Введение

Общие сведения о массаже соединительной ткани.

Соединительнотканный массаж - это массаж рефлекторных зон в соединительной ткани. Метод разработан Элизабет Дикке (10 марта 1884 года - 11 августа 1952 года), эмпирически в 1929 году на себе в связи с ангиопатией. Сама э. Дикке описывает это следующим образом: "я страдала тяжёлым нарушением кровяного обращения в правой ноге. Нога была холодна как лёд, окраска серо-белая, пальцы были как зашнурованы кольцами. Врачи предупредили меня о необходимости ампутации ноги. Уже два года я работала как специалист лечебной гимнастики и естественно пыталась как-то себе помочь. Однажды из бокового положения прощупала над крестцом и гребнем таза уплотнённую ткань справа, а слева напротив увеличенное напряжение. Я попыталась путём протягивания штрихов распределить напряжение. В этих местах образовалась какая-то восприимчивость, обыкновенное поглаживание кончиком пальца вызывало большие боли. Однако, после нескольких повторений напряжения постепенно снижались, боли пропали, наступило сильное чувство тепла в ноге. После нескольких попыток я почувствовала стойкое ослабление недуга. В течение четверти года тяжёлые проявления болезни полностью исчезли. Из этого опыта постепенно развился систематически построенный метод лечения. В 1935 году я посетила господина профессора Ваиля в Вене с тем, чтобы в его клинике и на его пациентах демонстрировать мою работу. В 1938 году я была приглашена фрау доктором Т. Лейбе, руководителем школы лечебной гимнастики в Фрейбурге. В течение года метод был проверен господином профессором Кольраушем, результат этой работы был совместно издан в книге "массаж рефлекторных зон в соединительной ткани при ревматических и внутренних заболеваниях".

В наше время доказано , что соединительнотканный массаж приводит к равновесию симпатический и парасимпатический отдел вегетативной нервной системы. И теперь в таких странах как Чехословакия, ГДР, ФРГ, Австрия, соединительнотканный массаж широко используется и составляет 25-30% от всех процедур массажа.

1. Анатомо-физиологическое обоснование массажа соединительной ткани

зона соединительный ткань массаж

Соединительная ткань занимает в теле человека более пятидесяти процентов его массы, входит в состав всех органов и тканей, образует скелет и кожу, вместе с кровью составляет внутреннюю среду, через которую осуществляется обмен веществ в организме. Соединительная ткань подразделяется на плотную оформленную и рыхлую неоформленную. К плотной оформленной соединительной ткани относится костная ткань, хрящевая ткань всех видов (суставные хрящи, рёберные хрящи, межпозвоночные диски, мениски, хрящи носа, гортани, ушной раковины и слухового аппарата), сухожилия, апоневрозы, связки, дермальный слой кожи, плотные фасции, капсулы суставов, кровеносные сосуды, клапаны сердца, наружные капсулы внутренних органов. К рыхлой неоформленной соединительной ткани относятся строма внутренних органов, подкожная клетчатка, межмышечные и межорганные фасциальные прослойки. Выделяют специальную соединительную ткань: серозную и синовиальные оболочки, дентин, пульпа и эмаль зуба, роговица, склера и стекловидное тело глаза, базальные мембраны сосудов и эпителия, систему нейроглии головного мозга, подслизистый слой полых органов. Костная мозоль, грануляционная и рубцовая ткань, фиброзная ткань при циррозе и склерозе, отложения гиалина и амилоида также являются видами соединительной ткани, образующимися в условиях патологии. Указанные разновидности соединительной ткани произошли из эмбриональной соединительной ткани - мезенхимы, обладают общими функциями и общими принципами строения. В соединительной ткани имеется три основных типа клеток: фибробласты, макрофаги и тучные клетки. Одной из особенностей соединительной ткани является преобладание в ней межклеточного вещества над клеточными элементами. Межклеточное вещество состоит из волокон (коллагеновых и эластических), пространство между которыми заполнено основным веществом, содержащим углеводно-белковые комплексы. Ретикулярные волокна, по современным данным, состоят из коллагеновых фибрилл, а их специфика зависит от типа коллагена и особого сочетания коллагена с белково-углеводными комплексами основного вещества. Ретикулярные волокна образуют густые сети в базальных мембранах на границе соединительной ткани с эпителием и эндотелием, в большом числе располагаются вокруг мелких сосудов, мышечных и нервных волокон. Все компоненты межклеточного вещества при осуществлении общих функций соединительной ткани выступают как единое целое. Это единство обусловлено общностью происхождения компонентов межклеточного вещества, их химическими и тесными структурными связями от молекулярного до тканевого уровня. Функции соединительной ткани важны и многообразны, основными из них являются: опорная, трофическая, защитная, структурообразовательная и репаративная. Важнейшей функцией соединительной ткани является опорная или биомеханическая. Соединительная ткань составляет скелет тела человека и вместе с мышечной системой обеспечивает двигательную активность. Составляя строму внутренних органов, соединительная ткань связывает их между собой, защищает от механических повреждений и даёт им стабильное положение. В осуществлении биомеханической функции соединительной ткани основную роль играют коллагеновые волокна, обладающие большой прочностью. В таких тканях как кость, дентин коллагеновые волокна и углеводно-белковые комплексы тесно связаны с минеральными солями, обеспечивая жёсткость тканей. Многообразна трофическая (метаболическая) функция соединительной ткани. Соединительная ткань является внутренней средой организма и вместе с проходящими в ней кровеносными и лимфатическими микрососудами снабжает все другие ткани питательными веществами и выводит продукты обмена веществ. Основную роль в осуществлении трофической функции соединительной ткани играют клетки и основное вещество. Они регулируют проницаемость капилляров, играют важную роль в процессе транспорта и обмена воды, питательных веществ и метаболитов в тканях, синтезируют липиды, ряд ферментов, продуцируют ряд факторов, влияющих на иммунитет. Разновидностью трофической функции соединительной ткани является функция депонирования. Клетки соединительной ткани способны поглощать и депонировать на длительное время различные вещества (липиды в клетках жировой ткани, жирорастворимые гормоны и витамины). Имеет значение для обмена веществ депонирование меланиновых пигментов и продуктов обмена гемоглобина. В тучных клетках депонируются биологически активные вещества типа гистамина и гепарина. Очень важна барьерная (защитная) функция соединительной ткани. Кожа, серозные оболочки и капсулы внутренних органов защищают организм человека от вредных влияний внешней среды и проникновения вредных веществ. Клетки соединительной ткани обладают фагоцитарной активностью и играют важную роль в иммунологической защите организма человека. Макрофагам принадлежит главенствующая роль в реализации защитной функции соединительной ткани. Первостепенную роль играют макрофаги в естественном иммунитете. Макрофаги защищают человека от микробов, попадающих в него парентеральным путём. Макрофаги распознают, захватывают и удаляют из организма повреждённые, отмирающие клетки и ткани. Макрофаги продуцируют лизоцим, обладающий антибактериальной активностью, и интерфероны, направленные на борьбу с вирусами. Макрофаги секретируют вещества, регулирующие и активирующие иммунитет против бактерий, вирусов и клеток опухолей. Роль макрофагов в противоопухолевом иммунитете значительна. Велика также роль макрофагов в специфическом иммунитете. Вместе с t- и b-лимфоцитами макрофаги распознают антиген и осуществляют иммунный ответ. Барьерную функцию осуществляет также и межклеточное вещество соединительной ткани. Межклеточное вещество, заполняющее тканевые промежутки, препятствует распространению инфекции и токсинов, а также обладает способностью к инактивации бактериальных ферментов.

Структурообразовательная функция соединительной ткани наиболее интенсивно проявляется у эмбриона. Учитывая сложные мезенхимально-эпителиальные связи, при которых одна ткань влияет на дифференцировку другой, коллаген и основное вещество регулируют размножение не только клеток соединительной ткани, но также мышечных и эпителиальных. Эта функция сохраняется после рождения и продолжается на протяжении всего антогенеза, обеспечивая смену молекулярного состава клеток, коллагена- основного вещества, изменение интенсивности обмена соединительной ткани, что влияет на строение и форму тканей и органов всего организма. Репаративная функция соединительной ткани заключается в ликвидации дефектов ткани, вызванных травмой, инфекцией, нарушением крово- и лимфообращения и другими. Соединительной ткани свойственна клеточная регенерация, поэтому она заполняет дефекты при повреждении своей собственной ткани, а также паренхиматозных органов. Соединительная ткань участвует в развитии многих патологических процессов: воспаления, заживления ран, иммунологических, склеротических и других. При этом развитие её может быть избыточным (склероз, фиброз) или недостаточным (незаживающие язвы и раны), что зависит, по данным в.в. Серова и а.б. Шехтера, от активности реакции пролиферации и связи между распадом и синтезом коллагена. Соединительная ткань с её клеточными и внеклеточными компонентами тесно связана с множеством нервных окончаний. Под контролем центральных механизмов регулируется число, состав и интенсивность функций каждой из её клеточных систем и объединяет соединительную ткань в единую многофункциональную систему, все элементы которой тесно взаимосвязаны, обусловливая её адаптацию в условиях физиологии и патологии. В развитие учения о соединительной ткани и её патологии большой вклад внесли труды и.и. Мечникова, а.а. Максимова, а.а. Заварзина, а.а. Богомольца, а.и. Струкова, в.в. Серова, а.б. Шехтера, а.в. Русакова и других.

2. Начальные сведения о массаже соединительной ткани

При осмотре больных, страдающих патологией периферических сосудов, а также заболеваниями внутренних органов Элизабет Дикке обнаружила изменения в соединительной ткани в виде втяжений или набуханий различной плотности. Эти изменения могут располагаться на различной глубине в трёх переходных слоях соединительной ткани: между кожей и подкожным слоем, между подкожным слоем и фасциями, или в слоях, близких к фасциям. Было замечено, что участки изменённой соединительной ткани сегментарно связаны с больным внутренним органом или с патологически изменёнными сосудами конечностей. Э. Дикке изменённые участки назвала зонами соединительной ткани и, применив оригинальную технику массажа, попыталась изменённые зоны устранить. В дальнейшем немецкие учёные Ханзен, Шлиак, Кольрауш и другие теоретически обосновали новый вид массажа. Зоны соединительной ткани они определили как проявление висцеро-соединительнотканного рефлекса, стали использовать их с целью диагностики, а целенаправленный массаж соединительной ткани в определённых сегментах, как обратная рефлекторная связь между соединительной тканью и внутренними органами, иннервируемыми из одних и тех же сегментов, применили с лечебной целью. При массаже соединительной ткани происходит раздражение натяжением механорецепторов кожи, подкожной соединительной ткани, фасций и соединительной ткани сосудов. В ответ на раздражение механорецепторов возникают различные рефлексы, влияющие на органы, иннервируемые вегетативной нервной системой. Соединительнотканный массаж воздействует на организм через вегетативную нервную систему, оказывая нормализующее влияние на вегетативно управляемые функции. Во время процедуры массажа соединительной ткани возможны различные вегетативные реакции: ощущение жара, голода, жажды, позывы на мочеиспускание или дефекацию.

К нежелательным реакциям относятся озноб (гусиная кожа) и побледнение кожных покровов. Учитывая, что соединительная ткань в организме представляет собой единое многофункциональное целое и является огромной рефлексогенной зоной, реакции на массаж носят, прежде всего, общий характер, что проявляется нормализацией вегетативных функций организма, локальная же реакция выражена в меньшей мере. Назначающий соединительнотканный массаж врач должен предоставить специалисту-массажисту достаточные сведения о больном: полный основной диагноз с указанием стадии заболевания, сопутствующие заболевания, цифры артериального давления и другие. Цифры артериального давления необходимо знать для правильного выбора исходного положения больного при процедуре массажа. Врачу, назначающему соединительнотканный массаж, следует иметь в виду, что используется метод воздействия на весь организм в целом для нормализации вегетативного тонуса, поэтому в направлении на соединительнотканный массаж не следует указывать отдельные массируемые области. В соединительнотканном массаже нет застывшей схемы лечения. Массируемые области, техника (подкожная, кожная или фасциальная), дозировка, подбираются индивидуально в зависимости от выраженности рефлекторных изменений в соединительной ткани, тяжести основного заболевания, возраста, количества сопутствующих заболеваний у данного больного, конституции и индивидуальной переносимости массажа.

2.1 Особенности техники массажа соединительной ткани

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

Обычно массажист, выполняя процедуру соединительнотканного массажа, работает сочетанием кожной, подкожной и фасциальной техники в зависимости от глубины изменений соединительной ткани у данного больного. Кожную технику всегда применяют у детей и лиц пожилого возраста, а также у некоторых лиц молодого и среднего возраста, у которых зоны изменённой соединительной ткани определяются в слоях, близких к коже (например, при последствиях полиомиелита или ревматизма). Применяя кожную технику, массажист работает кончиками среднего и безымянного пальцев. Работающие пальцы прямые и тесно прилегают друг к другу. Ногти массажиста коротко острижены и подпилены. Приём кожной техники состоит из прикосновения пальцев к массируемому участку и лечебного растяжения поверхностного слоя соединительной ткани. При выполнении кожной техники соединительнотканного массажа больной ощущает слабую резь. При подкожной и фасциальной технике соединительнотканный массаж выполняется кончиками ногтевых фаланг среднего и безымянного пальцев, находящихся на одном уровне. В исходном положении кончики работающих пальцев помещают на 1 - 2 сантиметра в сторону от края сухожилия, кости или сустава. Ногтевые фаланги работающих пальцев тесно соприкасаются друг с другом, согнуты под углом 90 градусов, в дистальных межфаланговых суставах, проксимальные межфаланговые суставы полусогнуты. Остальные пальцы работающей руки приведены, ладонная поверхность кисти параллельна массируемому участку. Рука массажиста разогнута в локтевом, лучезапястном и пястно-фаланговых суставах, работает без опоры на основание ладони и представляет собой как бы один общий рычаг. Таким образом, сдвигание и растяжение соединительной ткани осуществляется всей рукой, а при необходимости свободная рука охватывает работающую верхнюю конечность в области лучезапястного сустава, в этом случае растяжение соединительной ткани происходит силой обеих рук массажиста. Техника подкожного массажа соединительной ткани включает в себя следующие приёмы: короткие и длинные движения. Короткие движения осуществляются в три фазы:

. Соприкосновение кончиков среднего и безымянного пальцев с массируемым участком.

. Сдвигание складки подкожной соединительной ткани до возможных границ её смещения (обычно на 1 -3 сантиметра), сдвигание массажист осуществляет по направлению на себя.

. Растяжение складки подкожной соединительной ткани в течение нескольких секунд, при этом кончики пальцев остаются на одном и том же месте.

Направление растяжения массажист производит также на себя. Короткие движения выполняются перпендикулярно по отношению к краям сухожилий, костей, мышц, суставных капсул и так далее. Короткие движения проводятся рядом друг с другом, при этом указательный палец при переходе от одного короткого движения к другому служит опорой и, почти всегда, передвигается впереди работающих среднего и безымянного пальцев. Третья фаза короткого движения является лечебной и сопровождается ощущением рези или царапанья ногтем. Резь бывает различной степени интенсивности, что зависит от выраженности соединительнотканных изменений, но обычно оценивается больным как приятная боль. Наличие рези говорит о технически правильном выполнении приёма- короткого движения. Длинные движения обычно выполняются после серии коротких движений, они суммируют раздражения, вызванные короткими движениями. В отличие от коротких движений длинные движения параллельны краям сухожилий, фасций или мышц. Длинные движения также состоят из нескольких фаз:

. Прикосновение кончиков среднего и безымянного пальцев к коже больного.

. Сдвигание складки соединительной ткани до возможного предела смещения.

. Длинное растяжение складки соединительной ткани.

Длинное растяжение (третья фаза) является лечебным воздействием и также сопровождается ощущением рези или царапанья ногтем. В отличие от растяжения при коротком движении, когда кончики пальцев растягивают складку соединительной ткани, оставаясь на одном месте, растяжение при длинном движении осуществляется кончиками пальцев, движущимися вдоль края сухожилия, фасции и далее. При выполнении фасциальной техники массажа длинных движений нет, а короткие выполняются в две фазы. Фасциальной техникой воздействуют на глубоко лежащие изменения соединительной ткани, близкие к фасциям. При выполнении коротких движений фасциальной техникой, массажист помещает кончики среднего и безымянного пальцев глубоко в ткани массируемого участка и осуществляет растяжение без смещения. При этом больной сразу же ощущает острую резь.

2.2 Методические указания к соединительнотканному массажу

. Массаж соединительной ткани может быть использован как самостоятельный вид лечения или в комплексе с другими методами (диетотерапией, психотерапией, лечебной гимнастикой, медикаментозным лечением и другими). Кроме того, как показал наш опыт, отдельные элементы соединительнотканного массажа, с успехом, возможно включать в процедуру классического для усиления локального действия на рефлекторные изменения в соединительной ткани.

. Массажу предшествует опрос больного, осмотр и пальпация мягких тканей для выявления зон соединительной ткани. С диагностической целью проводится околопозвоночный штрих с двух сторон от позвоночника на уровне пятого поясничного до седьмого шейного позвонка.

. Исходное положение больного чаще всего сидя на высоком табурете. Ноги имеют устойчивую опору и согнуты под углом 90 градусов в коленных суставах. Руки расслаблены и лежат на бёдрах. Исходное положение массажиста сидя сзади за обнажённой спиной больного на более низком табурете. При работе в области верхней трети спины массажист стоит за спиной больного. При гипертонической или гипотонической болезни, а также при тяжёлом состоянии больного допускается выполнение массажа в исходном положении больного лёжа на боку или на спине, а исходное положение массажиста в этом случае стоя сбоку от массажного стола. Исходное положение больного лёжа на животе используется редко.

. Все методики массажа начинают выполнять с крестца, считая его своеобразным центром, так как область крестца особенно богата соединительной тканью с большим количеством вегетативных нервных окончаний.

. Очень осторожно следует массировать в местах, близких к сосудисто-нервным пучкам (подколенная ямка, локтевой сгиб, подмышечная впадина, гунтеров канал). Массажа непосредственно по суставной щели следует избегать.

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

. При выполнении приёма- короткое движение, растягивая соединительную ткань, кончики пальцев не должны скользить, они остаются на одном и том же месте. При этом угол между кончиками пальцев и массируемым участком не должен быть выше 90 градусов, в противном случае приём будет выполняться ногтями, что недопустимо. Работая короткими движениями, не следует переходить край кости, сухожилия или мышц. Не допускается дорзальное сгибание кисти, осуществление растяжения только мышцами кисти или предплечья, а также ногтями. Нельзя массировать с большой скоростью, следует учитывать, что фаза растяжение при коротком движении выполняется более длительно, чем фазы ей предшествующие.

. При выполнении приёмов соединительнотканного массажа больной не должен ощущать давление или тупую боль. Правильно выполненный приём данного вида массажа всегда сопровождается резью разной степени интенсивности. Перед первой процедурой больного предупреждают, что приёмы соединительнотканного массажа сопровождаются ощущением рези или царапанья ногтем. Во время процедуры, контролируя себя, массажист спрашивает больного об ощущениях. Ощущение рези на первых процедурах более выражено, чем на последующих. При медленном выполнении массажа резь проявляется слабее. При больших рефлекторных изменениях соединительной ткани, особенно в её глубоких слоях, больные характеризуют свои ощущения как резь ножом. В этом случае массажисту необходимо уменьшить болевые ощущения и не переходить порог болевой чувствительности. Для этого следует массировать сначала в более поверхностных слоях соединительной ткани и постепенно переходить к воздействию на рефлекторные изменения в глубоколежащих слоях. Кроме того, интенсивность рези можно снизить, уменьшив угол между кончиками работающих пальцев и массируемым участком до сорока пяти-шестидесяти градусов.

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

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

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

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

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

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

. При недостаточно правильном выполнении приёмов соединительнотканного массажа или несоблюдении методических указаний к данному виду массажа в редких случаях возможно появление отрицательных реакций в виде головной боли, тошноты, головокружения, слабости, болезненности в месте массажного воздействия и других. Эти нежелательные симптомы чаще всего вызваны слишком быстрым массажем или неумением вызвать у больного необходимого при соединительнотканном массаже ощущения рези, вместо которого больной ощущает тупую боль или тупое давление. Кроме того, причиной отрицательных реакций может послужить несоблюдение правильной дозировки соединительнотканного массажа: слишком поспешное включение в процедуру областей, близких к основному патологическому очагу, слишком быстрое продвижение от каудальных областей к краниальным или отсутствие необходимого отдыха через 1 -2 часа после окончания процедуры соединительнотканного массажа. Для снятия отрицательных реакций, появившихся во время процедуры, необходимо сразу же вернуться на нижерасположенные массируемые участки и повторить на них массаж безупречной техникой и в медленном темпе, обязательно включая длинные движения обобщающего характера: под нижним краем грудной клетки, над гребнями подвздошных костей, по подвздошнобольшеберцовому тракту в проксимальном направлении. При жалобах на слабость необходимо провести разъяснительную работу с больным об обязательном отдыхе через 1-2 часа после процедуры соединительнотканного массажа и исключении на время лечения перегрузок физического или умственного характера. Отрицательные реакции очень быстро снимаются, но массажисту следует проанализировать ход лечения и на следующих процедурах устранить все причины возможного их возникновения.

2.3 Понятие о зонах соединительной ткани

Перед процедурой соединительнотканного массажа обязательно проводится диагностический осмотр и пальпация покровных тканей для выявления зон соединительной ткани, что необходимо для составления плана массажа. Зоны соединительной ткани- это рефлекторные изменения, возникшие при заболеваниях внутренних органов или сосудов конечностей, имеющие общую сегментарную иннервацию. Осмотр и пальпацию покровных тканей проводят в исходном положении больного сидя на высоком табурете. Зоны соединительной ткани особенно заметны в области спины, ягодиц, крестца, бёдер, груди и лопаток. Для определения рефлекторных изменений в соединительной ткани пальцами определяют подвижность её слоёв (близких к коже, фасциям или находящихся подкожно). Слои соединительной ткани не имеют чёткой границы между собой. При заболевании сосудов конечностей или внутренних органов подвижность слоёв соединительной ткани нарушается или даже почти отсутствует. При пальпации массажист ощущает сопротивление соединительной ткани - это соединительнотканные зоны. При острых заболеваниях или обострениях хронических соединительная ткань реагирует возникновением зон мягких набуханий в слоях близко прилегающих к коже. Поверхностно расположенные зоны определяются только осязанием. С целью их определения используется паравертебральный поверхностный диагностический штрих на уровне от пятого поясничного позвонка до седьмого шейного. При наличии зон соединительной ткани в её поверхностном слое ткань ощущается как шероховатость, а движение при выполнении диагностического штриха прерывается. Поверхностные зоны соединительной ткани появляются в тех случаях, когда рельеф мышц недостаточно выражен. Это бывает у детей до двенадцати- пятнадцати лет или в преклонном возрасте, а также у лиц, страдающих ревматоидным артритом, или периферическими параличами. По своей локализации зоны соединительной ткани, близкие к коже, часто совпадают с зонами захарьина- геда. Но между ними существуют и различия. Так, зоны захарьина- геда реагируют на температурные раздражения, а поверхностно расположенные зоны мягких набуханий соединительной ткани проявляются при поглаживании или пальпации болевыми ощущениями. При выздоровлении после острого заболевания поверхностно расположенные зоны соединительной ткани исчезают. При хронических заболеваниях или длительных функциональных нарушениях внутренних органов в подкожном или в ближайшем к фасциям слоях соединительной ткани можно обнаружить с помощью пальпации набухания или втяжения. По краям втяжений, имеющих различную форму, определяются набухания. Глубоко расположенные зоны соединительной ткани меняют рельеф покровных тканей, они обнаруживаются зрительно и с помощью осязания. Глубокие соединительнотканные зоны определяются посредством плоскостного смещения кожи или методом кожной складки, начиная с области крестца. Нахождение зон проводится двумя руками одновременно на симметричных областях, постепенно продвигаясь от крестца в краниальном направлении. Следует иметь в виду, что зоны соединительной ткани возникают как следствие висцеро-соединительнотканного рефлекса и связаны рефлекторным путём между собой по типу висцеро-висцерального рефлекса. Иногда зоны соединительной ткани наслаиваются друг на друга. Выделяют диагностические и клинически немые зоны соединительной ткани. Диагностические зоны обычно соответствуют диагнозу, по поводу которого назначено лечение массажем. Так называемые немые зоны выявляются у лиц, имеющих наследственное предрасположение к какому-либо заболеванию. Составляя план соединительнотканного массажа, всегда учитывают наличие не только диагностических, но также клинически немых зон, которые могут быть источником патологических импульсов, идущих к внутреннему органу или части тела. В результате проводимого соединительнотканного массажа изменения в глубоких зонах уменьшаются, слои соединительной ткани делаются более подвижными. Но в отличие от поверхностных зон соединительной ткани глубокие зоны, будучи выражением вегетативной лабильности, остаются заметными после прекращения заболевания. Эффективность массажа соединительной ткани тем выше, чем больше выражены рефлекторные изменения зон соединительной ткани.

2.4 Топография зон соединительной ткани

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Зоны сердца и желудка - данные зоны также наслаиваются друг на друга, расположены на уровне от второго до двенадцатого грудного позвонка слева от позвоночника, занимая площадь от остистых отростков грудных позвонков до задней аксиллярной линии. Зоны представляют собой уплотнение соединительной ткани, которое возникает при заболеваниях сердца, нарушениях сердечного ритма, а также при гастритах с повышенной или сниженной секрецией, язвенной болезни желудка, гастроптозе и других заболеваниях. Зоны сердца, желудка, печени и желчного пузыря симметрично расположены справа и слева от позвоночника, и находятся почти на одном и том же уровне. При наличии зон соединительной ткани кожную складку трудно захватить и удержать пальцами. Определение зон проводится одновременно справа и слева в подлопаточных областях. Исходное положение больного сидя на высоком табурете. Массажист, сгибая кисти в пястно-фаланговых суставах, мягко захватывает кожные складки прямыми пальцами, оттягивает складки на себя, а затем медленно отпускает их, не теряя контакт работающих рук с кожей больного. Подобные движения повторяются 3-4 раза в медленном темпе, а массажист стремится определить с какой стороны кожная складка труднее берётся, плохо отходит и с какой стороны она плотнее. Иногда соединительная ткань настолько уплотнена, что невозможно взять складку рукой и оттянуть её от подлежащих тканей. При выявлении зон рефлекторно изменённой соединительной ткани, имеющих связь с желудком, сердцем, печенью или желчным пузырём, можно пользоваться также методом сдвигания кожной складки до границы зоны.

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

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

Зона плечевого пояса и верхних конечностей - занимая лопатку, дельтовидную область и плечевой сустав, зона выражена при полиартрите с преимущественным поражением суставов верхних конечностей, остеохондрозе шейно-грудного отдела позвоночника, плече-лопаточном периартрозе. Определяется путём сдвигания кожной складки до границы зоны. При имеющихся заболеваниях соединительная ткань уплотнена и плохо сдвигается.

3. Соединительнотканный массаж основных отдельных анатомических областей тела человека (подкожная и фасциальная техника)

3.1 Массаж подвздошно-большеберцового тракта

Широкая фасция бедра на своей латеральной поверхности имеет утолщение в виде широкой полосы - это подвздошно-большеберцовый тракт. Для его практического определения предлагают больному, лежащему на спине (валик в области подколенной ямки), приподнять прямую ногу от массажного стола на 15-20 сантиметров и переместить её в медиальном направлении. В таком положении подвздошно-большеберцовый тракт легко доступен пальпации от уровня коленного сустава до большого вертела бедренной кости в виде тяжа на латеральной поверхности бедра. Затем предлагают больному ногу опустить и воображаемой линией делят подвздошно-большеберцовый тракт на нижнюю и две верхние трети. Начинается массаж данной области на границе нижней и средней трети подвздошно-большеберцового тракта. Исходное положение массажиста стоя сбоку от массажного стола. Допускается массировать как ближний, так и дальний подвздошно-большеберцовый тракт. Легче всего овладеть техникой приёмов соединительнотканного массажа, работая на дальнем от массажиста подвздошно-большеберцовом тракте. Кончики среднего и безымянного пальцев помещают на 1-2 сантиметра дорзальнее подвздошно-большеберцового тракта на уровне границы его нижней и средней трети - это первая фаза короткого движения. Затем сдвигают кожную складку перпендикулярно тракту до возможного предела смещения (вторая фаза короткого движения). Не допуская скольжения кончиков пальцев по коже и пересечения тракта, растягивая кожную складку в течение нескольких секунд, что и является лечебным воздействием, во время которого больной ощущает резь (третья фаза короткого движения). Следующие короткие движения выполняются, тесно прилегая друг к другу проксимально в направлении большого вертела. Указательный палец работающей руки является опорой и направляющим. Данную линию повторяют несколько раз (3-5). На следующем этапе выполняют длинные движения непосредственно по подвздошно-большеберцовому тракту от границы нижней и средней трети подвздошно-большеберцового тракта вверх до большого вертела бедренной кости. Для выполнения длинного движения массажист делает переход и массирует на ближнем подвздошно-большеберцовом тракте одноимённой рукой (то есть левой рукой на левом подвздошно-большеберцовом тракте). Кончики среднего и безымянного пальцев помещают поперёк тракта, делают сдвигание, а затем растяжение складки, передвигаясь вверх до большого вертела бедренной кости. Больной ощущает при длинном растяжении резь. Массажист не должен терять контакт с кожей, выполняя длинное движение. Если контакт пальцев с кожей больного прекратился, то резь исчезает, и длинное движение следует повторить. Длинное движение по подвздошно-большеберцовому тракту необходимо выполнять в медленном темпе с повторением несколько раз. Длинное движение возможно выполнить передним ходом руки массажиста: пальцы разогнуты в межфаланговых суставах, латеральные края концевых фаланг соприкасаются с массируемым трактом и движутся в проксимальном направлении передним ходом. Выполняя длинное движение передним ходом руки, массажист работает разноимённой рукой на ближнем подвздошно-большеберцовом тракте. Для массажа нижней трети подвздошно-большеберцового тракта кончики среднего и безымянного пальцев одноимённой руки помещают на 1-2 сантиметра ниже границы нижней и средней трети подвздошно-большеберцового тракта дальнего бедра. Короткие движения выполняются в дистальном направлении до уровня коленного сустава и повторяются несколько раз. Длинные движения в том же направлении выполняются медленно, с повторением 4-5 раз, кончики пальцев движутся непосредственно по тракту. Осуществляя длинные движения передним ходом, работает одноимённая рука массажиста выпрямленными средним и безымянным пальцами. Применяя длинные движения обратным ходом, массажист работает разноимённой рукой. В обоих случаях массажист стоит у подвздошно-большеберцового тракта ближнего бедра больного. В заключении массажа подвздошно-большеберцового тракта проводятся длинные движения по всему тракту от коленного сустава до большого вертела бедренной кости с повторением 3-5 раз. Продолжительность массажа симметричных областей подвздошно-большеберцового тракта 10-15 минут. Кроме ощущения рези при массаже данных симметричных областей, больной отмечает появление волн тепла в нижних конечностях, в этом случае массаж подвздошно-большеберцовых трактов можно прекратить.

.2 Массаж области большого вертела бедренной кости

Область большого вертела бедренной кости массируется в исходном положении больного лёжа на боку, при этом нога, лежащая на массажном столе, выпрямлена во всех суставах, а вышележащая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах. Больной слегка наклоняет корпус вперёд. Исходное положение массажиста стоя перед вентральной поверхностью туловища больного. Массаж начинают на 10-12 сантиметров ниже большого вертела дорсальнее бедренной кости, обходят сзади и заканчивают над передне-верхним краем вертела. Массажист работает разноимённой рукой. Для выполнения коротких движений кончики среднего и безымянного пальцев помещают на 1-2 сантиметра дорсальнее бедренной кости и движения проводятся перпендикулярно по отношению к её дорсальному краю и вертелу. Массируемая линия имеет вид запятой. Короткие движения выполняются в три фазы, рука массажиста продвигается в проксимальном направлении. Длинные движения проводятся по той же линии, в том же направлении, что и короткие и многократно повторяются. Длинные движения выполняются обратным ходом одноимённой руки, при этом пальцы массажиста согнуты в межфаланговых суставах и кончики их стоят поперёк намеченной линии. При выполнении длинных движений не следует терять контакт кончиков пальцев с массируемыми участками.

.3 Массаж области медиального края портняжной мышцы

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

.4 Соединительнотканный массаж крестцово-тазовой области

данная область чрезвычайно богата соединительной тканью и вегетативными нервными окончаниями. Методика соединительнотканного массажа при любом заболевании начинается с воздействия в крестцово-тазовой области. Рефлекторным путём при многих заболеваниях внутренних органов в области крестца возникают набухания или втяжения соединительной ткани, а также меняется подвижность её слоёв. Массаж данной области выполняется в исходном положении больного лёжа на боку или сидя. Массаж крестцово-тазовой области (соединительной ткани) проводят в следующем порядке: 1. Латеральные поверхности крестца вдоль крестцово-подвздошных сочленений. 2. Площадь крестцовой кости. 3. Основание крестца. 4. Гребень подвздошной кости. 5. От пятого поясничного позвонка над гребнем подвздошной кости до латерального края прямой мышцы живота на уровне пупка. Массажист стоит перед вентральной поверхностью лежащего на боку больного и работает одноимённой рукой. Больного, лежащего на правом боку, начинают массировать правой рукой в крестцово-тазовой области справа. Для выполнения коротких движений кончики среднего и безымянного пальцев помещают на 1-2 сантиметра латеральнее от верхушки крестца. Короткие движения выполняют вдоль латеральной поверхности крестца, подвздошно-крестцового сочленения справа до уровня основания крестца. Направления коротких движений перпендикулярны по отношению к правой половине крестца и правому крестцово-подвздошному сочленению. Затем той же рукой выполняют короткие движения на симметричной линии от верхушки крестца до его основания слева. В отличие от коротких движений справа короткие движения слева направлены от крестца и крестцово-подвздошного сочленения в латеральном направлении. Длинные движения, как в области латеральных поверхностей крестца, так и в области крестцово-подвздошных сочленений, отсутствуют. На следующем этапе массажа короткие движения покрывают всю площадь крестцовой кости в направлении от верхушки крестца к его основанию. Локоть работающей руки ориентирован краниально. Длинные движения в области крестцовой кости также не применяются. Основание крестца массируется короткими и длинными движениями, направление которых от латерального края крестца к остистому отростку пятого поясничного позвонка. Основание крестца можно массировать как правой, так и левой рукой. В исходном положении больного лёжа на правом боку, массируется одна половина основания крестца: от правого латерального края крестца до остистого отростка пятого поясничного позвонка. Гребень таза обрабатывается короткими движениями одноимённой рукой, локоть которой ориентирован краниально. Направление коротких движений снизу вверх, вдоль гребня таза от задней до передней верхней ости подвздошной кости. Короткие движения перпендикулярны гребню таза, верхнюю границу которого пересекать не рекомендуется. Длинные движения выполняют над гребнем таза от остистого отростка пятого поясничного позвонка или от задней верхней ости подвздошной кости, вести между гребнем таза и нижними рёбрами до латерального края прямой мышцы живота на уровне пупка. Длинные движения возможно выполнять с отягощением свободной рукой, средний и безымянный пальцы которой помещают на ногтевые фаланги работающей руки. При исходном положении больного лёжа на правом боку, массируется гребень левой половины. Затем больному предлагают повернуться на левый бок, при этом левая нога прямая, а правая согнутая в тазобедренном и коленном суставах, опирается коленом о массажный стол, тыл правой стопы лежит на икроножной мышце левой нижней конечности. После поворота массируются симметричные линии: левая половина основания крестца, применяя короткие и длинные движения, под правым гребнем подвздошной кости короткими движениями, длинными движениями над гребнем подвздошной кости справа от пятого поясничного позвонка до латерального края прямой мышцы живота. Короткие и особенно длинные движения несколько раз повторяются по одной и той же линии.

.5 Соединительнотканный массаж области спины

Для массажа области спины возможно два исходных положения больного: лёжа на боку или сидя на высоком табурете. Исходное положение массажиста сидя или стоя позади больного. Описание массажа области спины даётся в исходном положении больного лёжа на правом боку. В данном исходном положении в области спины массируется латеральный край широчайшей мышцы спины, лопатка и межрёберная область слева. 1) массаж широчайшей мышцы спины: для нахождения латерального края широчайшей мышцы спины больному предлагают согнуть руку в локтевом суставе и надавить локтем на ладонь массажиста - при таком движении латеральный край мышцы достаточно хорошо контурируется. Короткие движения выполняются одноимённой рукой перпендикулярно латеральному краю широчайшей мышцы спины от двенадцатого ребра до нижнего угла лопатки. Длинные движения по данной линии отсутствуют. 2) массаж лопатки: в области лопатки массируется её внутренний край короткими движениями от нижнего угла до ости. Короткие движения имеют медиальное направление, выполняются перпендикулярно внутреннему краю лопатки, который пересекать не рекомендуется. Работает одноимённая рука. Длинные движения отсутствуют. Затем осуществляются короткие и длинные движения под остью лопатки. Короткие движения, выполняемые разноимённой рукой, перпендикулярны ости лопатки и проводятся от внутреннего к наружному краю, при этом локоть работающей руки обращён краниально. Длинные движения возможно проводить как передним, так и обратным ходом руки массажиста. Они также, как и короткие движения осуществляются под остью лопатки. 3) массаж межреберий: в межрёберной области выполняются волнообразные движения на площади между латеральным краем широчайшей мышцы спины и крестцово-остистой мышцы от двенадцатого ребра до нижнего угла лопатки. Массажист работает одноимённой рукой. Волнообразное движение состоит из следующих элементов: прикосновение пальцев, сдвигание складки, длинное растяжение и сдвигание кожной складки. Кончики среднего и безымянного пальцев ставят над латеральным краем широчайшей мышцы спины таким образом, чтобы ладонные поверхности концевых фаланг были обращены краниально. Кончики пальцев производят сдвигание кожной складки в краниальном направлении до возможного предела. Затем, не теряя контакта пальцев с кожей больного, кисть совершает поворот на 90 градусов, и производится длинное движение вниз до латерального края крестцово-остистой мышцы, где кисть совершает поворот в краниальном направлении. После окончания волнообразного движения ладонная поверхность ногтевых фаланг среднего и безымянного пальцев вновь обращена краниально, а на коже пациента остаётся полоса гиперемии по форме напоминающая латинскую эс. Во время выполнения волнообразного движения больной ощущает резь или царапанье ногтем. Следующее волнообразное движение производится рядом с предыдущим и расположено на сегмент выше от него. Каждое последующее волнообразное движение по протяжённости длиннее предыдущего и вся площадь между латеральным краем крестцово-остистой мышцы и широчайшей мышцы спины оказывается покрытой волнообразными движениями. После чего выполняются малые волнообразные движения от латерального до медиального края крестцово-остистой мышцы. В отличие от предыдущих движений малые волнообразные движения через крестцово-остистую мышцу имеют одинаковую длину на протяжении от двенадцатого ребра до нижнего угла лопатки. В исходном положении кончики среднего и безымянного пальцев помещают над латеральным краем крестцово-остистой мышцы. Малое волнообразное движение выполняется также, как и большое. Заканчивая малое волнообразное движение, кончики среднего и безымянного пальцев находятся над медиальным краем крестцово-остистой мышцы и обращены краниально. В заключении массажа межрёберной области большое и малое волнообразные движения суммируются. Для этого кончики пальцев начинают выполнять волнообразное движение над латеральным краем широчайшей мышцы спины, продвигаются до латерального края крестцово-остистой мышцы и, не теряя контакта с кожей, осуществляют вторую (малую) волну. Выполняя две волны, рука массажиста продвигается от двенадцатого ребра до нижнего угла лопатки. Затем больному предлагают повернуться на другой бок, принять правильное исходное положение и массируют симметричные области правой половины спины теми же приёмами.

.6 Соединительнотканный массаж области треугольного пространства на латеральной поверхности туловища

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

.7 Соединительнотканный массаж области живота и нижнего края рёберной дуги спереди

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

4. Показания и противопоказания к массажу соединительной ткани

Трудно найти заболевание, при котором соединительная ткань не принимала бы участия в большей или меньшей степени. Показания к применению массажа соединительной ткани широки. А при условии его правильного назначения эффективность метода достаточно высока. Массаж соединительной ткани применяется в лечении подострых и хронических стадий многих заболеваний внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и периферических сосудов, сопровождающихся нарушением вегетативных функций. Прежде всего, следует учесть, что в остром периоде заболевания (инфаркт, инсульт, пневмония, радикулит и другие) соединительнотканный массаж противопоказан. Однако при стихании острых явлений или хроническом течении заболевания он находит широкое применение. Соединительнотканный массаж способствует нормализации нарушенного кровоснабжения органов и тканей, улучшению трофики, ликвидации спазма гладкой мускулатуры, стимулирует процессы регенерации и рассасывания рубцов и спаек. Лечение оказывается наиболее эффективным при наличии выраженных рефлекторных изменений в покровных тканях тела человека, а именно зон соединительной ткани. Плотные набухания соединительной ткани или втяжения указывают на целесообразность применения данного вида массажа. Присутствие мягких зон соединительной ткани, указывающих на острую стадию заболевания, является противопоказанием к назначению соединительнотканного массажа. При отсутствии выраженных рефлекторных изменений (зон) в соединительной ткани применять соединительнотканный массаж нецелесообразно. Немецкие специалисты применяют соединительнотканный массаж даже при туберкулёзе в спокойном периоде заболевания. Они также не считают злокачественные опухоли абсолютным противопоказанием для применения соединительнотканного массажа. Например, описаны случаи успешного применения соединительнотканного массажа больному, удачно прооперированному по поводу рака бронха и страдающему от послеоперационной межрёберной невралгии. Немецкие специалисты применяют соединительнотканный массаж больным, удачно прооперированным по поводу неврином и менингиом, имеющих в послеоперационном периоде неврологические проявления, сопровождающиеся болями и рефлекторным напряжением мышц, которые можно устранить приёмами массажа соединительной ткани. Естественно, во всех случаях применения соединительнотканного массажа онкологическим больным необходима предварительная консультация онколога и большая осторожность. До операции по поводу злокачественных и доброкачественных опухолей массаж соединительной ткани противопоказан. Некоторые психические заболевания, при учёте применения современной психофармакологической терапии, не являются противопоказанием для применения массажа соединительной ткани в комплексном лечении данной группы больных. Если соединительнотканный массаж назначен своевременно, выполняется технически грамотно с точным соблюдением дозировки и методических указаний, то практически непереносимость соединительнотканного массажа отсутствует. Соединительнотканный массаж с успехом применяется в лечении многих заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата, в том числе и в послеоперационном периоде: переломы, вывихи, растяжение связок, контрактуры, рубцы и спайки, деформирующий артроз, подготовка операционной культи к протезированию, косолапость, плоскостопие, остеохондропатии, деформации стоп, плечелопаточный периартроз, эпикондилит, ревматоидный артрит, посттравматическая дистрофия зудека, болезнь бехтерева, сколиоз, кривошея, тендовагиниты, остеохондроз позвоночника. Массаж соединительной ткани с успехом может быть применён при различных синдромах вертеброгенных заболеваний периферической нервной системы: подострая и хроническая люмбалгия, ишиалгия, рефлекторные сосудистые дистонии нижних конечностей, краниалгия, брахиалгия, цервикалгия, радикулярный синдром. Соединительнотканный массаж также возможно использовать при следующих заболеваниях и синдромах: невралгия тройничного нерва, парез или паралич лицевого нерва, периферический паралич (в том числе последствия полиомиелита), церебральный паралич (в том числе детский церебральный паралич), болезнь паркинсона, синдром головной боли различной этиологии. В порядке исключения массаж соединительной ткани может быть применён для купирования острого приступа мигрени. Соединительнотканный массаж с успехом применяется при нарушении кровоснабжения конечностей: облитерирующий эндартериит, диабетическая ангиопатия нижних конечностей, облитерирующий атеросклероз, болезнь и синдром рейно, варикозное расширение вен, варикозная язва голени, посттромбофлебитический синдром, повреждение сосудов при переохлаждении. При заболеваниях внутренних органов массаж соединительной ткани является частью комплексного лечения при следующих заболеваниях: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда, не ранее шести недель от начала инфаркта), гипотоническая болезнь, остаточные явления миокардита, пороки сердца в стадии компенсации, вегето-сосудистая дистония. При жалобах со стороны сердца, связанных с функциональными нарушениями, массаж соединительной ткани находит широкое применение. Частые вегетативные кризы у лиц пожилого возраста являются противопоказаниями к соединительнотканному массажу. При заболеваниях системы органов дыхания соединительнотканный массаж используется в следующих случаях: хронический фарингит, хронический трахеит, хронический ринит, как исключение - при остром рините, поллиноз, бронхиальная астма, бронхит (остаточные явления острого и хронический), пневмония (остаточные явления острой и хроническая стадии заболевания). Массаж соединительной ткани также показан при желудочно-кишечных заболеваниях: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, хронический гепатит, хронический холецистит, хронический холангит. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также при хроническом гастрите массаж применяется лишь в период ремиссии. Желательно проводить два профилактических курса в год по 12-15 процедур весной и осенью. Соединительнотканный массаж также применяется для лечения заболеваний толстого кишечника, сопровождающихся спастическим или атоническим запорами. Массаж соединительной ткани никогда не применяется при язвенном колите. При заболеваниях мочеполовой системы соединительнотканный массаж может быть использован при следующих заболеваниях: почечно-каменная болезнь (после операции), ночное недержание мочи, цистит и пиелит (после стихания острых воспалительных явлений), хронический простатит (вне обострения), импотенция. При хроническом простатите и импотенции массаж соединительной ткани может сочетаться с урологическим массажем. Заболевания почек, сопровождающиеся гематурией, массажем соединительной ткани лечить не рекомендуется. Массаж соединительной ткани находит применение при многих синдромах и заболеваниях женских половых органов: аменорея, гипоменорея, дисменорея, полименорея, последствия аднексита, климактерические расстройства, гипогалактия, пояснично-крестцовые боли у женщин, связанные с перенесёнными гинекологическими заболеваниями или операциями. Беременность является противопоказанием к применению массажа соединительной ткани. Немецкие авторы указывают на успешное применение соединительнотканного массажа в акушерской практике при слабости родовой деятельности, для снятия спазма маточного зева, при затяжных родах и для уменьшения боли во время родов. Массаж соединительной ткани противопоказан при доброкачественных (фибромиома, киста яичника) и злокачественных опухолях, при эндометриозе, туберкулёзе, острых воспалительных и гнойных заболеваниях женских половых органов. Назначение массажа соединительной ткани лицам старше шестидесяти пяти лет требует индивидуального подхода с учётом перенесённых заболеваний (инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения и другие), наличия большого количества сопутствующих заболеваний. В каждом отдельном случае следует решать вопрос о целесообразности назначения нагрузочной процедуры, каким является массаж соединительной ткани, больному пожилого возраста, а также необходимо выбрать вид техники (подкожную или кожную) в соответствии с имеющимися рефлекторными изменениями. Особой осторожности требуют больные, имевшие в анамнезе тяжёлые черепно-мозговые травмы. Включение в план массажа данной группе больных области головы не рекомендуется, также следует воздержаться от воздействия на реактивные точки, особенно в верхней половине туловища. Каждую последующую процедуру необходимо начинать с вопроса о самочувствии больного после принятой массажной процедуры, поинтересоваться отдыхал ли больной через 1-2 часа после лечения. Затем решить вопрос о плане лечения и о включении в него новых линий.

5. Методика соединительнотканного массажа при синдроме головной боли

Головная боль - это синдром, встречающийся не менее, чем при сорока пяти заболеваниях. Соединительнотканный массаж значительно расширяет возможности оказания помощи при данном синдроме. Он может быть как частью комплексной терапии, так и самостоятельным видом лечения. Соединительнотканный массаж особенно эффективен при головной боли, обусловленной преимущественно сосудистыми механизмами или напряжением мышц мягких покровов головы, шеи и плечевого пояса (при мигрени, сосудистой дистонии, гипертонической болезни первой-второй стадии, неврозах, посттравматической головной боли мышечного напряжения, вертеброгенной головной боли и других). Соединительнотканный массаж противопоказан при головной боли, обусловленной опухолью головного мозга, абсцессом мозга, острой черепно-мозговой травмой, острым нарушением мозгового кровообращения, острыми воспалительными заболеваниями головного мозга и его оболочек. Массаж не эффективен при головной боли, обусловленной хронической интоксикацией. При диагностическом осмотре больного, длительное время страдающего головной болью, обращает на себя внимание рефлекторное изменение соединительной ткани в виде уплотнения в области крестца, внутренних краёв лопаток и седьмого шейного позвонка. Особенно характерно при длительной головной боли плоское втяжение соединительной ткани в межлопаточной области от второго до шестого грудных позвонков, а также втяжение в области зоны головы-2. Кроме того, набухание соединительной ткани и болезненность имеются в области сосцевидных отростков и затылочной связки. При пальпации отмечается болезненность на уровне второго грудного сегмента паравертебрально и на этом же уровне вентрально на большой грудной мышце. Техника соединительнотканного массажа при головной боли: лечение массажем начинается в исходном положении больного сидя, исходное положение массажиста сидя позади больного. В области крестца одноимённой рукой выполняются короткие движения от верхушки, вдоль крестцово-подвздошных сочленений до основания с одной, а затем с другой стороны. В исходном положении стоя сбоку от больного, массажист короткими движениями в краниальном направлении обрабатывает всю площадь крестца. Короткими, а затем длинными движениями, одноимённой рукой массируется линия вдоль основания крестца, от латерального края до остистого отростка пятого поясничного позвонка с двух сторон. Короткими движениями одноимённой рукой массируется гребень подвздошной кости от задней до передней ости. Направление движений снизу вверх, за пределы гребня подвздошной кости переходить не рекомендуется. В заключение массажа области крестца выполняются с повторением 3-5 раз длинные движения от пятого поясничного позвонка до латерального края прямой мышцы живота на уровне пупка. Заключительные длинные движения осуществляются из исходного положения массажиста стоя спереди от больного. Для дальнейшего лечения больной занимает исходное положение лёжа на боку, при котором массируется большой вертел с одной, а затем с другой стороны. Массаж подвздошно-большеберцового тракта производится в исходном положении больного лёжа на спине. Техника массажа большого вертела и подвздошно-большеберцового тракта подробно описана в разделе "массаж отдельных основных анатомических областей". При первых трёх-четырёх процедурах достаточно ограничиться перечисленными областями, продолжительность массажа 20-25 минут. В дальнейшем к перечисленным областям добавляется воздействие в области заднебоковой поверхности туловища: латерального края обеих широчайших мышц спины и треугольного пространства между переднеаксиллярной линией и латеральным краем широчайшей мышцы спины. Данные области можно массировать в исходном положении больного сидя или лёжа на боку. Выполняя короткие движения по латеральному краю широчайшей мышцы спины, в исходном положении больного сидя, массажист работает одноимённой рукой, стоя позади от больного.

При работе в области треугольного пространства массажист стоит сбоку и работает одноимённой рукой, при этом свободная рука фиксирует массируемые ткани снизу. Перечисленные области обрабатываются в течение восьми-девяти процедур, продолжительность массажа до тридцати минут. Большое количество областей массировать с первых процедур не рекомендуется, так как возможна опасность появления во время лечения отрицательных реакций (головная боль, головокружение, тошнота). В случае возникновения перечисленных симптомов массажист, не прекращая процедуры, должен возвратиться и повторить воздействие в области больших вертелов и подвздошно-большеберцовых трактов, работать медленно и технически грамотно, многократно повторяя длинные движения на этих линиях. Отрицательные реакции быстро проходят, но они являются сигналом того, что допущена передозировка массажа. В этом случае последующие две-три процедуры делаются на 5-10 минут короче и массируется на одну-две области меньше, а количество процедур в ближайшую неделю можно сократить до четырёх. Включение новых областей в процедуру соединительнотканного массажа в дальнейшем следует производить очень осторожно. Иногда после пятой-седьмой процедуры больной отмечает, что головные боли, которыми он страдает длительное время, полностью исчезли. В этом случае курс массажа продолжают до двенадцати процедур, не включая новых областей. Если головную боль не удалось устранить массажем области крестца, большого вертела, подвздошно-большеберцового тракта, широчайшей мышцы спины, треугольного пространства, то целесообразно постепенно включать следующие области воздействия: межлопаточное пространство, лопатки, трапециевидные мышцы, паравертебральные линии, область затылка и другие. Продолжительность курса массажа в среднем 15 процедур, время воздействия от двадцати до пятидесяти минут. Область межлопаточного пространства: исходное положение больного чаще сидя, но возможно лёжа на животе.

Начиная с нижних углов лопаток до их остей проводят длинные движения от внутреннего края одной лопатки до другой в поперечном направлении. Длинные движения массажист выполняет, поочерёдно меняя руки, кончиками среднего и безымянного пальцев. В начале длинные движения выполняются поверхностно, глубина воздействия постепенно увеличивается от процедуры к процедуре. Обычно к массажу межлопаточного пространства приступают с десятой процедуры. Выше остей лопаток подниматься не следует во избежание возможных отрицательных реакций. Область лопаток: массаж производится чаще в исходном положении больного сидя или лёжа на боку. Массажист стоит сзади от больного. Если у больного имеются сопутствующие заболевания сердца или желудка, то массируется вначале правая лопатка, а затем левая. При сопутствующих заболеваниях печени сначала массируется левая лопатка. Описание техники смотрите в главе 7.5 "соединительнотканный массаж области спины". Область валика трапециевидной мышцы: массаж данной области обычно производится в исходном положении больного лёжа на спине, при этом исходное положение массажиста сидя на табурете у головного конца массажного стола. Массажист работает одноимённой рукой. Голова больного опирается на ладонь свободной руки массажиста. Кисть работающей руки массажиста находится в положении супинации, а большой палец максимально отведён. Короткие движения в краниальном направлении выполняются вдоль валика трапециевидной мышцы от остистого отростка седьмого шейного позвонка до акромиального отростка лопатки. После повторения коротких движений 2-3 раза по этой же линии и в том же направлении проводятся длинные движения. Область паравертебральной линии: данная область массируется от остистого отростка седьмого шейного позвонка до основания затылочной кости. Исходное положение больного и массажиста те же. Массажист работает двумя руками одновременно. В исходном положении кончики средних и безымянных пальцев массажиста находятся у остистого отростка седьмого шейного позвонка, при этом тыльной поверхностью ногтевые фаланги обращены друг к другу.

Большие пальцы расположены в надключичных ямках. Короткие движения направлены от остистых отростков шейных позвонков латерально. Длинные движения выполняются одновременно двумя руками из положения супинации по паравертебральным линиям на том же уровне. У большинства больных, страдающих головной болью, обусловленной преимущественно сосудистыми механизмами, данной областью массаж следует закончить. На курс лечения приходится 12-15 процедур, время массажного воздействия на последних процедурах 40-45 минут. При необходимости курс лечения можно повторить через 2 месяца. В тех случаях, когда головная боль обусловлена преимущественно напряжением мышц мягких покровов головы, шеи и плечевого пояса, в план массажа дополнительно включается область седьмого шейного позвонка и верхняя выйная линия. Область седьмого шейного позвонка: показанием для соединительнотканного массажа данной области являются выявленные при осмотре у больного, страдающего головной болью, набухания и уплотнения соединительной ткани вокруг седьмого шейного позвонка. Для их устранения применяются короткие движения, выполняемые по кругу (солнце) на границе уплотнённой и неизменённой соединительной ткани вокруг седьмого шейного позвонка. Постепенно в периоде лечения уплотнение уменьшается, что приносит больному большое облегчение: исчезает скованность, увеличивается объём движений в шейном отделе позвоночника и плечевом поясе, ликвидируется головная боль. Наш опыт показывает, что если больной по поводу синдрома головной боли получает курс лечения классическим массажем, то при наличии уплотнения вокруг седьмого шейного позвонка целесообразно в конце процедуры обработать данную область приёмом соединительнотканного массажа. В данном случае используется с большой пользой для больного локальное действие соединительнотканного массажа. Итак, сочетание классического массажа с соединительнотканным на ограниченных областях возможно и целесообразно при наличии ярко выраженных зон соединительной ткани.

Область выйной линии: при локализации головной боли в затылочной области и наличии уплотнённой соединительной ткани в области затылочной кости рекомендуется массировать область верхней выйной линии. Массаж данной линии особенно эффективен при головной боли сосудистой этиологии. Массаж осуществляют в исходном положении больного сидя, при этом массажист занимает переднебоковое положение. Возможно массировать эту область в исходном положении больного лёжа на спине. В этом случае массажист сидит у головного конца массажного стола, работающая рука находится в положении супинации. Голова больного лежит на свободной руке массажиста. Короткие движения начинаются от затылочного бугорка, осуществляются до верхушки сосцевидного отростка височной кости, выполняются в краниальном направлении. Кончики пальцев массажиста не должны скользить по волосам больного. Затем выполняются длинные движения, с повторением 3-4 раза. В области верхушек сосцевидных отростков височной кости обычно уплотнение соединительной ткани резко выражено и сопровождается болезненностью. Поэтому короткие движения следует выполнять медленно и достаточно глубоко, не скользя по тканям. Если головная боль не имеет чёткой локализации в области затылочной кости и рефлекторные изменения в соединительной ткани отсутствуют, то данную область из плана массажа можно исключить. В заключении процедуры по методике головной боли выполняются длинные движения с неоднократным повторением: вдоль подвздошно-большеберцового тракта с двух сторон, над гребнями подвздошных костей от среднеаксиллярных линий до середины симфиза, под нижним краем рёберных дуг от среднеаксиллярной линии до мечевидного отростка. Длинные движения предупреждают и устраняют нежелательные реакции при соединительнотканном массаже.

Заключение

Итак, массаж соединительной ткани применяется в лечении многих заболеваний внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, сосудов в хронической и подострой стадиях, сопровождающихся нарушением вегетативных функций. Лечение наиболее эффективно при наличии выраженных рефлекторных изменений в тканях человека. Плотные набухания или втяжения соединительной ткани указывают на целесообразность применения данного вида массажа. При острой стадии заболевания и наличии мягких зон соединительной ткани массаж не проводится. Также не следует применять массаж соединительной ткани при беременности, наличии доброкачественных и злокачественных опухолей, хотя в зарубежной литературе имеются на это указания.

Особенностями соединительнотканного массажа являются: оригинальная техника, основанная на растяжении соединительной ткани одного слоя над другим и получения при этом предусмотренных ощущений в виде рези, определённый порядок воздействия, при котором вначале устраняют нижележащие рефлекторно-сегментарные изменения. Впрочем, это характерно для всех видов сегментарного массажа. как и любой сегментарный, массаж соединительной ткани должен дозироваться в зависимости от реактивности больного. Учитывая длительное последствие процедур соединительнотканного массажа, следует осторожно и вдумчиво комбинировать его с другими видами терапии. Технику массажа невозможно освоить только по описанию, необходимы соответствующие практические занятия. Кажущаяся простота выполнения приёмов обманчива, помимо того массажисту необходима специальная тренировка, поскольку выполнение однотипных движений с напряжённой рукой довольно утомительно.

Следует подчеркнуть, что соединительнотканный массаж, представляет собой в данное время, как эффективный безлекарственный метод - позволяющего расширить возможности оказания помощи при многих хронических заболеваниях.

И что массаж соединительной ткани имеет преимущество перед другими видами массажа при ангиопатиях конечностей, зрительных нарушениях, посттравматических синдромах поражения верхних конечностей, ревматоидном артрите и многих других заболеваниях и синдромах при которых ярко выражены рефлекторные изменения соединительной ткани.

Список литературы

1. А.Ф. Вербов - «Основы Лечебного Массажа». Издательство М., «Медицина», 1966 Г.

. Руководство По Кинезитерапии», Под Редакцией Л. Банева, П. Слынчева, Ст. Банкова. - «Медицина И Физкультура», София, 1978 Г.

. Массаж. Под Редакцией Y.К. Кордеса, П. Уибе, Б. Цайбиг. Издательство “Медицина”, Москва, 1983 Г.

. Von Bernd Muschigskiy: Massagelehre In Theorie Und Praxis-Stuttgart; New York: Fischer, 1984.

. Dicke E., Schliack H., Wolf A.: Bindegewebsmassage. Stuttgart, 1982.

. Teirich-Leube H.: Grundrib Der Bindegewebsmassage, Auflade. Stuttgart, 1982.

. Н.А. Белая -"Руководство по лечебному массажу" ,1996.

. И.Л. Трипольская, Н.В. Чаплыгин - "Соединительнотканный массаж" , 1998.