массажа противопоказано при лечении таких заболеваний, как	<ul style="list-style-type: none"> ◆ тромбофлебит ◆ сифилис I стадии ◆ нарушение кровообращения 3 стадии ◆ атонический запор ◆ отек Квинке

38	Лечебные эффекты массажа	<ul style="list-style-type: none"> ◆ тонизирующий ◆ седативный ◆ иммуностимулирующий ◆ иммунодепрессивный ◆ трофический
39	Влияние, которое массаж может оказывать на кожу и подкожную клетчатку, заключается в том, что	<ul style="list-style-type: none"> ◆ повышается местная температура ◆ замедляется кровоток ◆ снижается эластичность и упругость кожи ◆ улучшается секреторная функция потовых и сальных желез ◆ снижается кожно-мышечный тонус
40	Влияние, которое массаж может оказывать на нервную систему, заключается в	<ul style="list-style-type: none"> ◆ уменьшении болевых ощущений ◆ улучшении показателей биоэлектрической активности коры головного мозга ◆ активации парасимпатического звена вегетативной нервной системы ◆ замедлении созревания рубцовой ткани в нервных волокнах ◆ улучшении проводимости нервных импульсов
41	Влияние, которое массаж может оказывать на сердечно-сосудистую систему, заключается в	<ul style="list-style-type: none"> ◆ замедлении движения лимфы по лимфатическим сосудам ◆ сужении функционирующих капилляров ◆ раскрытии резервных капилляров ◆ улучшении газообмена между кровью и тканями ◆ улучшении перераспределения крови в организме

42	Влияние, которое массаж может оказывать на мышечную систему и суставной аппарат, заключается в	<ul style="list-style-type: none"> ◆ снижении эластичности мышечных волокон ◆ увеличении работоспособности утомленных мышц ◆ увеличении мышечной силы ◆ увеличении амплитуды мышечного сокращения ◆ улучшении окислительно-восстановительных процессов
43	Влияние, которое массаж может оказывать на дыхательную систему, заключается в	<ul style="list-style-type: none"> ◆ увеличении потребления кислорода ◆ уменьшении выделения углекислоты ◆ увеличении насыщения артериальной крови кислородом ◆ нормализации ритма дыхания ◆ уменьшении глубины дыхания
44	Влияние, которое массаж может оказывать на обмен веществ в организме, заключается в	<ul style="list-style-type: none"> ◆ снижении скорости окисления молочной кислоты ◆ снижении мочевыделительной функции ◆ увеличении количества эритроцитов в крови ◆ снижении количества лейкоцитов в крови ◆ нормализации кислотно-основного состояния крови
45	Физиологическое влияние, которое оказывает прием поверхностного плоскостного поглаживания, заключается в	<ul style="list-style-type: none"> ◆ очищении кожи от слущивающегося эпителия ◆ возбуждающем действии на нервную систему ◆ облегчении оттока крови и лимфы ◆ угнетении секреторной функции кожи ◆ повышении сниженного тонуса мышц

46	Физиологическое влияние, которое оказывает вспомогательный прием растирания пиление, заключается в	<ul style="list-style-type: none"> ◆ появлении местной гиперемии ◆ увеличении подвижности массируемых тканей ◆ снижении сократительной функции мышц ◆ уменьшении синовиальной жидкости в суставах ◆ снижении нервной возбудимости по ходу важнейших нервных стволов
47	Физиологическое влияние, которое оказывает вспомогательный прием разминания выжимание, заключается в	<ul style="list-style-type: none"> ◆ снижении тонуса мышц ◆ повышении мышечной силы ◆ снижении электрического сопротивления кожи ◆ снижении лимфо- и кровообращения ◆ растяжении укороченных фасций и апоневрозов
48	Физиологическое действие, которое оказывает вспомогательный прием вибрации встряхивание, заключается в	<ul style="list-style-type: none"> ◆ повышении мышечного тонуса ◆ расслаблении мышц ◆ улучшении кровообращения в массируемой конечности ◆ снижении сухожильных рефлексов ◆ торможении активности нервной системы
49	Для снижения артериального давления, используя аппаратную вибрацию, выбирают рабочие частоты в пределах	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 10-50 Гц ◆ 50-100 Гц ◆ 100-150 Гц ◆ 150-200 Гц
50	Для местного обезболивающего действия, используя аппаратную вибрацию, выбирают рабочие частоты в пределах	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 10-50 Гц ◆ 50-100 Гц ◆ 100-200 Гц ◆ 200-300 Гц ◆ 300 Гц и выше

IV. Правила и гигиенические основы массажа

51	Задержку полного расслабления мышц у пациента во время процедуры массажа вызывают	<ul style="list-style-type: none"> ◆ холодные руки массажиста ◆ задержка дыхания больным ◆ разговор больного во время массажа ◆ не укрытая простыней массируемая область ◆ тихая мелодичная музыка в массажном кабинете
52	В положении пациента на спине среднее физиологическое положение для мышц верхней конечности наступает тогда, когда плечо будет отведено от вертикальной плоскости на	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 10° ◆ 30° ◆ 45° ◆ 65° ◆ 85°
53	В положении пациента на спине среднее физиологическое положение для мышц нижней конечности наступает тогда, когда коленный сустав согнут на	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 70° ◆ 90° ◆ 100° ◆ 140° ◆ 160°
54	При массаже области дельтовидной мышцы, когда массируемый находится в положении сидя, а руки опираются на бедра, массажист	<ul style="list-style-type: none"> ◆ сидит сзади от массируемого ◆ стоит сзади от массируемого ◆ сидит сбоку от массируемого ◆ стоит сбоку от массируемого ◆ стоит спереди от массируемого
55	При массаже задней поверхности плечевого сустава для лучшего доступа, больной	<ul style="list-style-type: none"> ◆ отводит руку за спину ◆ кладет ладонь на противоположное плечо ◆ прямую руку кладет ладонью вниз на надплечье массажиста ◆ отводит руку в сторону под углом 90° ◆ свешивает руку вниз

56	Через верхнее белье (одежду) массаж выполняется в случае, если	<ul style="list-style-type: none"> ◆ на массируемой поверхности обильный волосной покров ◆ у пациента на теле угревая сыпь ◆ необходимо оказать более интенсивное действие ◆ в полевых условиях ◆ это процедура самомассажа
57	Больного, во время курса массажа, массажисту следует обучать приемам самомассажа	<ul style="list-style-type: none"> ◆ во вводный период ◆ в основной период ◆ в заключительный период ◆ в специально отведенное для этого время ◆ не следует обучать
58	Перерыв между курсами массажа должен составлять в среднем	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 10 дней ◆ 20 дней ◆ 1 месяца ◆ 2 месяца ◆ 6 месяцев
59	В течение дня интервал между массажем и физиотерапевтическими процедурами должен составлять в среднем	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 10-20 минут ◆ 30-60 минут ◆ 1-2 часа ◆ 2-3 часа ◆ нельзя совмещать в один день
60	В один день можно совмещать вместе с массажем процедуры	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ультрафиолетового облучения ◆ лекарственного электрофореза ◆ магнитотерапии ◆ вибротерапии ◆ УВЧ-терапии

V. Организация труда массажиста

61	Размеры стандартной массажной кушетки (длина, ширина, высота)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 150/75/80 см ◆ 180/50/90 см ◆ 200/65/80 см ◆ 210/80/100 см ◆ 200/100/50 см
----	---	--

62	Диаметр массажных валиков в среднем должен составлять	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 0,1 м ◆ 0,2 м ◆ 0,25 м ◆ 0,35 м ◆ 0,5 м
63	Температура воздуха в массажном кабинете должна составлять	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 14–16° ◆ 17–19° ◆ 20–22° ◆ 22–24° ◆ 25–27°
64	Для проведения массажа выделяют отдельную комнату из расчета на одно рабочее место	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 4 кв. м ◆ 6 ◆ 8 ◆ 10 ◆ 12
65	Комната для массажа должна быть обеспечена приточно-вытяжной вентиляцией с обменом воздуха в течение часа	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1 раз ◆ 3 ◆ 5 ◆ 7 ◆ 10
66	Аптечка первой помощи в массажном кабинете должна содержать	<ul style="list-style-type: none"> ◆ вату ◆ спиртовой раствор йода ◆ растворы адреналина, эфедрина ◆ нашатырный спирт ◆ эластичный бинт
67	После каждого часа работы массажистам рекомендуется делать перерыв на	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 5 минут ◆ 10 минут ◆ 15 минут ◆ 20 минут ◆ 30 минут
68	За одну условную массажную единицу принята массажная процедура (непосредственное проведение массажа), на выполнение которой требуется	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 5 минут ◆ 10 минут ◆ 15 минут ◆ 20 минут ◆ 30 минут

69	Проведение процедуры массажа на воротниковой зоне в условных массажных единицах составляет	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 0,5 ◆ 1 ◆ 1,5 ◆ 2 ◆ 2,5
70	Дневная норма нагрузки на одного массажиста в условных массажных единицах составляет	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 15 ◆ 20 ◆ 25 ◆ 30 ◆ 35

VI. Общая методика и техника классического массажа

71	Основными приемами техники классического массажа являются	<ul style="list-style-type: none"> ◆ поглаживание ◆ выжимание ◆ растирание ◆ разминание ◆ поколачивание
72	К основным видам приема «поглаживание» относятся	<ul style="list-style-type: none"> ◆ плоскостное поверхностное ◆ плоскостное глубокое ◆ плоскостное непрерывное ◆ обхватывающее прерывистое ◆ глажение
73	К вспомогательным приемам растирания относятся	<ul style="list-style-type: none"> ◆ пиление ◆ накатывание ◆ штрихование ◆ сдвигание ◆ растяжение
74	К основным видам приема «разминание» относятся	<ul style="list-style-type: none"> ◆ выжимание ◆ валяние ◆ непрерывное ◆ обхватывающее ◆ продольное
75	К вспомогательным приемам вибрации относятся	<ul style="list-style-type: none"> ◆ строгание ◆ рубление ◆ сотрясение ◆ поколачивание ◆ похлопывание

76	Средняя скорость выполнения приема «поглаживание» составляет	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 5-10 движений/в минуту ◆ 12-16 ◆ 24-26 ◆ 32-38 ◆ 40-45
77	Частота ручной вибрации в среднем составляет	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1-2 Гц ◆ 3-5 ◆ 10-12 ◆ 15-20 ◆ 30-50
78	Обычно принято начинать и заканчивать массаж приемом	<ul style="list-style-type: none"> ◆ потряхивание ◆ поглаживание ◆ разминание ◆ встряхивание ◆ рубление
79	Глажение – это прием	<ul style="list-style-type: none"> ◆ растирания ◆ поглаживания ◆ выжимания ◆ разминания ◆ вибрации
80	Прием «граблеобразное растирание» применяется в основном на	<ul style="list-style-type: none"> ◆ волосистой части головы ◆ межреберных промежутках ◆ на участках поврежденной кожи ◆ области живота ◆ воротниковой зоне
81	Между кистями массажиста должен образовываться кожный валик из массируемой ткани при выполнении приема растирания	<ul style="list-style-type: none"> ◆ накатывание ◆ строгание ◆ пиление ◆ пересекание ◆ штрихование
82	Одновременная фаза движения руками происходит при выполнении приема «растирание»	<ul style="list-style-type: none"> ◆ пиление ◆ строгание ◆ граблеобразное растирание ◆ щипцеобразное растирание ◆ пересекание

83	Три фазы движения рука массажиста выполняет при проведении приема «разминание»	<ul style="list-style-type: none"> ◆ валиние ◆ продольное ◆ поперечное ◆ растяжение ◆ надавливание
84	При выполнении приемов разминания рука массажиста должна двигаться в направлении	<ul style="list-style-type: none"> ◆ центробежно ◆ центростремительно ◆ по ходу мышечных волокон ◆ поперек хода мышечных волокон ◆ от мета перехода мышцы в сухожилие
85	Ударные приемы вибрации массажист выполняет за счет движений в	<ul style="list-style-type: none"> ◆ плечевом суставе ◆ локтевом суставе ◆ лучезапястном суставе ◆ суставах пальцев кисти ◆ всем корпусом
86	Для усиления действия массажных приемов следует	<ul style="list-style-type: none"> ◆ проводить прием с отягощением ◆ увеличить угол между пальцами массажиста и массируемой поверхностью ◆ проводить прием с использованием веса тела массажиста ◆ использовать вспомогательные инструменты ◆ проводить массаж со специальными смазывающими средствами
87	На внутренней поверхности голени рекомендуется выполнять приемы	<ul style="list-style-type: none"> ◆ надавливание ◆ поверхностное плоскостное поглаживание ◆ прерывистая вибрация ◆ обхватывающее разминание ◆ выжимание
88	Методика «отсасывающего массажа» заключается в	<ul style="list-style-type: none"> ◆ направлении массажных движений от периферии к центру ◆ направлении массажных движений от центра к периферии ◆ массаже проксимальных отделов конечностей ◆ массаже дистальных отделов конечностей ◆ массаже паравертебральных областей

89	Процедуры общего массажа следует проводить с частотой	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ЕЖЕДНЕВНО ◆ ЧЕРЕЗ ДЕНЬ ◆ 2 РАЗА В НЕДЕЛЮ ◆ 1 РАЗ В НЕДЕЛЮ ◆ 1 РАЗ В МЕСЯЦ
90	Преимущество ручного массажа над аппаратным являются	<ul style="list-style-type: none"> ◆ БОЛЕЕ ПРИЯТНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ДЛЯ МАССИРУЕМОГО ◆ НЕТ ПРИВЫКАНИЯ К ВИБРАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННОЙ ЧАСТОТОЙ ◆ ВОЗМОЖНОСТЬ ОКАЗАНИЯ БОЛЕЕ ДОЗИРОВАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ◆ БОЛЬШАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВО ВСЕХ ОТНОШЕНИЯХ ◆ ТРЕБУЕТ МЕНЬШЕ ФИЗИЧЕСКИХ ЗАТРАТ СО СТОРОНЫ МАССАЖИСТА

VII. ЧАСТНЫЕ МЕТОДИКИ И ТЕХНИКА ЛЕЧЕБНОГО МАССАЖА

91	При ушибах мягких тканей массаж пораженной области начинают делать с	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1 ДНЯ ◆ 2-3 ◆ 4-5 ◆ 6-7 ◆ 10
92	В первые дни при растяжении связок рекомендуется на область поражения, после массажа по «отсасывающей» методике	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ТУГУЮ ДАВЯЩУЮ ПОВЯЗКУ ◆ ПОЛУСПИРТОВОЙ КОМПРЕСС ◆ РАЗОГРЕВАЮЩИЕ РАСТИРКИ ◆ ОХЛАЖДАЮЩИЕ ГЕЛИ ◆ МАЗИ НА ВАЗЕЛИНОВОЙ ОСНОВЕ
93	При переломе лодыжек, когда голень и стопа находятся в гипсовой повязке, следует массировать	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ОБЛАСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ◆ СИММЕТРИЧНУЮ КОНЕЧНОСТЬ ◆ ОБЛАСТЬ БЕДРА НА БОЛЬНОЙ НОГЕ ◆ ВОРОТНИКОВУЮ ЗОНУ ◆ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВУЮ ОБЛАСТЬ
94	После снятия гипсовой повязки на месте срастающегося перелома наиболее рационально использовать прием	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ВЫЖИМАНИЕ ◆ ПИЛЕНИЕ ◆ ПРЕРЫВИСТОЕ ПОГЛАЖИВАНИЕ ◆ ПОКОЛАЧИВАНИЕ ◆ ПРОДОЛЬНОЕ РАЗМИНАНИЕ

95	При сколиозе 3 степени следует проводить массаж на	<ul style="list-style-type: none"> ◆ области спины симметрично ◆ на области спины дифференцированно ◆ только на вогнутой стороне спины ◆ только на выпуклой стороне спины ◆ на верхних и нижних конечностях
96	На сокращенные группы мышц при сколиозе 2 степени наиболее рационально воздействовать приемом	<ul style="list-style-type: none"> ◆ легкой вибрации ◆ плоскостного поглаживания ◆ выжимания ◆ поколачивания ◆ сдвигания
97	Значительное ослабление мышечной силы, когда движение выполняется в полном объеме, но без дополнительного отягощения	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1 балл ◆ 2 ◆ 3 ◆ 4 ◆ 5
98	При анкилозирующем спондилоартрите (болезнь Бехтерева) методика массажа направлена на то, чтобы	<ul style="list-style-type: none"> ◆ вначале ликвидировать напряжение мышц, а затем укрепить их ◆ вначале укрепить мышцы, а затем снять их напряжение ◆ одновременно снять напряжение мышц и их укрепить ◆ только снять напряжение мышц ◆ только укрепить мышцы
99	При массаже суставов используют в основном приемы	<ul style="list-style-type: none"> ◆ поглаживания ◆ разминания ◆ прерывистой вибрации ◆ не прерывистой вибрации ◆ растирания
100	Субфебрильная температура тела и повышение СОЭ не являются противопоказанием для применения массажа при	<ul style="list-style-type: none"> ◆ острой крупозной пневмонии ◆ бронхиальной астме ◆ ревматоидном артрите ◆ язвенной болезни желудка ◆ компрессионном переломе позвоночника

101	При ревматических поражениях суставов массаж следует проводить	<ul style="list-style-type: none"> ◆ сразу же после стихания остроты состояния ◆ через 2-3 дня после атаки ревматизма ◆ через 15 дней ◆ спустя 1-1,5 месяца ◆ спустя 1\2 года
102	После процедуры массажа упражнения для мимических мышц и для улучшения артикуляции используют при	<ul style="list-style-type: none"> ◆ неврите тройничного нерва ◆ неврите лицевого нерва ◆ остеохондрозе шейного отдела позвоночника ◆ последствиях черепно-мозговой травмы ◆ вегетососудистой дистонии
103	При неврите тройничного нерва прием вибрации точек выхода нервных окончаний рекомендуется вводить с	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1 дня ◆ 2-3 ◆ 4-5 ◆ 10 ◆ вообще не применяется
104	При пояснично-крестцовом радикулите с выраженным болевым синдромом в первые 2 дня рекомендуется использовать прием	<ul style="list-style-type: none"> ◆ поколачивание ◆ строгание ◆ поглаживание ◆ валяние ◆ пересекание
105	Показаниями к назначению классического массажа при пояснично-крестцовом радикулите являются	<ul style="list-style-type: none"> ◆ болевой синдром со статико-динамическими нарушениями ◆ стадия неполной ремиссии ◆ выраженная гипотрофия мышц ◆ сосудистые нарушения ◆ значительной болезненности крестцовой области
106	При нарушениях мозгового кровообращения в раннем восстановительном периоде на гипотоничных мышцах следует использовать приемы	<ul style="list-style-type: none"> ◆ плоскостное поглаживание ◆ выжимание ◆ спиралевидное растирание ◆ легкое продольное разминание ◆ потряхивание

107	В раннем восстановительном периоде при нарушениях мозгового кровообращения во время массажа пациент находится в положении	<ul style="list-style-type: none"> ◆ сидя ◆ лежа на спине ◆ лежа на животе ◆ лежа на боку со спастически сокращенными мышцами ◆ лежа на боку с растянутыми мышцами
108	При постинсультных поражениях лечение положением начинают с	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1 дня ◆ 2-3 ◆ 4-5 ◆ 6-7 ◆ 10
109	Наиболее рационально при травматических поражениях периферических нервов проводить массаж	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ежедневно ◆ через день ◆ 3 раза в неделю ◆ 1 раз в неделю ◆ 2 раза в день
110	При мигрени, дисцифальном синдроме рекомендуется проводить массаж	<ul style="list-style-type: none"> ◆ волосистой части головы ◆ воротниковой зоны ◆ области спины ◆ верхних и нижних конечностей ◆ всего тела
111	Положение пациента во время массажа области живота при ожирении	<ul style="list-style-type: none"> ◆ сидя ◆ лежа на боку ◆ лежа на спине с вытянутыми ногами ◆ лежа на спине с согнутыми ногами ◆ лежа на спине с опущенными вниз ногами
112	Противопоказаниями к назначению массажа при заболеваниях сердечно-сосудистой системы являются	<ul style="list-style-type: none"> ◆ аневризма сердца ◆ гипертонический криз ◆ варикозное расширение вен ◆ недостаточность кровообращения I степени ◆ ишемическая болезнь сердца

113	При гипертонической болезни используют массаж	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ◆ ЛИЦА ◆ ВОРОТНИКОВОЙ ЗОНЫ ◆ ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ◆ ВСЕГО ТЕЛА
114	При остром инфаркте миокарда у больных с гиподинамическим типом кровообращения со 2-6 дня применяют	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ЭНЕРГИЧНЫЙ МАССАЖ СПИНЫ ◆ ЩАДЯЩИЙ МАССАЖ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ◆ ЛЕГКИЙ ОТСАСЫВАЮЩИЙ МАССАЖ НОГ ◆ МАССАЖ ОБЛАСТИ ЖИВОТА ◆ МАССАЖ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ
115	Основными приемами «интенсивного массажа асимметричных зон» по методике О.Ф. Кузнецова являются	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ПОГЛАЖИВАНИЕ ◆ ПИЛЕНИЕ ◆ РУБЛЕНИЕ ◆ ПОТЯХИВАНИЕ ◆ СТЕГАНИЕ
116	«Интенсивный массаж асимметричных зон» по методике О.Ф. Кузнецова используют	<ul style="list-style-type: none"> ◆ при язвенной болезни 12-перстной кишки ◆ ревматоидном артрите ◆ хроническом бронхите ◆ бронхиальной астме ◆ гипертонической болезни
117	При неосложненном варикозном расширении вен во время массажа исключают приемы	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ПОГЛАЖИВАНИЕ ◆ РАСТИРАНИЕ ◆ РАЗМИНАНИЕ ◆ ВИБРАЦИИ ◆ ПОКОЛАЧИВАНИЕ
118	При язвенной болезни желудка область массажа	<ul style="list-style-type: none"> ◆ С4-Д9 спины справа ◆ С4-Д9 спины слева ◆ эпигастральная область ◆ передняя поверхность грудной клетки справа ◆ передняя поверхность грудной клетки слева

119	Массаж области передней брюшной стенки противопоказан при	<ul style="list-style-type: none"> ◆ пахово-мошоночной грыже ◆ желчно-каменной болезни ◆ 3 триместре беременности ◆ пупочной грыже ◆ гастродуодените
120	В послеоперационном периоде при операциях на грудной и брюшной полости по методике В.И. Дубровского в первую очередь рекомендуется массировать	<ul style="list-style-type: none"> ◆ живот ◆ спину ◆ грудь ◆ шею ◆ нижние и верхние конечности

VIII. Сегментарный, соединительнотканый, периостальный, точеный массаж (понятие)

121	Болезненные ощущения у пациента могут возникнуть при следующих видах массажного воздействия	<ul style="list-style-type: none"> ◆ классический массаж ◆ соединительнотканый массаж ◆ вибрационный массаж ◆ точечный массаж ◆ периостальный массаж
122	В случае если у пациента во время проведения сегментарного массажа области между позвоночником и левой лопаткой возникли щемящие боли в сердце, то массажисту для устранения этих реакций следует массировать	<ul style="list-style-type: none"> ◆ верхние порции трапецевидной мышцы ◆ левую часть передней поверхности грудной клетки ◆ шейный отдел позвоночника ◆ легкий массаж поясничной области ◆ мышцы живота
123	Шейных спинномозговых сегментов насчитывается	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 5 ◆ 6 ◆ 7 ◆ 8 ◆ 9
124	Воротниковая зона включает следующие спинномозговые сегменты	<ul style="list-style-type: none"> ◆ C1-7 ◆ C2-D1 ◆ C4-D2 ◆ C5-D6 ◆ C7-D12

125	Рефлекторные зоны в поверхностных слоях кожи называются	<ul style="list-style-type: none"> ◆ зоны Захарьина – Геда ◆ зоны Макензи ◆ зоны Лейбе и Дик ◆ зоны Фоглера – Крауса ◆ точки акупунктуры
126	Курс сегментарного массажа составляет в среднем	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 3 процедуры ◆ 5 ◆ 10 ◆ 15 ◆ 21
127	В технике соединительнотканного массажа направление движений производят	<ul style="list-style-type: none"> ◆ в направлении линий Бенningгофа ◆ поперек линий Бенningгофа ◆ по ходу мышечных волокон ◆ поперек мышечных волокон ◆ в любых направлениях
128	Основным приемом соединительнотканного массажа является	<ul style="list-style-type: none"> ◆ разминание ◆ надавливание ◆ штрихование ◆ пиление ◆ накатывание
129	Основным приемом периостального массажа является	<ul style="list-style-type: none"> ◆ поглаживание ◆ точечная вибрация ◆ надавливание с вращением ◆ штрихование ◆ поколачивание
130	Продолжительность воздействия на одну точку при использовании тонизирующего метода точечного массажа	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 2 минуты ◆ 5 минут ◆ 10 минут ◆ 20 минут ◆ 30 минут

IX. МАССАЖ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

131	Процедура общего массажа у ребенка грудного возраста в условных массажных единицах составляет	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1 ◆ 2 ◆ 3 ◆ 4 ◆ 5
132	Температура воздуха в помещении, где проводят массаж детям, должна составлять	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 18–20° С ◆ 20–22° С ◆ 22–24° С ◆ 24–26° С ◆ 26–28° С
133	У детей грудного возраста запрещается массировать	<ul style="list-style-type: none"> ◆ внутреннюю поверхность бедер ◆ область печени ◆ область суставов ◆ поясничную область ◆ область пупка
134	Детям грудного возраста массаж обычно делают	<ul style="list-style-type: none"> ◆ с детским кремом ◆ с детской присыпкой ◆ с вазелином ◆ с тальком ◆ без смазывающих средств
135	Процедуры массажа детям начинают проводить с	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1 недели жизни ◆ 2–3 недели ◆ 1 месяца ◆ 2 месяца ◆ 3 месяца

Х. Спортивный массаж

136	Виды спортивного массажа	<ul style="list-style-type: none"> ◆ тренировочный ◆ предстартовый (предварительный) ◆ гигиенический ◆ восстановительный ◆ послестартовый
137	Разновидности предварительного массажа	<ul style="list-style-type: none"> ◆ разминочный ◆ тонизирующий ◆ успокаивающий ◆ согревающий ◆ гигиенический
138	Продолжительность общего тренировочного массажа для спортсмена весом 80 кг составляет	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 30 минут ◆ 45 минут ◆ 60 минут ◆ 75 минут ◆ 90 минут
139	На выполнение приемов разминания при общем массаже в спортивной практике отводится времени от всей процедуры	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 10% ◆ 20% ◆ 40% ◆ 60% ◆ 80%
140	Во время сеанса спортивного массажа после приема поглаживания рекомендуется применять прием	<ul style="list-style-type: none"> ◆ вибрации ◆ потряхивание ◆ растирание ◆ выжимание ◆ разминание

Ключ:

1	1, 2, 3, 4, 5	4	2, 3, 5
2	2, 3	2	1, 2, 3, 4
3	1, 4	2	2
4	1, 2, 4, 5	1, 4, 5	1
5	4	3	2
	3	3	1, 2
	3, 4	2	4
	1	3	1, 2
	1, 2, 3	3	1, 2, 3, 4
	2, 3, 4	3	3
	2	3	2, 3, 5
	1, 2, 3, 4, 5	3	3, 4
	4	3	3, 4, 5
	2, 3	2	2, 3, 5
	3, 4, 5	1, 2, 4, 5	1, 2, 3
	1, 2, 3, 4	1	5
	1, 3	2	
	1, 3, 4	3	2, 4, 5
	1	4	2
	1, 3, 4		4
	2, 3	1, 3, 4	3
	1, 2, 3, 5	1, 2, 3, 4	1
	1, 2, 3	1, 3	3
	2	3, 4, 5	1
	1, 2, 3, 4, 5	2, 3, 4, 5	3
	2, 3	3	3
	3, 4, 5	2	1
	2	2	
	4	1, 2, 3	3
	4	3, 4	3
	1	2	1, 2, 3, 5
	2	3	5
	3	3, 4, 5	2
	4	3	
	1, 3, 4, 5	1, 2, 3, 4	1, 2, 4
		2	1, 2, 3, 4
	1, 2, 3, 5	1, 3	3
	1, 3, 5	3	4
	1, 2, 3, 5	1, 2	4
	1, 4		
	1, 2, 4, 5	3	
	3, 4, 5	4	
	2, 3, 4, 5	2, 3	
	1, 3, 4	3	
	3, 5	1	
	1, 3	1	
	1, 2, 5	3	
	2, 5	1	
	2, 3, 5	5	
	1	3	
	3	4	
		2	
	1, 2, 3	3	
	3	3	

КЛАССИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА МАССАЖА

ПРИ ТРАВМАХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА



Ерёмушкин Михаил Анатольевич

Доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник научно-поликлинического отделения ФГУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова», доцент кафедры «Травматология, ортопедия и реабилитация» РМАПО, руководитель секции «Медицинский массаж» РАСМИРБИ, главный редактор журнала «Массаж. Эстетика тела», один из ведущих российских специалистов по спортивной медицине, мануальным методам лечения и ЛФК.

Издательство «Наука и Техника» представляет:



ISBN 978-5-943-875-007



9 785943 875007

Издательство «Наука и Техника»
Санкт-Петербург, пр. Обуховской Обороны, 107.
Для писем: 192029, Санкт-Петербург, а/я 44.
Тел.: (812) 412-70-25, 412-72-08.
E-mail: nitmail@nit.com.ru
02166, Киев-166, ул. Курчатова, 9/21.
Тел.: (044) 516-38-66.
E-mail: nit@volicable.com
Официальный сайт: www.nit.com.ru

