Введение

Профилактика и лечение сердечнососудистых заболеваний продолжают оставаться одной из проблем, требующих своего решения в здравоохранении. Смертность при заболеваниях системы кровообращения возросла и среди этих заболеваний главенствует ишемическая болезнь сердца. В высокоразвитых странах от ишемической болезни сердца ежегодно умирает от пятисот тысяч До миллиона Человек. По данным е. И. Чазова около тридцати процентов мужчин в возрасте сорока-пятидесяти девяти лет не знают о наличии у них ишемической болезни сердца и заболевание было выявлено при специальном обследовании. Поиски методов, способствующих профилактике и лечению сердечнососудистых заболеваний, неустанно продолжаются. Нам представляется, что массаж должен прочно войти в арсенал этих методов как составная часть комплексного лечения этой патологии, а также применяться при показаниях как самостоятельный метод лечения и профилактики. Массаж известен с давнего времени и успешно применяется при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной системы, нарушении жирового обмена. Однако начало его использования при заболеваниях сердечнососудистой системы относится к последним десятилетиям и пока ещё весьма ограничено из-за отсутствия научно обоснованных методик.

Массаж нужен! Это доказано

массаж ишемический хирургический стенокардия

Массаж при ишемической болезни сердца и инфаркте миокарда: Научному обоснованию применения массажа при ишемической болезни сердца посвящены единичные работы. Наряду с этим в клинике терминальных состояний с успехом применяется прямой и непрямой массаж сердца, в том числе при необходимости и у страдающих ибс. Поэтому вызывает сожаление тот факт, что массаж не вошёл ещё в широкую практику в число методов лечения, применяемых при ибс, инфаркте миокарда и применяется пока ещё недостаточно. Долгие годы это объясняли тем, что при воздействии массажа могут развиваться нежелательные изменения в свёртывающей и анти свёртывающей системе крови и усугублять течение ибс и инфаркта миокарда. Однако эти воззрения целиком базировались на эмпирических умозаключениях и не проводились специальные исследования для подтверждения или исключения этого положения. Широкое применение лечебной физической культуры, в том числе при ибс, начиная с самых ранних сроков в период заболевания инфарктом миокарда и на всех этапах дальнейшего лечения в отделениях долечивания, в санаториях, поликлиниках, врачебно-физкультурных диспансерах показало значительную эффективность этого метода.

Известно, что применение медикаментозной терапии не предотвращает повторных инфарктов миокарда и не избавляет больных от проявления коронарной недостаточности. В связи с этим поиски методов профилактики повторных инфарктов, а также путей снижения проявлений коронарной недостаточности продолжаются. В числе этих методов важная роль принадлежит физическим факторам. Клиническая картина и методы лечения ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда достаточно описаны в капитальных трудах учёных. Боли при ишемической болезни сердца - это проявление острой коронарной недостаточности, которая возникает при ухудшении кровоснабжения сердца в результате спазма коронарных сосудов. Другой причиной их может явиться усиленная работа сердца при потребности в повышенном кровоснабжении организма, при этом развиваются коронарная недостаточность различной степени и недостаточность кровообращения. Для дифференцированных методик массажа имеет значение также То, что ибс часто сопутствует гипертоническая болезнь. После инфаркта миокарда нередки проявления болевого синдрома в связи с остеохондрозом позвоночника, дистрофическим поражением плечевых суставов (чаще левого). У больных ибс, и особенно у перенесших инфаркт миокарда, нарушается функциональное состояние центральной нервной системы, что проявляется нарушением ритма сна, повышенной раздражительностью, ипохондрией, нередки головные боли и быстрая утомляемость. У части больных течение заболевания усугубляет диабет. Наиболее частой причиной ибс является атеросклероз венечных артерий сердца. Ряд факторов риска, не являясь причиной болезни, играют большую роль в появлении её и особенно инфаркта миокарда.

Факторов риска много, но наиболее значимые из них: гиперхолестеринемия, нарушение жирового и углеводного обмена, злоупотребление алкоголем, курение, ограниченная двигательная активность. В сша (marzilli m.) Выдвигается гипотеза о том, что развитию коронарного атеросклероза предшествует спазм коронарных артерий. При этом спонтанные приступы стенокардии возникают вне зависимости от увеличения потребности миокарда в кислороде. Органическая структура возникает позже, уже при наличии ишемических проявлений. Эта точка зрения базируется на представлении о первичном поражении гладкомышечных клеток сосудистой стенки. По данным авторов, спазм коронарных сосудов является ранним проявлением дисфункции гладкомышечных клеток.

Применение массажа во время приступа стенокардии в виде слабого ритмичного поглаживания левой половины тела с одновременным введением новокаина описывают п. Krauss, p. Vogler. А. Ф. Вербов полагает, что массаж в межприступном периоде при стенокардии способствует улучшению кровообращения и обменных процессов в мышце сердца, содействует расширению венечных сосудов и уменьшает их склонность к спазму. Однако автор подчёркивает, что это положительное влияние особенно выражено при стенокардии, вызванной неврозом. При атеросклерозе коронарных сосудов назначать массаж надо с большой осторожностью при редких приступах. До назначения массажа автор рекомендует проверить болевую чувствительность в зонах захарьина-геда, выявить изменения в тканях и мышцах для уточнения дозировки массажа. Массаж проводят в положении больного сидя. Область массажа: левая половина спины в зоне выхода корешков соответствующих сегментов. Применяют растирание штрихами ладонной поверхностью среднего пальца по направлению к позвоночнику. Затем массируют вышележащий отдел. Во время первых двух-трёх процедур воздействуют только на эту область спины, а в последующем присоединяют переднюю поверхность грудной клетки с направлением движения к позвоночнику, начиная с нижней половины грудной клетки, в последующем- межреберья и верхнюю половину грудной клетки слева. Дозировка воздействия зависит от выраженности гиперестезии и при этом должна быть щадящей, при гипестезии допустим более энергичный массаж. Очень осторожно следует растирать грудину, чтобы не вызвать рвоту.

Также осторожность надо соблюдать в области левой подмышечной ямки, чтобы не вызвать парестезии (глезер о., Далихо а. В.). А. Ф. Вербов считает, что кроме этих областей, показан массаж спины и конечностей в сочетании с физическими упражнениями. Автор присоединяется к мнению о. Глезер и а. В. Далихо которые полагают, что массаж при атеросклеротическом поражении сосудов сердца и после перенесённого инфаркта миокарда должен выполнять врач. А. Ф. Вербов рекомендует через две недели после инфаркта миокарда при удовлетворительном общем состоянии, нормальной температуре и положительной динамике клинико-лабораторных показателей применять массаж ног по типу отсасывающего, при разрешении поворотов на бок добавлять массаж Спины. Отдельные авторы рекомендуют лёгкий массаж ног перед процедурой лечебной гимнастики в ранние сроки после инфаркта, при ибс с обострением коронарной недостаточности и в поздние сроки (от десяти месяцев до пяти лет) после инфаркта. Авторы также указывают, что раннее применение массажа И лечебной гимнастики, начиная с третьего-пятого дня заболевания инфарктом, сокращает на 3-5 дней пребывание больных в стационаре. Н. А. Глаголева, разрабатывая методы физической терапии при атеросклеротическом поражении сосудов сердца, подчёркивает, что массаж можно применять только в межприступном периоде. Многолетние наблюдения автора позволили рекомендовать при сочетании стенокардии с гипертонической болезнью, травматической энцефалопатией, церебросклерозом массаж воротниковой зоны с чередованием с электрофорезом эуфиллина. Массаж в этих случаях усиливает действие электрофореза эуфиллина на кровообращение головного мозга.

При сопутствующем спондилозе без корешкового синдрома целесообразен массаж спины для воздействия на межпозвоночные диски и весь позвоночник. Р. А. Аристакесян отмечала более выраженный эффект применения различных физиобальнеофакторов в комплексе с лечебной гимнастикой и массажем воротниковой зоны по сравнению с применением только физиобальнеофакторов у больных коронарным атеросклерозом. Справедливо подчёркивает г. С. Фёдорова, что осуществление рефлекторно-сегментарного массажа рефлексогенных зон должно проводиться осторожно и не провоцировать боль. В реабилитационном отделении больницы города друскининкай для реконвалесцентов после инфаркта миокарда к. Динейка предложил применять массаж на основе схемы так называемого гипертонического массажа для больных заболеваниями сердечнососудистой системы, используемого в санаториях Литвы. При этом автор подчёркивает, что эффективность массажа зависит не только от особенностей методики, но и от двигательного режима. М. М. Круглый, а. Ю. Кобзев считают очевидной необходимость активного применения массажа у больных инфарктом в период, когда для больного становится реальной программа физической реабилитации с применением элементов спорта. При этом авторы назначают массаж 3 раза в неделю, продолжительность процедуры от восьми до пятнадцати минут. Рекомендуемая последовательность: ноги, руки, в положении лёжа на спине, затем спина, грудная клетка. Процедуру начинают растиранием стоп, затем голеней и бёдер. На руки воздействуют приёмами плоскостного и обхватывающего поглаживания, полукружного растирания, разминания и встряхивания плеча.

Рекомендуя для больных ибс и постинфарктным кардиосклерозом массаж, л. А. Куничев подчёркивает, что дозированная ходьба и лечебная гимнастика оказывают большое положительное влияние при сочетании их с массажем. Автор выделяет показания к назначению и рекомендует в сочетании с лечебной гимнастикой применять массаж после инфаркта передней и задней стенки различной тяжести, при первичном и вторичном инфарктах. Сроки начала решают индивидуально и они соответствуют обычно началу занятий лечебной гимнастикой. При этом необходимо удовлетворительное состояние, отсутствие болей в области сердца, нарушений ритма и одышки в покое, лейкоцитоза, повышенной соэ, должно быть нормальным артериальное давление, электрокардиографические данные, свидетельствующие об обратном развитии процесса или его стабилизации. При этих показателях у больных с мелкоочаговым инфарктом можно начинать массаж спустя 5-7 дней, при средней тяжести крупноочагового инфаркта, протекающего без осложнений, спустя 12-15 дней, при тяжёлом течении инфаркта с обширной зоной поражения- спустя 20-25 дней от начала заболевания. Автор дифференцирует методики соответственно этапному лечению: больница, послебольничный период, санаторно-курортное лечение. На первичном этапе в положении лёжа на спине проводят массаж ног, затем рук с охватом боковых поверхностей грудной клетки, при разрешении поворотов на бок на пятый-седьмой день присоединяют массаж спины и ягодичных областей, используют приёмы поверхностного поглаживания, нежного растирания, неглубокого разминания на ногах, руках, спине, и только приёмы поглаживания- на боковых поверхностях грудной клетки. Продолжительность процедуры 5-7 минут ежедневно. В послебольничный период процедуры выполняют в положении больного сидя с опорой головы на руки, валик или подушку, и лёжа. Массируют спину, затем ноги и руки.

Продолжительность процедуры 10-15 минут ежедневно или через день. На санаторно-курортном этапе лечения автор рекомендует сегментарно-рефлекторный массаж с воздействием на паравертебральные зоны, грудную клетку, живот, ноги, руки. Длительность процедуры 15-20 минут, на курс 12-14 процедур ежедневно или через день. Л. А. Куничев подчёркивает необходимость для больных ибс и постинфарктным кардиосклерозом применять только ручной массаж по щадящей методике, абсолютно исключающей энергичные воздействия, появление болевых ощущений, использование аппаратного массажа, подводного душа-массажа. Само массажу посвящена работа в. Н. Сергеева (1966), который изучал влияние само массажа у пятидесяти двух больных коронарокардиосклерозом, из них у четырнадцати спустя 4 месяца и более после перенесённого инфаркта миокарда.

Наблюдения по клиническим показателям в сопоставлении с данными специальных исследований (артериальная осциллография, спирография, кожная электротермометрия) показали, что результаты лечения у больных, занимающихся само массажем, особенно у лиц умственного труда, были лучшими, чем у не применявших само массаж. Ценно то, что приёмы само массажа чередовались с гимнастическими упражнениями. Само массаж осуществлялся в исходном положении сидя, использовались приёмы поглаживания, разминания, растирания шейно-затылочной области и лба (мошков в. Н.), Рук и области крупных суставов ног. Приёмы массажа чередовались через каждые одну-две минуты с гимнастическими упражнениями для рук по одной - две минуты. Продолжительность всей процедуры от пяти до двенадцати минут. В. Н. Мошков рекомендует также на всех этапах реабилитации использовать само массаж, приёмы которого являются активными упражнениями. М. М. Круглый, а. Ю. Кобзев считают, что больных инфарктом надо обучать само массажу. В руководствах, статьях по лечебному, сегментарному и другим видам массажа имеются указания о целесообразности его применения при стенокардии и инфаркте миокарда, без детализаций методики. При этом за рубежом больше уделяется внимания массажу соединительнотканному, сегментарному и незаслуженно мало классическому.

Из изложенного видно, что нет общепринятой точки зрения в вопросах о сроках назначения массажа и методике его проведения у больных инфарктом миокарда. Разноречивы предложения о выборе области массажа, исходных положениях, длительности процедуры и количестве на курс лечения, ежедневно или Через день. В отдельных работах отмечается целесообразность комплексного применения массажа в комплексе с лечебной физической культурой, но в какой последовательности в течение дня возможно их назначение- остаётся неизвестным. Ещё в большей мере это относится к рекомендациям о применении массажа в комплексе с различными физиобальнеофакторами. Известно, что успех лечения во многом обусловлен правильным чередованием, сочетанием и последовательностью назначения разнообразных физиобальнеофакторов, массажа и лечебной физической культуры. Однако эти вопросы в отношении массажа при инфаркте миокарда не изучены. Разноречивы мнения о показаниях к массажу и не освещены вопросы противопоказаний к назначению именно этого метода при данной нозологии, почти нет указаний о продолжительности курса лечения, через какой промежуток времени целесообразно повторить его. Почти нет сведений о применяемых приёмах, их последовательности, продолжительности, чередовании между собой. Поскольку при проведении процедур массажа отсутствует дозиметрия, эти моменты становятся чрезвычайно важными при таком заболевании, как инфаркт. Известно, что даже при мелкоочаговом инфаркте могут внезапно возникать грозные осложнения. Известно и коварство течения ибс и инфаркта, когда на фоне казалось бы благополучия появляется ухудшение, повторные инфаркты. Этим, по-видимому, можно объяснить рекомендации о. Глезер и а. В. Далихо, а. Ф. Вербова о том, что при атеросклеротическом поражении сосудов сердца и после перенесённого инфаркта массаж должен выполнять врач. Принимая во внимание, что ибс и инфаркт миокарда распространённые заболевания, а врачи-кардиологи, терапевты не владеют массажем и ведут достаточно большую лечебную и профилактическую работу, мы не можем разделить указанную точку зрения. Врачей по лечебной физической культуре крайне мало и они по этой причине не могут лично обеспечить всех тех, кому будет назначен массаж.

Врачи-физиотерапевты, как правило, не владеют массажем и нет необходимости обучать их технике и методике массажа. Для этого имеются медицинские сёстры по Массажу. Нам представляется, что процедуру массажа у больных ибс и инфарктом миокарда должны проводить опытные медицинские сёстры по массажу, но только при условии специального обучения их этой методике в учреждении, где массаж постоянно применяется у таких больных. Врач, в ведении которого находится кабинет массажа, должен также хорошо знать эту методику и обеспечивать строгий контроль за неукоснительным правильным осуществлением процедур и не допускать произвольных изменений её медицинской сестрой по массажу. Наш опыт свидетельствует о том, что медицинские сёстры по массажу варьируют методики, даже в одном и том же лечебном учреждении можно встретить массажистов, которые применяют не одинаковые приёмы при одной и той же нозологии. Это обусловлено тем, что до настоящего времени нет дозиметрии приёмов, а существующие методики во многом ещё базируются на анатомо-топографических предпосылках. Медицинские сёстры по массажу находятся в более трудных условиях, чем сёстры других отделений лечебных учреждений, в которых точно можно выполнять назначения, сделанные врачом. При проведении процедур массажа эффект во многом зависит от опыта и знаний массажиста, поэтому следует стремиться при разработке новых методик массажа при тяжёлых формах заболеваний указывать последовательность приёмов, их продолжительность, чередование, точное исходное положение и так далее.

Для того, чтобы больной получил максимальный эффект от лечения даже у начинающих массажистов. Кроме контроля за правильным осуществлением процедур, врач, которому подчиняется массажист, определяет, в какой последовательности с другими процедурами применять массаж в течение дня, нельзя допускать приём процедур массажа без учёта других воздействий. Необходим контакт с лечащим врачом для повторных исследований и по всем вопросам, которые могут возникать при лечении больного. Всё это особенно важно у больных ибс и инфарктом миокарда. В отечественной и зарубежной литературе почти нет исследований о влиянии массажа на важнейшие показатели гемодинамики у больных ибс, инфарктом миокарда. Нет дифференциации методик с учётом клинических особенностей в сопоставлении с данными гемодинамики.

В связи с этим нами совместно с г. А. Паниной Проведена работа, целью которой являлось, во-первых, изучить Влияние однократной процедуры массажа (а также курса массажа) На функциональное состояние сердечнососудистой системы больных различными формами ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда в сроки от полутора до четырёх месяцев и от года до нескольких лет спустя после перенесённого инфаркта миокарда), во-вторых, разработать методику классического ручного массажа, дифференцированную с учётом особенностей клинических форм ИБС и наличия сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь, остеохондроз позвоночника), в-третьих, провести сравнительный анализ ряда клинических показателей данных электрокардиографии и состояния гемодинамики у группы больных, получавших массаж, и контрольной группы, не получавшей массаж в комплексном лечении. Наблюдения проведены у двухсот семидесяти больных, из них 250 получали массаж (основная группа), 20- не получали (контрольная группа). Применялся массаж спины, воротниковой зоны, а также массаж спины, воротниковой области и области сердца. Из общего числа поступивших на стационарное лечение 96 больных поступили в сроки от полумесяца до трёх месяцев после инфаркта (из них 76- основной и 20- контрольной группы). В более поздние сроки от года до одиннадцати лет после инфаркта наблюдали 99 больных, без инфаркта в анамнезе- 54 человека.

После операции аортокоронарного шунтирования- 21 больной, часть из них перенесли инфаркт. Всего больных ИБС основной группы, перенесших инфаркт миокарда, было 175, из них повторный инфаркт был у двадцати шести больных. У двадцати трёх имел место мелкоочаговый, у троих- крупноочаговый, у тридцати двух- трансмуральный, у тринадцати- очаговый, у семи- обширный инфаркт миокарда. Преимущественная локализация процесса в передней боковой стенке диагностирована у шестидесяти трёх, в задней боковой- у шестидесяти девяти больных. По данным анамнеза, в остром периоде инфаркта у одиннадцати больных наблюдались следующие осложнения: эмболия ветвей лёгочной артерии, клиническая смерть, острый тромбофлебит, аневризма левого желудочка и другие. У пятнадцати больных при поступлении была недостаточность кровообращения первой степени. У восьмидесяти пяти больных основной группы имели место сопутствующие заболевания- гипертоническая болезнь первой-второй А стадии, остеохондроз позвоночника, атеросклероз сосудов нижних конечностей, склероз сосудов головного мозга, сахарный диабет лёгкой формы, хронический холецистит, хронические неспецифические заболевания лёгких, ожирение. Отмечена коронарная недостаточность (по Л. И. Фогельсону) первой степени у сорока семи, первой-второй степени- у тридцати пяти, второй степени- у сто тридцать одного и третьей степени- у тридцати семи больных. Все больные, кроме двух, предъявляли жалобы, типичные для больных ИБС. Все больные основной группы наряду с массажем получали различные физические факторы и лечебную физическую культуру. Часть больных получали только массаж и лечебную гимнастику. Применённые (по показаниям) физические факторы: Электросон, электрофорез, электроаэрозоли различных лекарственных веществ, радоновые, мышьяк содержащие, четырёхкамерные углекислые, контрастные и пресные ванны. Часть больных получали физические упражнения и плавание в бассейне с пресной водой. Массаж проводили через день и в этот же день больные получали лечебную гимнастику в зале или физические упражнения в бассейне, а также электросон или электрофорез лекарственных веществ (эти факторы назначались ежедневно). Применяемые ванны, как правило, чередовались по дням с массажем. Процедуры массажа у большинства больных проводили утром, после лёгкого завтрака. В связи с необходимостью детально разработать методику массажа у всех больных проводила только доктор Г. А. Панина.

Назначая массаж воротниковой области, мы предполагали воздействие на центральную нервную систему, высшие центры вегетативной регуляции функций для усиления их влияния на систему кровообращения, особенно при сопутствующей гипертонической болезни. Массаж спины предусматривал воздействие на рефлексогенные зоны сердца, а при сопутствующем остеохондрозе- улучшение кровообращения в области, охваченной этим патологическим процессом. Принимая во внимание нередкую возможность появления дистрофических процессов в плечевых суставах у больных после инфаркта, массаж воротниковой области и спины предусматривал специальное воздействие на эти суставы. Массаж передней поверхности левой половины грудной клетки, то есть Области сердца, назначали с целью уменьшения болевых ощущений и улучшения микроциркуляции. Массаж воротниковой области и области сердца получали больные, у которых наряду с болевым синдромом сердечного происхождения была гипертоническая болезнь или жалобы на головную боль, плохой сон. При сопутствующем остеохондрозе применяли массаж спины или спины и области сердца. Небольшие болевые ощущения в области сердца не являлись противопоказанием к проведению процедуры. Массаж не проводили при резко выраженном сердечном болевом синдроме. Массаж назначался через 7-9 дней после поступления в клинику, когда выяснялась переносимость назначенных и применяемых физических методов лечения. Массаж спины, воротниковой области проводили в положении больного сидя. При сочетании массажа этих областей с массажем области сердца вначале массировали спину, воротниковую область, а затем лёжа на спине- область сердца. Применяли приёмы поглаживания, растирания, лёгкого разминания, лёгкой не прерывистой вибрации. Длительность процедуры массажа от пяти-шести минут в начале лечения к концу лечения увеличивалась до десяти-двенадцати минут.

Курс лечения массажем состоял из пяти-пятнадцати процедур (в среднем 10) . Большинство больных (98 процентов) на протяжении всего курса лечения после процедур массажа отмечали чувство бодрости, улучшение настроения, самочувствия, уменьшение или исчезновение болей в области сердца, уменьшение одышки при ходьбе, уменьшение ощущений скованности в шейном, грудном отделах позвоночника, улучшение сна. Отдельные больные испытывали приятную усталость (как после физической нагрузки), сонливость, быстро проходящие и не вызывающие ухудшения состояния. Некоторые больные не отмечали изменений в самочувствии. Эффект курса комплексного лечения с применением массажа выражался в улучшении общего состояния больных, уменьшении или исчезновении болей в области сердца, головных болей, одышки, нормализации ритма сна, желании возвратиться к труду, улучшении настроения, уменьшении раздражительности. Последним двум показателям клиницисты придают важное значение, ибо известно влияние эмоций на сердечную деятельность, а у больных ИБС и после инфаркта имеют место изменения функционального характера центральной нервной системы. Отмечалось снижение и нормализация повышенного до лечения артериального давления, при аускультации тоны сердца становились более звучными, у части больных на электрокардиограммах выявлена положительная динамика, повышалась толерантность к ходьбе и физической нагрузке по данным велоэргометрии.

У больных контрольной группы, не получавших массаж, комплексное лечение состояло из четырёхкамерных углекислых ванн, лечебной гимнастики в зале и дозированной ходьбы. В результате курса лечения у этой группы также отмечались благоприятные изменения по клиническим данным, но показатели гемодинамики при анализе механокардиографии по сравнению с больными, получавшими массаж, были в меньшем проценте благоприятными. Так, у больных основной группы улучшение гемодинамики отмечено в двух третях случаев, без перемен у каждого пятого, ухудшение у каждого восьмого. Соответственно в контрольной группе- у половины, у каждого пятого и каждого третьего. Все эти данные свидетельствуют о том, что массаж оказывает разностороннее благоприятное влияние на организм. Следовательно, в тех случаях, когда больному не показаны физио-и бальнеофакторы в связи с сопутствующими заболеваниями, можно назначить массаж и наоборот, рекомендовать физио- и бальнеофакторы без массажа, например, при грибковых заболеваниях кожи.

С целью изучения непосредственного влияния процедур массажа на сердечнососудистую систему до и после однократной процедуры массажа в начале и конце курса лечения проведены исследования состояния гемодинамики по показателям механокардиографии по методике Савицкого (138 больных- 522 исследования), электрокардиографии (64 больных), артериального давления по Короткову и частоты сердечных сокращений (230 больных- 1050 исследований). Анализ изучаемых показателей показал, что в исходном состоянии у тридцати девяти процентов обследованных больных ИБС определялись нормальные показатели ударного и минутного объёмов сердца, удельного периферического сопротивления, у двадцати восьми и четырёх десятых процента больных отмечены повышенные значения показателей ударного и минутного объёма относительно нормальных величин при сочетании со сниженными значениями показателей удельного периферического сопротивления, у тридцати двух и шести десятых процентов больных констатированы пониженные в отношении нормальных величин ударный и минутный объём и повышенные показатели удельного периферического сопротивления. При анализе данных с учётом заболевания выявлено, что у сорока пяти и четырёх десятых процентов больных ИБС, страдающих стенокардией, исходные показатели ударного и минутного объёма повышены, у сорока семи и семи десятых процентов больных, перенесших инфаркт миокарда 1-2-3 месяца тому назад - в пределах нормальных величин и у тридцати девяти и шести десятых процентов больных через год после инфаркта миокарда эти показатели понижены. Эти цифры свидетельствуют о различных функциональных возможностях и резервах сердечнососудистой системы наблюдаемых больных.

Следует отметить, что снижение ударного и минутного объёма в исходном состоянии чаще наблюдается у больных в отдалённые сроки после перенесённого инфаркта миокарда (более года). При этом оценивали в качестве благоприятной реакции повышение сниженных в исходном состоянии показателей ударного и минутного объёма крови при снижении величины удельного периферического сопротивления, понижение повышенных в исходном состоянии относительно нормальных величин ударного и минутного объёма и повышение удельного периферического сопротивления, а также колебания величин ударного и минутного объёма в пределах нормальных значений их. Неблагоприятной реакцией считали снижение нормального или сниженного исходного показателя ударного и минутного объёма и повышение удельного периферического сопротивления, или резкое увеличение ударного и минутного объёма и снижение удельного периферического сопротивления в ответ на процедуру массажа. Такие изменения наблюдали чаще у больных ИБС, страдающих гипертонической болезнью, в случаях, когда процедуре массажа предшествовал приём ванн. По-видимому, массаж следует принимать до ванны, что подтверждалось повторным наблюдением с выявлением благоприятных изменений при приёме массажа до ванны. При изучении динамики показателей механокардиографии отмечали благоприятные (и без перемен) сдвиги в ответ на процедуру массажа в начале курса у ста процентов больных ИБС, поступивших в ранние сроки после инфаркта миокарда при массаже воротниковой зоны в сочетании с областью сердца, и у восемьдесят одного и восьми десятых процента в конце курса у них же. У больных в отдалённые сроки после инфаркта миокарда наибольший эффект даёт применение массажа спины в сочетании с областью сердца, как в начале, так и в конце курса лечения. В динамике курса лечения наиболее благоприятные гемодинамические сдвиги выявлены у больных ИБС в отдалённые сроки после перенесённого инфаркта, получавших массаж спины или спины в сочетании с областью сердца, а у больных, поступивших в ранние сроки после инфаркта миокарда- при массаже спины и области сердца и воротниковой области с областью сердца.

По данным механокардиографии при сравнительном анализе показателей ударного и минутного объёма, удельного периферического сопротивления, полученных в результате курса лечения основной и контрольной групп, выявлен больший эффект от комплекса, включавшего, кроме лечебной гимнастики, четырёхкамерные углекислые ванны, дозированную ходьбу и массаж воротниковой области. Благоприятная реакция на курс лечения, по данным ударного и минутного объёма, удельного периферического сопротивления у больных контрольной группы, получавшей то же лечение, но без массажа, выявлена лишь у сорока четырёх и четырёх десятых процентов. Электрокардиографические исследования проведены у шестидесяти четырёх больных (242 исследования): у четырнадцати больных со стенокардией, у тринадцати больных ИБС в ранние сроки после перенесённого инфаркта миокарда и у тридцати семи больных в отдалённые сроки после него. Анализ показателей артериального давления и пульса у двухсот тридцати больных (1050 исследований) выявил нормализующее влияние массажа, что выражалось в умеренном снижении повышенного максимального, а также умеренном повышении нормального или пониженного артериального давления. Частота сердечных сокращений после процедуры массажа, как правило, уменьшалась в пределах 4-8 ударов в минуту, в конце курса у большинства больных она не менялась, что свидетельствовало об адаптации больных к массажу, а также об адекватности разработанной методики.

Эти наблюдения позволили разработать дифференцированную методику классического массажа, показания и противопоказания к её применению.

Методики массажа по разным авторам

Массаж является достаточно щадящим методом лечения, но в практике при ИБС и у больных, перенесших инфаркт миокарда, на этапах реконвалесценции и пост конвалесценции он чаще назначается по поводу различных сопутствующих, чем основного заболевания. Это обусловлено недостаточной изученностью влияния массажа на гемодинамику этих больных и отсутствием научно обоснованной дифференцированной методики массажа при указанной патологии. Поэтому массаж при реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, используется неоправданно мало из-за повышенной осторожности в его назначении. Основными задачами массажа у больных, перенесших инфаркт миокарда, являются: улучшение крово- и лимфообращения в тканях и органах грудной клетки, в частности, увеличение коронарного кровообращения, а, следовательно, улучшение питания сердечной мышцы, повышение её сократительной способности, экономизация работы сердца, восстановление нарушенных процессов обмена как в миокарде, так и в организме в целом, устранение или уменьшение рефлекторных изменений в тканях иннервируемых сегментов, являющихся рефлексогенными зонами сердца. Кроме того, массаж направлен на улучшение психоэмоционального состояния, а также на общее оздоровление организма больных. Известен факт, что при различных заболеваниях внутренних органов наблюдаются изменения в тканях (коже, подкожной жировой клетчатке, соединительной ткани, мышцах, надкостнице) в зоне сегментов спинного мозга, иннервирующих соответствующие внутренние органы. В этих зонах может наблюдаться гипералгезия кожи (зоны Захарьина-геда), напряжение и гипералгезия мышц (зоны Маккензи), а также изменения в соединительной ткани и надкостнице. Поэтому перед назначением массажа у наблюдаемых больных надо тщательно обследовать эти области, а также Выявлять наличие следующих болезненных точек и зон: изменения в мышцах межлопаточной области слева, в верхней нисходящей порции трапециевидной мышцы (валик»), в большой грудной мышце также слева, болезненность грудино-рёберных сочленений (второе-шестое), а в некоторых случаях- места прикрепления большой грудной мышцы к краю рёберной дуги слева. Эти изменения могут стать очагом раздражения и тем самым поддерживать болевой синдром. Специальные наблюдения показали, что применение приёмов массажа, устраняющих эти рефлекторные изменения в соответствующих зонах, способствует положительным сдвигам в поражённом органе, в данном случае в сердце. Это влияние осуществляется по типу кожновисцеральных и моторновисцеральных рефлексов. В результате изучения влияния однократных процедур массажа и курсового его применения выявлено, что у больных на этапе реконвалесценции наиболее эффективным является массаж воротниковой зоны и области сердца, а у больных в фазе постконвалесценции после инфаркта миокарда- массаж спины и области сердца по сравнению с массажем только спины или только воротниковой зоны. Это позволяет считать целесообразным воздействие массажем на более обширные рефлексогенные зоны сердца. Под влиянием массажа выявлена тенденция к нормализации показателей гемодинамики. Массаж спины и области сердца целесообразно проводить в фазе постконвалесценции больным с гиподинамическим типом кровообращения. Помимо седативного влияния массажа, достигается тренирующий эффект как на центральное, так и на периферическое звено системы кровообращения. Воздействие на большие мышечные группы, большое рецепторное поле активизирует один из экстракардиальных факторов кровообращения. Работа сердечной мышцы становится более экономной за счёт уменьшения внутренней работы сердца и, следовательно, снижается потребность миокарда в кислороде. Это позволяет говорить о патогенетическом действии массажа, в какой-то мере- корригирующем нарушенную гемодинамику. Больным в фазе реконваленсценции целесообразнее начать массаж воротниковой зоны и области сердца, как наиболее адекватные по зоне воздействия. У этой категории больных скорее всего надо стремиться к получению седативного эффекта от массажа, особенно у больных с нарушениями сна, невротическими реакциями, с гипертонической болезнью. При сопутствующей гипертонической болезни воздействием на воротниковую зону достигается улучшение регулирующего влияния центральной нервной системы на функцию системы кровообращения за счёт влияния на шейный вегетативный аппарат. В результате исследований показана целесообразность щадящего воздействия приёма массажа на протяжении всего курса, так как при увеличении интенсивности воздействия со второй его половины у больных в фазе реконвалесценции выявлялись неблагоприятные реакции со стороны сердечнососудистой системы. Особенностью разработанной методики классического массажа у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда в разные сроки, является воздействие на рефлекторные изменения в тканях соответствующих сегментов.

Методика массажа

Сначала проводят массаж спины или воротниковой зоны в положении больного сидя. Руки пациента располагаются на массажном столике или на коленях. Массажист находится за спиной больного. Затем массируют область сердца в положении больного лёжа на спине с приподнятым головным концом, под коленные суставы подкладывают валик. Массажист стоит справа от больного лицом к нему. На первой процедуре массажист должен выявить рефлекторные изменения в тканях массируемых областей: зоны кожной гипералгезии (Захарьина-Геда)- надпочечная область слева, между внутренним краем левой лопатки и позвоночником, наружная поверхность грудной клетки, над- и подключичная область, начало рёберной дуги слева от мечевидного отростка, уплотнения и болезненность в подкожной клетчатке и соединительной ткани в указанных областях и местах прикрепления рёбер к грудине, уплотнения и болезненность мышц- верхняя порция трапециевидной мышцы слева, разгибатель туловища на уровне внутреннего края левой лопатки, большая грудная мышца слева (горизонтальная и восходящая часть), болезненность периоста грудины, ости лопатки и рёбер слева с тем, чтобы воздействовать на них на последующих процедурах с постепенным усилением интенсивности приёмов массажа. Чаще всего эти рефлекторные изменения выявляются сразу после приступа стенокардии и спустя 24-48 часов.

Особенно болезненные, так называемые по Глезеру и Далихо, максимальные точки определяются в нисходящей порции трапециевидной мышцы (валик), в большой грудной мышце и в мышце разгибателей туловища на уровне лопатки слева. При курсовом применении массажа отмечается значительное уменьшение или исчезновение болезненности максимальных точек и уплотнений в мышцах, которое идёт параллельно с уменьшением стенокардии и улучшением функционального состояния системы кровообращения. Приёмы массажа на первых трёх-четырёх процедурах должны быть щадящими, особенно в максимальных точках и у лиц гиперстенического телосложения. При массаже спины или воротниковой Зоны каждый приём следует начинать на правой половине тела больного. Движения массажиста должны быть плавными, темп их медленный и средний, особенно при массаже области сердца и в ранние сроки после инфаркта миокарда. В области спины и воротниковой зоны возможно чередование направлений массажных движений вверх и вниз (по ходу тока лимфы и против него). После трёх-четырёх процедур в конце процедуры избирательно массируются обнаруженные уплотнения, болезненные точки. Применяются при этом следующие приёмы: поглаживание, растирание, растяжение, разминание (сдвигание), не прерывистая стабильная и лабильная вибрация. Время воздействия от полминуты до одной-двух минут на каждую из них. При массаже в области сердца нужно следить, чтобы пациент не задерживал дыхание. При чрезмерном волосяном покрове массаж области сердца не назначают или проводят его осторожно, исключая приёмы, сдвигающие кожу. При сопутствующей гипертонической болезни следует исключить приём растирания, массажные движения направлены сверху вниз. При сопутствующем остеохондрозе позвоночника (шейно-грудного отдела) массаж начинают с областей, удалённых от позвоночного столба. Исключается приём разминания.

Используют поглаживание, растирание, не прерывистую и прерывистую вибрацию (похлопывание, рубление). По мере стихания болевого синдрома, который выражен при обострении остеохондроза, специальному воздействию на спине подвергаются паравертебральные точки шейно-грудного отдела позвоночника. Во время процедуры необходимо осведомляться о переносимости больным массажа с тем, чтобы не вызывать и не усиливать болевых ощущений. Если же во время процедуры массажа у больного появились боли в области сердца, необходимо уложить его на кушетку с приподнятым головным концом, дать таблетку нитроглицерина, валидола под язык и проконсультировать у лечащего врача, который решит вопрос о дальнейшем ведении пациента. При нерезких болях в области сердца или за грудиной необходимо исключить энергичные приёмы растирания, разминания передней поверхности грудной клетки слева. Применять поверхностное и глубокое поглаживание, лёгкое растирание, не прерывистую лабильную вибрацию. Болезненные точки не массировать. У больных с нарушениями сна целесообразно проводить массаж за 2-3 часа до сна. После процедуры массажа больным рекомендуется отдых не менее сорока-шестидесяти минут.

Длительность процедуры массажа увеличивается к середине курса постепенно: спина- от семи до десяти-двенадцати минут, воротниковая зона- от пяти до десяти минут, область сердца- от трёх до пяти минут. На курс рекомендуется 10-15 процедур. Массаж целесообразно проводить через день, спустя 40 минут - час после лёгкого завтрака. В тот же день возможно сочетание процедуры массажа с лечебной гимнастикой, интервал между процедурами должен быть не менее часа. Различные минеральные ванны целесообразно чередовать с массажем по дням. Допустимо применение смазывающих веществ (кремы, вазелин, тальк) при массаже спины и воротниковой зоны. Их использование при массаже области сердца мы не рекомендуем, так как у некоторых больных появлялись неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Мы проводили массаж области сердца с минимальным использованием талька или совсем без него.

Последовательность приёмов при проведении массажа спины, воротниковой зоны, области сердца:

Массаж спины:

. Поглаживание- плоскостное поверхностное и глубокое. Выполняется ладонной поверхностью обеих кистей раздельно последовательно в продольном направлении от нижнего края рёбер к затылочной области, плечам и подмышечным ямкам. Сначала поглаживание паравертебральных, затем боковых отделов спины.

. Растирание прямолинейное вдоль позвоночника (пиление). Выполняется локтевыми краями обеих кистей (руки движутся параллельно в противоположных направлениях).

. Растирание кругообразное и прямолинейное в поперечном направлении в нижних отделах спины. Выполняется ладонной поверхностью концевых фаланг второго-пятого пальцев.

. Поверхностное плоскостное поглаживание Ладонями обеих кистей после каждого приёма растирания, разминания.

. Растирание межрёберных мышц слегка расставленными пальцами в направлении от грудины к позвоночнику и обратно, начиная с нижних межрёберных промежутков.

. Поглаживание.

. Растирание подостных областей ладонной поверхностью четырёх пальцев от нижнего угла до внутреннего края лопатки к плечевому суставу.

. Поглаживание.

. Растирание надостной области. Начинают приём подушечками одного или двух пальцев, заканчивают возвышением мышц большого пальца. Направление движения- от позвоночника к плечевому отростку лопатки.

. Поглаживание.

. Не прерывистое продольное разминание- сдвигание. Приём осуществляется большими пальцами обеих рук. Остальные 4 пальца придерживают складку. Ткани приподнимают, захватывают в складку и сдвигают её от нижних грудных отделов вверх паравертебрально.

. Поглаживание.

. Не прерывистое разминание в поперечном направлении- сдвигание и прокатывание валика от позвоночника до средней подмышечной линии, начиная с нижних отделов грудной клетки и заканчивая верхними. Складку опускают плавно, при обратном движении ладони не теряют контакта с кожей.

. Поглаживание.

. Растирание продольное (пиление) паравертебрально и поперечное.

. Поглаживание.

. Разминание наружного края широчайшей мышцы спины- захватывание, оттягивание и отжимание. Кисти кладут под углом 45-50 градусов друг к другу. Все пальцы охватывают массируемую область и массажист одной рукой оттягивает, отжимает ткани от себя, а другой тянет их к себе. Затем направление движения рук меняют на противоположное. Движение не прерывистое, с нижних отделов мышцы.

. Поглаживание.

. Разминание подостных и надостных мышц- сдвигание и растяжение их. Приём энергичный, начинается от внутреннего края лопатки к плечевому отростку её. Выполняется вначале ладонной поверхностью большого пальца, завершается приём воздействием возвышения мышц большого пальца.

. Поглаживание.

. Не прерывистое разминание верхних порций трапециевидных мышц. Направление движений- от шеи к плечу.

. Поглаживание.

. Непрерывистая лабильная вибрация в продольном направлении (паравертебрально) сверху вниз. Выполняется ладонной поверхностью четырёх пальцев.

. Поглаживание.

. Повторить

. Поглаживание.

Массаж воротниковой зоны:

. Плоскостное поверхностное и глубокое поглаживание. Выполняется ладонными поверхностями обеих кистей раздельно последовательно. Массаж начинают продольно с паравертебральных отделов, затем от позвоночника к плечевым суставам и к подмышечным ямкам.

. Растирание прямолинейное вдоль позвоночника (пиление). Выполняется локтевыми краями кистей.

. Поверхностное плоскостное поглаживание. Выполняется ладонной поверхностью обеих кистей после каждого приёма растирания, разминания.

. Растирание надостной области подушечками одного или трёх пальцев. Заканчивается приём воздействием мышцами возвышения большого пальца. Направление движений от позвоночника к плечу.

. Поверхностное плоскостное поглаживание. Выполняется Ладонями обеих кистей.

. Гребнеобразное продольное и кругообразное растирание. Выполняется выступами фаланг пальцев, согнутых в кулак. Направление движений- сверху вниз и наоборот.

. Поглаживание.

. Не прерывистое разминание (сдвигание) в продольном направлении снизу вверх. Приём выполняется большими пальцами обеих рук. Ткань приподнимают, захватывают в складку и сдвигают её снизу вверх, остальные 4 пальца придерживают складку.

. Поглаживание.

. Не прерывистое S-образное разминание верхних порций трапециевидных мышц от шеи к плечу. Мышца охватывается всеми пальцами (большие пальцы с одной, остальные с другой стороны трапециевидной мышцы), оттягивается и отжимается. Кисти движутся в противоположных направлениях.

. Поглаживание задней поверхности шеи и верхней части спины. Выполняется обеими ладонями в направлении сверху вниз.

. Лёгкое прямолинейное растирание задней поверхности шеи и кругообразное растирание мест выхода затылочных нервов и линии прикрепления затылочных мышц (выйной). Выполняется подушечками второго-четвёртого пальцев обеих рук.

. Растирание (штрихование) задней поверхности шеи. Выполняется лучевыми краями кистей при отведённых больших пальцах. Кисти движутся в противоположных направлениях в поперечном направлении. Приём выполняется легко.

. Поглаживание.

. Плоскостное поверхностное и глубокое поглаживание верхних отделов грудной клетки спереди двумя ладонями от грудины к плечам.

. Растирание этих же областей в том же направлении. Выполняется ладонной поверхностью второго-четвёртого пальцев.

. Поглаживание верхних отделов грудной клетки спереди. Выполняется ладонной поверхностью обеих кистей от грудины к плечам.

. Поглаживание задней поверхности шеи, верхних отделов спины, груди обеими ладонями сверху вниз к подмышечным ямкам.

Массаж области сердца (левой половины передней поверхности Грудной клетки): Плоскостное поверхностное и глубокое поглаживание. Выполняется ладонной поверхностью кистей. Движения начинают от грудины слева к ключице и плечу, к подмышечной ямке, обходя молочную железу, и по краю рёберной дуги. Линейное растирание по ходу большой грудной мышцы, межрёберных мышц, также обходя молочную железу, круговые растирания по краю рёберной дуги- от грудины к подмышечной линии. Выполняется ладонной поверхностью второго-пятого пальцев или костными выступами основных фаланг этих пальцев (кисть сжата в кулак). Направление движения от грудины к плечу. Поглаживание. Разминание большой грудной мышцы (растяжение). Выполняется ладонной поверхностью четырёх пальцев, начинается от грудины, завершается у плечевого сустава основанием ладони. Поглаживание. Не прерывистое разминание (захватывание, оттягивание, отжимание). Выполняется мягко кистью правой руки по ходу мышечных волокон большой грудной мышцы. Кисть как бы захватывает её, оттягивает. Отжимание производят большим пальцем и мышцами возвышения большого пальца. Поглаживание. Не прерывистое разминание тканей (сдвигание) нижнего отдела левой половины грудной клетки от края рёберной дуги к подмышечной линии. Выполняется большими пальцами обеих рук, ткань приподнимают, захватывают в складку и сдвигают её в поперечном направлении, сверху вниз. Поглаживание. Не прерывистая лабильная вибрация. Выполняется ладонью правой руки. Движение начинают с подключичной области, рука продвигается вниз парастернально, затем на уровне пятого-шестого рёбер к подмышечной ямке, обходя молочную железу. Приём повторяют 2-3 раза в чередовании с поглаживанием. Поглаживание. Курс массажа условно можно разделить на две половины. На первых трёх-четырёх процедурах используют щадящие приёмы, с постепенным вовлечением в массаж болезненных точек.

В институте курортологии и физиотерапии В. В. Николаева, В. Д. Джорджикия изучали влияние массажа на состояние сердечнососудистой системы у сорока шести больных острым инфарктом миокарда, находящихся на больничном этапе восстановительного лечения. 34 больных составляли основную группу, получавшую массаж, 12 больных являлись контрольной группой и не получали массаж. Больные основной группы, помимо медикаментозного лечения и лечебной гимнастики получали процедуры массажа ног (6-8 процедур через день) и спины (5-6 процедур через день). Наблюдения проводились с применением исследований электрокардиограммы, клинических и биохимических анализов крови (аспарагиновая и аланиновая кислоты, трансаминаза, C-реактивный белок). Широко использовалась методика тетраполярной грудной реографии, которая наряду с исследованиями электрокардиограммы проводилась многократно: в связи с процедурами массажа, при ортостатической пробе, физических нагрузках, при переходе с одного двигательного режима на другой.

Отмечено, что массаж ног, назначаемый на второй-шестой день от начала заболевания по отсасывающей методике, продолжительностью 5-7 минут на каждую ногу, действует у большинства больных с гиподинамическим характером нарушения гемодинамики положительно, то есть Нормализует общее сосудистое сопротивление и частоту сердечных сокращений, уменьшает работу левого желудочка, что в свою очередь является благоприятным фактором для повреждённого миокарда и, очевидно, способствует течению репаративных процессов. Вместе с тем массаж ног у больных с гипердинамическим типом нарушения гемодинамики, что соответствует более тяжёлому течению заболевания, со сниженными показателями общего сосудистого сопротивления, может быть неадекватной процедурой, усугубляющей сниженное периферическое сопротивление в сосудах и увеличивающей нагрузку на левый желудочек. Поэтому необходим Тщательный контроль за состоянием гемодинамики при назначении массажа в такие ранние сроки. Показано, что курс массажа ног из шести-восьми процедур через день при гиподинамическом типе гемодинамики способствует лучшему восстановлению функциональных способностей миокарда (по сравнению с контрольной группой больных, не получавших массаж), предупреждает коллаптоидные реакции при переходе с одного двигательного режима на другой (по данным ортостатических проб).

По окончании острого периода, в конце постельного и назначении полупостельного режима, то есть На шестнадцатый - двадцать шестой день от начала заболевания, восемнадцати больным был назначен массаж спины. При изучении влияния массажа спины на показатели гемодинамики выявлено, что артериальное давление, частота сердечных сокращений, ударный и минутный объём крови и показатели электрокардиографии после процедуры изменяются в том же направлении, что и после умеренной физической нагрузки. Это дало возможность сделать вывод о тренирующем действии массажа спины на сердечнососудистую систему и рекомендовать проведение этих процедур в подострый период заболевания, то есть В тот период, задачей которого является восстановление адаптации сердечной мышцы к физическим нагрузкам. Особое внимание следует уделить необходимости дифференцированного подхода к назначению массажа спины с учётом окончания острого периода течения заболевания (стабильность гемодинамических показателей и клинического состояния больных, нормализация изучаемых биохимических и клинических анализов крови, показателей и функционального состояния сердечной мышцы), так как при аневризме, при выраженной коронарной недостаточности массаж спины может быть чрезмерной нагрузкой. Курс массажа, состоящий из шести-восьми процедур массажа ног и пяти-шести процедур массажа спины, получили 24 пациента. Сравнение результатов лечения этой группы больных и больных контрольной группы показали, что функциональное состояние сократительной способности миокарда и стабильности гемодинамических показателей в одни и те же сроки от начала заболевания были несколько выше у больных основной группы, что дало возможность сократить продолжительность каждого двигательного режима и пребывания больного в стационаре в среднем на 2 дня, что в свою очередь обеспечило увеличение оборота койки на шесть и шесть десятых процента и дало существенную экономию средств. Изучение отдалённых результатов у восемнадцати больных основной и восьми больных контрольной групп показало, что несмотря на меньший срок пребывания больных основной группы в стационаре, отдалённые результаты у них несколько лучше. Указания о применении массажа ног в остром периоде инфаркта миокарда встречаются также в работе З. М. Атаева и других. Всё изложенное даёт возможность рекомендовать шире внедрять массаж для лечения больных ИБС, в том числе при инфаркте миокарда и после него.

Показания к массажу при ишемической болезни сердца и инфаркте миокарда: В фазе реконвалесценции после инфаркта миокарда, коронарной недостаточности первой-второй степени (по Л. И. Фогельсону), постинфарктном кардиосклерозе с сопутствующей гипертонической болезнью без недостаточности кровообращения и при недостаточности кровообращения первой, второй степени показан массаж воротниковой зоны и области сердца. В фазе постконвалесценции после инфаркта миокарда, коронарной недостаточности первой-второй степени (по Л. И. Фогельсону), постинфарктного кардиосклероза с сопутствующим остеохондрозом шейно-грудного отдела позвоночника без недостаточности кровообращения и при недостаточности кровообращения первой, второй степени показан массаж спины и области сердца. При остром инфаркте миокарда показан лёгкий отсасывающий массаж ног, начиная со второго-шестого дня, но только при гиподинамическом типе кровообращения. Необходим строгий контроль за состоянием гемодинамики, без которого нельзя назначать массаж в ранние сроки; при гипердинамическом типе кровообращения массаж в ранние сроки противопоказан. По окончании острого периода, на шестнадцатый - двадцать шестой день от начала заболевания, то есть В конце постельного режима и при назначении полупостельного режима, показано при гиподинамическом типе кровообращения добавить к массажу ног массаж спины. При гипердинамическом типе можно начинать массаж ног и спины. В этот период массаж применяют при стабильности гемодинамических показателей, улучшении клинических данных, нормализации клинических и биохимических анализов крови.

Мы не встретили в литературе указаний о применении массажа после хирургического лечения больных ИБС, в том числе у перенесших инфаркт миокарда. Академик Б. А. Королёв подчёркивает необходимость разработки методов реабилитации больных ИБС после операции, так как число оперированных увеличивается. Наряду с этим Б. А. Королёв отмечает, что число работ, посвящённых реабилитации как в нашей стране, так и за рубежом, очень невелико. Л. Ф. Николаева также подчёркивает важность разработки этой проблемы. На оперативное вмешательство направляют больных ИБС при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии. Впервые аортокоронарное шунтирование было произведено в США (1967). В нашей стране эти операции начаты с тысяча девятьсот семидесятого года Б. В. Петровским, М. Д. Князевым и показана их эффективность по данным наблюдений за отдалёнными результатами. Однако такие больные нуждаются в дальнейшем консервативном восстановительном лечении. В институте курортологии и физиотерапии совместно с центром хирургии проведены работы По изучению возможности и целесообразности использования физических факторов после оперативного вмешательства у больных ИБС. Массаж грудной клетки после оперативных вмешательств на органах грудной полости по поводу нагноительных процессов в лёгких применял М. М. Кузин. Другие авторы рекомендуют при этом массаж ног для предотвращения тромбоэмболии. Имеется точка зрения о том, что массаж ног не нужен. Наряду с этим Ю. Н. Шанин применяет у таких больных общий массаж, раннее вставание, лечебную физическую культуру в ранние сроки после операции. М. Valrenberg предлагает массаж и лечебную физическую культуру спустя 3-5 недель после операции. Н. Kohlrausch и Н. Teirich-Leube назначают пассивные упражнения и массаж в первые 3-5 дней после операции, рядом авторов рекомендуются массаж и лечебная физическая культура в до- и послеоперационных периодах. Из приведённых данных видно, что нет единого мнения о сроках назначения массажа, выборе области воздействия.

Методика, техника проведения массажа в этих работах не представлена. В. И. Дубровский предложил, научно обосновал и детально описал применение общего массажа и вдыхания кислорода после оперативных вмешательств на органах грудной (торакотомия, резекция лёгких) и брюшной полостей в раннем послеоперационном периоде непосредственно на операционном столе и в последующие 3-5 суток (6-12 процедур). Автор сопоставил результаты лечения больных, получавших массаж после операции и не получавших его. Статистически достоверно было подтверждено, что общий массаж способствует более быстрому восстановлению функций внешнего дыхания, сердечнососудистой и мышечной системы в сочетании с последующим вдыханием кислорода, значительно снижает частоту послеоперационных осложнений. Для профилактики осложнений со стороны лёгких массаж грудной клетки и лечебную гимнастику при митральной комиссуротомии применяли Е. И. Янкелевич и другие. По существу в кардиохирургии нет дифференцированных методик массажа. Хирургическому лечению и клинической характеристике больных ИБС после операции посвящены работы учёных центра хирургии и других учреждений страны. Авторы отмечают, что у некоторых больных после операции остаются проявления ИБС и нарушения со стороны сердечнососудистой, дыхательной и центральной нервной систем, однако у большинства проявления тяжёлой стенокардии уменьшаются, часть больных возвращается к трудовой деятельности. Л. Ф. Николаева подчёркивает, что после операции аортокоронарного шунтирования особый интерес имеет изучение механизмов адаптации у больных, так как эти механизмы имеют особенности, связанные с ИБС и перенесённой операцией.

Совместно с Г. А. Паниной нами проведены наблюдения по Применению массажа в комплексном лечении тридцати больных ИБС, которые поступали на стационарное лечение в сосудистое отделение института курортологии и физиотерапии, начиная с двадцать восьмого дня после операции, в среднем через 30 с половиной дней после неё. В институте клинической и экспериментальной хирургии у этих больных были проведены следующие операции: аортокоронарное шунтирование- у двадцати четырёх больных, аортокоронарное шунтирование в сочетании с резекцией постинфарктной аневризмы сердца- у двух больных, только резекция постинфарктной аневризмы- у четырёх больных. Шунтирование одной коронарной артерии было у десяти больных, двух- у восьми, трёх- у двух, четырёх- у одного больного. Возраст больных от сорока двух до пятидесяти пяти лет (мужчины). У двадцати четырёх больных , по данным анамнеза, был инфаркт, При этом у девятнадцати- один инфаркт, у трёх больных- два и у двух больных- три инфаркта и более. Давность заболевания к моменту операции в среднем 4 и 4 десятых года. Артериальная гипертония была до Операции у четырёх больных. По данным Т. А. Князевой, Л. П. Отто клиническая характеристика была типичной для ИБС, но осложнялась в связи с оперативным вмешательством. У восьми больных была стенокардия напряжения, нарушения ритма сердечных сокращений у пятнадцати больных- тахикардия в среднем до ста ударов в минуту у девяти и экстрасистолия у шести больных. Кроме того, у большинства больных держались боли в области послеоперационного рубца на грудине. Обращали на себя внимание нарушения со стороны психической сферы, при сохранном интеллекте имело место подчас некритическое отношение к своему состоянию, наряду с раздражительностью, неустойчивым настроением, нарушением ритма сна.

Наши наблюдения совместно с С. А. Гусаровой при применении лечебной гимнастики у этих же больных выявили в исходном состоянии изменения биоэлектрической активности мозга, отражающие неспецифическую обще мозговую реакцию, свидетельствующую о нейродинамических нарушениях корковых нейронов. Показатели реоэнцефалографии указывали на уменьшение кровенаполнения мозга и затруднение венозного оттока, как следствие нарушения системной гемодинамики. У одного больного была недостаточность кровообращения второй А степени. Остаточные явления послеоперационной пневмонии были у пяти, левосторонний плеврит у двух больных. На электрокардиограмме признаки Рубцовых изменений миокарда были у восьмидесяти процентов больных, а у семидесяти шести и шести десятых процентов эти изменения свидетельствовали о трансмуральном поражении. У пятидесяти шести с половиной процентов больных гиперкинетический тип гемодинамики, у двадцати шести процентов- эукинетический и у восемнадцати процентов- гипокинетический тип гемодинамики, последний наблюдался чаще у больных, перенесших резекцию аневризмы сердца и несколько инфарктов (по данным анамнеза). Гиперкинетический тип кровообращения характеризуется увеличением сердечного выброса и мало изменённым периферическим сопротивлением в сосудах. Гипокинетическому типу кровообращения свойственно уменьшение сердечного выброса и увеличение периферического сопротивления в сосудах. При эукинетическом типе кровообращения сердечный выброс и периферическое сопротивление в сосудах в пределах нормальных величин. У больных, кроме того, имели место нарушения функции аппарата внешнего дыхания, что было связано в известной мере со стернотомией, болями в послеоперационном рубце, мышцах груди. Все больные получали комплексное лечение. Первая группа больных получала массаж, лечебную гимнастику, электросон (15 человек), вторая группа- массаж, лечебную гимнастику, электрофорез калия. Начиналась процедура в положении больного сидя за массажным столиком или на стуле спиной к массажисту, с опорой руками о спинку стула. Сначала массировали спину, затем в положении лёжа на спине- переднюю поверхность грудной клетки.

Использовали 4 основных приёма классического массажа: поглаживание, растирание, разминание, непрерывистую лабильную и стабильную вибрацию. Длительность процедуры ежедневно 15-20 минут, на курс 10 процедур массажа. Курс массажа назначали поэтапно после окончания курса электросна или электрофореза калия, или до начала применения курса электросна или электрофореза калия. Проведены специальные наблюдения для изучения действия однократной процедуры массажа, а также отдельных её приёмов у двадцать одного больного. При изучении приёмов растирания и разминания каждый из них выполнялся 5 минут в области спины в положении больного сидя. Исследования проводили до и непосредственно после процедуры, а также до и после изучаемых приёмов. Массаж проводили утром через 30-40 минут после завтрака. Перед процедурой тщательно обследовали область массажа, стремясь выявить рефлекторные изменения в коже, подкожной жировой клетчатке, соединительной ткани, мышцах, периосте. На протяжении курса массажа следили за динамикой этих изменений. До лечения у тринадцати больных выявлена болезненность при пальпации больших грудных мышц, длинных мышц спины, большой круглой мышцы слева, у места её прикрепления (нижний угол лопатки). Уплотнение пальпировали чаще в длинной мышце спины слева. У девяти больных наблюдалась болезненность мест прикрепления рёбер к грудине, У трёх больных выявлены болевые точки по ходу четвёртого-восьмого рёбер и в области грудины. Имела место инфильтрация кожи и подкожной жировой клетчатки в области послеоперационного рубца, чаще верхней его части у семи больных. Гипералгезия кожи левой половины грудной клетки была у одного больного в период левосторонней пневмонии, при излечении от неё гипералгезия исчезала.

Приём растирания вызывал у больных приятное ощущение тепла, которое держалось от тридцати минут до часа, чувство бодрости, лёгкости в теле, улучшалось настроение, легче становилось дышать, уменьшались или исчезали болевые и неприятные ощущения в области сердца, головные боли. На коже спины появлялась достаточно интенсивная гиперемия. Приём разминания по сравнению с растиранием воспринимался больными как более энергичный, чувство тепла в массируемой области держалось от тридцати минут до трёх-четырёх часов, на коже- более яркая гиперемия. Приём разминания на первых процедурах вызвал болезненные ощущения в указанных выше мышцах, эти ощущения исчезали после последующего приёма поглаживания. К концу курса массажа (с шестой-седьмой процедуры) болезненность указанных мышечных групп, как правило, не возникала.

С целью изучения действия приёмов массажа на состояние центральной и периферической гемодинамики проводилась тетраполярная грудная реография до и после каждого приёма. Анализировали следующие показатели: ударный и минутный объёмы крови, общее периферическое сопротивление, сердечный индекс, частоту сердечных сокращений. Оба приёма у всех больных, независимо от типа кровообращения, вызывали существенное урежение пульса (подтверждено непараметрическими методами статистики). При анализе динамики показателей Ударного и минутного объёма, Общего периферического сопротивления, Сердечного индекса, Частоты сердечных сокращений у больных с различным исходным типом кровообращения наиболее существенные сдвиги на оба приёма выявлены у одиннадцати больных с гиперкинетическим типом, у больных с эукинетическим (6 больных) и гипокинетическим (4 больных) типами кровообращения сдвиги этих показателей несущественны. Разница в величинах Ударного и минутного объёма до и после каждого из приёмов оказалась статистически не существенной при всех типах кровообращения. При анализе средних величин Ударного и минутного объёма при различных типах гемодинамики выявляются различные реакции на изучаемые приёмы массажа. Так, при гиперкинетическом и эукинетическом типах снижение более выражено при разминании (на 18 и 9 процентов от исходного уровня). При гипокинетическом уровне повышение Ударного и минутного объёма отмечается после растирания (на 15 процентов от исходного уровня). Разминание же вызывает снижение Ударного и минутного объёма на 8 и 11 процентов. На наш взгляд разминание является неадекватным для этой группы больных, тогда как для больных с гиперкинетическим типом кровообращения этот приём может быть рекомендован как основной в процедуре массажа.

Исследование мобильности Холодовых рецепторов кожи проводили по методике Стрелковой у двадцати пяти больных (200 исследований). П. Г. Снякин формирует понятие функциональной мобильности как процесса, который определяет физиологическую способность организма ослаблять или усиливать действие анализаторных или эффекторных систем путём уменьшения или увеличения числа работающих функциональных единиц. При обработке результатов исследования, проводимых до и после каждого из изучаемых приёмов непараметрическими методами статистики выявлена существенная положительная динамика функционального состояния Холодовых рецепторов кожи. Процедура массажа вызывала положительные психоэмоциональные сдвиги: улучшение настроения, появление чувства бодрости, некоторые больные отмечали приятное чувство мышечной нагрузки, уменьшение или исчезновение головных болей, неприятных или болевых ощущений в сердце, уменьшение скованности в грудной клетке, плечевых суставах, облегчение дыхания. К концу курса массажа исчезала болезненность во всех указанных зонах и точках, у некоторых оставалось незначительное уплотнение в длинной мышце спины слева. После курса комплексного лечения с применением массажа исчезло чувство скованности в грудной клетке, боли и ограничение движений в плечевых суставах у тех больных, у кого эти явления были до начала процедур массажа, улучшился ночной сон, значительно уменьшилась метеочувствительность И реже или менее интенсивными стали приступы стенокардии. У нескольких больных после процедуры массажа появлялось чувство облегчения в области сердца, перестал ощущать сердце, хотя типичных стенокардитических болей у них не было. При анализе показателей тетраполярной реографии непараметрическими методами статистики выявлено существенное урежение частоты пульса у больных с гиперкинетическим типом кровообращения. По остальным показателям (Ударный и минутный объём, Сердечный индекс, Общее периферическое сопротивление) различие несущественное. Видимо, чередование приёмов в течение одной процедуры не приводит к резким сдвигам в системе гемодинамики.

Урежение Частоты сердечных сокращений (в среднем на 5 ударов) при умеренном снижении Ударного и минутного объёма (на 8 и 11 процентов от исходного уровня), Общего периферического сопротивления (на 8 процентов от исходного уровня) ведёт к экономизации работы сердечной мышцы, а, следовательно, и снижению потребности миокарда в кислороде. Это обеспечивает патогенетический эффект лечения больных этой группы. У больных с эукинетическим и гипокинетическим типом кровообращения существенных сдвигов не выявлено. При анализе динамики средних величин Ударного и минутного объёма, Общего периферического сопротивления, Сердечного индекса, частоты пульса у больных с различными типами гемодинамических расстройств наиболее благоприятное влияние процедуры массажа выявлено у четырёх больных с гипокинетическим типом кровообращения: повышение минутного объёма крови на 10 процентов за счёт увеличения ударного объёма на 20 процентов от исходного уровня и урежения частоты сердечных сокращений на 10 процентов, увеличение сердечного индекса на 9 процентов, незначительное (на 5 процентов) снижение периферического сопротивления, у больных с гиперкинетическим типом кровообращения процедура массажа вызывает такой же эффект, как и приём разминания, но в менее выраженной степени. У больных с эукинетическим типом сдвиги показателей Ударного и минутного объёма, Сердечного индекса, Общего периферического сопротивления и пульса незначительны. Исследование мобильности Холодовых рецепторов на процедуру массажа не выявило существенных различий, что можно объяснить процессами адаптации Холодовых рецепторов кожи к раздражению в виде массажа. Тонус (пластический и контрактильный) больших грудных мышц существенно не менялся под влиянием как отдельных приёмов, так и процедуры массажа в целом.

В результате комплексного лечения с применением массажа более выраженный седативный эффект был у больных первой группы, получавших электросон. Комплекс с электрофорезом калия в большей степени положительно влиял на гемодинамику и сократительную функцию миокарда. Наблюдения при применении массажа показали, что при гиперкинетическом типе кровообращения в процедуре массажа в качестве основного приёма следует использовать разминание. При гипокинетическом и эукинетическом типе гемодинамики- растирание. Процедура массажа с равномерным чередованием четырёх основных приёмов оказывает корригирующее влияние на гемодинамику больных после аортокоронарного шунтирования, вызывает при гиперкинетическом типе кровообращения снижение Ударного и минутного объёма, Сердечного индекса, урежает Частоту сердечных сокращений, тем самым способствует экономизации работы сердца, а при гипокинетическом- увеличение Ударного и минутного объёма, Сердечного индекса, урежение Частоты сердечных сокращений оказывает тренирующее действие на сердечную мышцу. Массаж показан больным с нормальной Частотой сердечных сокращений и с наклонностью к тахикардии. Приём растирания у больных с гиперкинетическим типом гемодинамики вызывает умеренное снижение минутного объёма крови за счёт выраженного урежения Частоты сердечных сокращений и незначительного уменьшения ударного объёма, снижения Сердечного индекса, не вызывая изменения Общего периферического сопротивления, что ведёт к более экономной работе сердца. У больных с гипокинетическим типом растирание вызывает увеличение минутного объёма крови за счёт ударного объёма и умеренного урежения Частоты сердечных сокращений. При этом увеличивается Сердечный индекс и уменьшается Общее периферическое сопротивление, что создаёт более благоприятные условия для работы сердечной мышцы.

Приём растирания благоприятно действует на больных с любым типом кровообращения. Приём разминания вызывает снижение минутного объёма крови за счёт уменьшения ударного объёма и Частоты сердечных сокращений, снижение Сердечного индекса и увеличение Общего периферического сопротивления у больных с гиперкинетическим и эукинетическим типом кровообращения и может быть рекомендован для таких больных в процедуре массажа. У больных с гипокинетическим типом кровообращения приём разминания вызывает уменьшение минутного объёма крови за счёт умеренного урежения Частоты сердечных сокращений и уменьшения ударного объёма, уменьшение Сердечного индекса и увеличение Общего периферического сопротивления, что является неблагоприятным. В связи с этим приём разминания не должен применяться при гипокинетическом типе кровообращения.

Сочетание массажа при ИБС с другими методами лечения: В институте курортологии и физиотерапии ведутся планомерные многолетние наблюдения по применению различных физических факторов в лечении и реабилитации больных с заболеваниями сердечнососудистой системы. Разработка методик физиобальнеотерапии базируется на трудах А. Н. Сбросова, В. Г. Ясногородского и других. Накопленный опыт по лечению и реабилитации физическими факторами больных заболеваниями сердечнососудистой системы обобщён в монографии Л. А. Скурихиной (1979). При этом автор подчёркивает, что наряду с физическими методами применялась лечебная физическая культура. Массаж ещё не занял достойного места в ряду методов лечения сердечнососудистых заболеваний в связи с недостаточной изученностью его. Чрезвычайно важным для повышения эффективности лечения является вопрос о наиболее рациональном сочетании и последовательности различных процедур в курсе лечения и при ежедневном их применении. Под руководством В. Н. Мошкова, начиная с шестидесятых годов, в институте курортологии и физиотерапии были начаты работы по обоснованию наиболее рациональной последовательности применения процедур лечебной гимнастики, массажа, физио- и бальнеопроцедур. А. Н. Сбросов, Н. А. Каплун также подчёркивают актуальность этой проблемы для практики.

Наиболее рациональному чередованию углекислых ванн, лечебной физической культуры и массажа у больных хронической ишемической болезнью сердца со стенокардией и нарушениями проводимости сердца посвящено исследование, выполненное О. Б. Давыдовой, Н. С. Каменской и В. И. Даниловым под руководством Е. И. Сорокиной. В этой же работе нами, совместно с И. П. Лебедевой и С. А. Гусаровой, разрабатывались вопросы, связанные с применением лечебной физической культуры и совместно с Г. А. Паниной вопросы массажа. Массаж целесообразно чередовать по дням с ваннами или назначать до приёма ванны, так как после ванны в ряде случаев чётко проявляется ухудшение основных показателей гемодинамики под влиянием однократной процедуры массажа, хотя субъективно подчас больные не жалуются при этом на ухудшение самочувствия. Следует подчеркнуть, что в этой работе показана равноценность лечебных комплексов- углекислые ванны, лечебная гимнастика, массаж и только лечебная гимнастика, массаж, поэтому при противопоказаниях к углекислым ваннам больные с успехом могут пользоваться только лечебной гимнастикой и массажем. Наш многолетний опыт позволяет рекомендовать массаж при различных формах ИБС, в том числе после перенесённого инфаркта миокарда, для применения в комплексном лечении с различными физическими факторами. (Методики лечения физическими факторами, показания и противопоказания к их применению изложены в монографии Л. А. Скурихиной, 1979, и в справочнике по физиотерапии под редакцией А. Н. Сбросова). В доклиническом периоде ИБС, протекающем бессимптомно, с выявленным или не выявленным атеросклерозом для предупреждения развития ИБС, помимо регулярных занятий физической культурой, соблюдения гигиенических норм, питания, труда и отдыха, запрещения курения и злоупотребления алкоголем можно использовать массаж и само массаж. Массаж можно применять как до, так и после различных форм физической культуры и во время занятий.

При функциональных нарушениях сердечнососудистой системы и неврозах для предупреждения развития ИБС массаж назначают в один и тот же день с импульсными токами низкой частоты по методике электросна. Массаж следует применять за 1-4 часа до процедуры электросна либо через 2-3 часа после. Массаж можно назначать через день или в один и тот же день с радоновыми, углекислыми или сульфидными ваннами за час до ванны. При этой форме заболевания массаж можно применять также через 2 часа и более после приёма ванны. Массаж можно применять как до, так и после процедуры электроаэрозольтерапии оксилидина, последний, по наблюдениям В. М. Леоновой, благоприятно влияет на больных с начальными явлениями атеросклероза венечных артерий. При питье минеральной воды, назначаемой больным с факторами риска с целью влияния на обменные процессы, массаж можно назначать в любое время. При ИБС с приступами стенокардии напряжения массаж следует применять в комплексном лечении с электросном, лекарственным электрофорезом, динамическими токами, синусоидально-модулированными токами, различными бальнеофакторами и водолечебными процедурами. Одновременно в один и тот же день можно назначать массаж и приём процедур электрофореза со следующими лекарственными веществами: эуфиллин, новокаин, этилморфин, платифиллин, никотиновая кислота, магний, калий, калий-магний, гепарин, метионин. Новокаин-йод. Массаж не следует назначать в один и тот же день с электрофорезом ганглерона, так как ганглерон обладает не только спазмолитическим, местноанестезирующим, но и блокирующим действием, массаж может устранить эффект от блокирующего действия ганглерона. Если электрофорез ганглерона применяется ежедневно, массаж можно назначить до курса электрофореза ганглерона или только по его окончании. Для выбора наиболее рациональной последовательности приёма массажа и электрофореза лекарственного вещества следует принимать во внимание область воздействия того и другого метода.

Если область воздействия лекарственного электрофореза и массажа совпадают, массаж предпочтительнее проводить до электрофореза с целью усиления регионарного кровообращения, как процедуру, Которая будет способствовать лучшему проникновению лекарственного вещества. Массаж можно проводить также после электрофореза, но не ранее, чем через 1-2 часа. Если область воздействия массажа и лекарственного электрофореза различны, то массаж можно назначать за несколько часов до и непосредственно перед электрофорезом, а также непосредственно после электрофореза, и в последующем в течение всего дня. Обязательно следует при этом принимать во внимание переносимость каждой из процедур. При приёме больными электрофореза йода и брома необходимо следить не появляются ли высыпания на коже, что требует отмены массажа впредь до исчезновения этих проявлений. Ранее мы указывали, что у отдельных больных после массажа появляется приятная сонливость, таким больным после массажа необходим отдых, а процедуру электрофореза можно назначать через полтора-два часа после массажа. Массаж можно назначать в один и тот же день с диадинамическими токами, как непосредственно до, так и после них, при условии различных областей воздействия массажа и тока. Если диадинамические токи назначают на область сердца, то массаж на эту же область применять не следует. Сантиметровые электромагнитные волны на область сердца можно чередовать по дням с назначением массажа. При ежедневном назначении сантиметровых электромагнитных волн можно назначать в этот же день массаж другой области. Лечение магнитными полями и переменным магнитным полем больных ИБС уже начали проводить, но мы не располагаем данными о сочетании этого метода с массажем. Хорошо назначать массаж в комплексе с различными камерными и общими ваннами (сульфидные, углекислые, радоновые, йодобромные).

Лучше чередовать процедуры массажа и приём ванн по дням. При назначении в один и тот же день массаж следует назначать в утренние часы до приёма ванн. При кардиосклерозе, в том числе постинфарктном, протекающем с болевыми приступами или без них, также применяют указанные физические факторы, но чаще их различные сочетания, в комплексе с которыми целесообразно в один и тот же день применять массаж. Эти методы следующие: электрофорез новокаина и аскорбиновой кислоты, электрофорез йода-брома и электрофорез никотиновой кислоты, электрофорез гепарина-эуфиллина, радоновые ванны и микроволны на поясничную область, кислородные, хвойные, углекислые, радоновые ванны, веерный душ, кислородные ванны и кислородная палатка в сочетании с общими ультрафиолетовыми облучениями (массаж целесообразно чередовать по дням с ультрафиолетовыми облучениями), ингаляции кислорода, кислородный коктейль (Последний в комплексе с кислородными, радоновыми и йодобромными ваннами), углекислые ванны на хлоридной натриевой кальциевой воде, хлоридные натриевые кальциевые, Азотные, скипидарные (концентрации 20-35 миллилитров на 200 литров), последние при сочетании заболевания с атеросклерозом сосудов ног и брюшной аорты, электросон в чередовании с камерными сульфидными ваннами (в этом комплексе массаж можно назначать утром в дни приёма ванн либо в дни, свободные oт него в последовательности, описанной выше, в связи с применением электросна). Больным спустя 1-3 года после перенесённого инфаркта миокарда ещё в большем объёме и более интенсивной дозировке назначают преимущественно различные ванны, а использование электролечения представлено в немногочисленных работах. Массаж можно назначать в один день с ваннами до их приёма, либо чередовать по дням с приёмом ванн. Массаж ручной не следует назначать при приёме подводного душа-массажа. Л. А. Скурихина, анализируя данные И. П. Женич (1977), полученные при лечении коронаролитиками и йодом больных постинфарктным кардиосклерозом с давностью более года после инфаркта, справедливо подчёркивает необходимость комплексного применения различных реабилитационных средств для получения большей эффективности лечения. Лечение физическими методами сопутствующих заболеваний у больных постинфарктным кардиосклерозом представлено в единичных работах.

При остеохондрозе шейно-грудного отдела позвоночника назначают на эту область импульсное электрическое поле ультравысокой частоты (Крупенников А. И., 1977), дециметровые волны. Массаж не применяют одновременно с этими методами, а только после окончания курса их воздействия. При ревматоидном артрите дециметровые волны назначала В. Д. Григорьева. При локализации воздействия на суставы можно применять массаж на другие области и на другие суставы, не подвергающиеся воздействию дециметровыми волнами. Синусоидально-модулированные токи паравертебрально по поводу радикулярных болей применяли В. Г. Ясногородский, Т. Г. Слепушкина. Массаж в этих случаях можно одновременно применять на эту область, как до, так и непосредственно после электропроцедуры. При применении аппликаций грязи на позвоночник по поводу симпатоганглионита массаж можно применять только после стихания его острых проявлений и в дни, свободные от приёма грязи. В остром периоде инфаркта при невротическом синдроме на второй-четвёртой неделе применяют электросон. В этом случае не следует назначать массаж. Массаж ног и спины лучше в остром периоде сочетать с медикаментами и лечебной гимнастикой. У больных при всех формах ИБС и у перенесших инфаркт миокарда массаж можно применять как до, так и после процедуры Лечебной физической культуры. Только при применении физических упражнений и плавания в лечебном бассейне массаж следует применять до этой процедуры или после неё не Ранее, чем через 1-2 часа. У больных после хирургического лечения ИБС массаж не назначают одновременно с физическими факторами, а поэтапно. Можно на первом же этапе рекомендовать курс массажа, а на втором- электросон или электрофорез калия и наоборот. Ещё раз следует подчеркнуть, что больные, как правило, отмечают приятное ощущение во время и после процедуры массажа, но всегда надо помнить о том, что только тщательные клинические наблюдения в сопоставлении с данными электрокардиографического исследования и другими Могут ориентировать врача в каждом конкретном случае о наиболее целесообразной последовательности при назначении процедур, применяемых в комплексном лечении, с учётом их действия и особенностей заболевания каждого больного.

Методика массажа при хронической сердечнососудистой недостаточности

В первой стадии (латентной) хронической сердечнососудистой недостаточности одышка и сердцебиение возникают при обычной нагрузке. К концу дня работоспособность понижается. Вторая стадия хронической сердечнососудистой недостаточности делится на фазы А и Б. Во второй стадии фазы А одышка и сердцебиение появляются при незначительной физической нагрузке. Повышается общая утомляемость. К концу дня на нижних конечностях появляются отёки, которые исчезают к утру после ночного сна. Печень несколько увеличена и болезненна при пальпации. Первая стадия и вторая стадия фазы А полностью обратимы при условии своевременно начатого и целенаправленного лечения В этих же стадиях массаж даёт наилучший лечебный эффект. Во второй стадии фазы Б и третьей стадии хронической сердечнососудистой недостаточности массаж не показан. Цель массажа: общее укрепление организма, стимуляция центральной нервной системы, обмена веществ, тренировка сердечнососудистой системы, улучшение функции вспомогательных экстракардиальных факторов кровообращения, ликвидация застойных явлений и отёков в тканях, улучшение крово- и лимфообращения в мышцах и активизация окислительно-восстановительных процессов. Пациентам с первой стадией хронической сердечнососудистой недостаточности назначают общий массаж. При проведении общего массажа используют все без исключения массажные приёмы средней интенсивности. Начинают общий массаж с области спины. Это обеспечивает приток крови на периферию, что в значительной степени облегчает работу сердца. В конце массажа спины можно выполнить лёгкое поколачивание или рубление в области остистого отростка седьмого шейного позвонка и в межлопаточной области. После этого выполняют массаж конечностей и заканчивают массажем живота. Массаж живота выполняют по методике массажа брюшного пресса.

Энергичный массаж живота противопоказан таким пациентам, так как он может вызвать коллаптоидное состояние, особенно после прерывистой ручной вибрации. Очень сильное разминание мышц брюшного пресса может вызвать головокружение из-за резкого падения артериального давления. Продолжительность процедуры- 40-45 минут. При улучшении общего состояния пациента её постепенно увеличивают до шестидесяти минут. Массаж применяют ежедневно или через день. Курс- 10-12 процедур регулярно повторяется через один-полтора месяца. Во второй стадии фазы А применяют массаж конечностей с целью борьбы с тканевыми отёками, улучшения периферического кровообращения, облегчения работы сердца, улучшения функции вспомогательных экстракардиальных факторов кровообращения и улучшения общего тонуса организма:

. Общее обхватывающее не прерывистое поглаживание от пятки или основания пальцев стопы до под ягодичной складки или паховых лимфатических узлов. Положение пациента лёжа на спине.

. Попеременное растирание.

. Обхватывающее прерывистое поглаживание. Все массажные приёмы, особенно приёмы поглаживания, выполняют строго ритмично и в относительно замедленном темпе.

. Спиралевидное растирание средней интенсивности четырьмя пальцами.

. Обхватывающее не прерывистое глубокое поглаживание.

. Продольное не прерывистое разминание.

. Обхватывающее раздельно-последовательное поглаживание. Этот приём необходимо выполнять особенно медленно.

. Поперечное не прерывистое разминание. Все приёмы разминания необходимо выполнять только от периферии к центру.

. Обхватывающее прерывистое поглаживание с перекрытием.

. Сотрясение.

. Обхватывающее не прерывистое поглаживание.

При массаже верхних конечностей выполняют:

. Обхватывающее не прерывистое поглаживание от лучезапястного сустава до ключично-акромиального сочленения.

. Двойное кольцевое растирание.

. Поглаживание.

. Двойное кольцевое разминание.

. Поглаживание.

. Сотрясение или встряхивание.

. Обхватывающее не прерывистое поглаживание. Во время массажа массажист обязан следить за состоянием пациента, его пульсом, дыханием. Массаж конечностей не должен быть продолжительным. Продолжительность процедуры массажа руки- 5-6, а каждой ноги- 7-8 минут. Курс- 10 процедур и повторяется регулярно через 3-4 недели.

Методика массажа при стенокардии

Стенокардия- это клинический синдром, в основе которого лежит ишемия миокарда, обусловленная острой коронарной недостаточностью с последующим раздражением чувствительных нервных окончаний. Чаще всего стенокардия наступает в результате спазма венечных сосудов сердца, поражённых атеросклерозом. Ведущим симптомом стенокардии является загрудинная боль, которая имеет жгучий или сжимающий характер и продолжается от нескольких минут до получаса. Во время приступа стенокардии человек бледнеет, а в тяжёлых случаях покрывается холодным потом, появляется страх смерти. Характерна иррадиация болей в левую лопатку и по внутренней поверхности левой руки до концов четвёртого, пятого пальцев. После приступа стенокардии остаются зоны кожной гипералгезии в верхней части рукоятки грудины, под левой ключицей, в области проекции сердца на переднюю стенку грудной клетки слева, в области левой лопатки и по внутренней поверхности левой руки. Различают стенокардию напряжения, когда приступ возникает при физической нагрузке и прекращается с её прекращением. Приступ может возникнуть, например, во время ходьбы. Когда человек останавливается, боль проходит. Стенокардия покоя характеризуется возникновением приступов в покое, чаще- ночью. Во время приступа применяют нитроглицерин или валидол, капли Зеленина или валокардин. Массаж назначают в межприступном периоде.

Цель массажа: рефлекторное расширение коронарных сосудов, улучшение питания миокарда, регулирующее влияние на вазомоторные центры, общеукрепляющее воздействие на сердечнососудистую систему, уравновешивание основных корковых процессов. Массаж не должен быть сильным. Его дозировка зависит от формы и тяжести заболевания. При лёгких приступах стенокардии массаж можно начинать на следующий день после приступа. При стенокардии покоя массаж начинают на четвёртый- пятый день, При применении массажа необходимо соблюдать строгую последовательность в увеличении дозировки. Массажные приёмы должны быть строго ритмичными и плавными. Полезно применять массаж воротниковой зоны.

При этом в области сердца выполняют:

. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание. Массажист стоит позади сидящего на стуле пациента.

. Попеременное растирание.

. Плоскостное глубокое поглаживание снизу вверх и в сторону к плечевому суставу по направлению мышечных волокон большой грудной мышцы.

. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.

. Плоскостное глубокое поглаживание.

. Попеременное растирание.

. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание. Одновременно с этим массажу подвергаются и зоны кожной гипералгезии в области грудины и под левой ключицей.

После массажа передней поверхности груди приступают к массажу задней поверхности воротниковой зоны:

. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание обеими руками.

. Попеременное растирание.

. Лёгкое круговое плоскостное поглаживание.

. Пиление. Приём можно выполнять одной или обеими руками.

. Поглаживание.

. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами с небольшой силой давления. Приём выполняют снизу вверх веерообразно одной или одновременно обеими руками.

. Поглаживание.

. Лёгкое рубление в межлопаточной области.

. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

В области внутренней поверхности левой руки выполняют:

. Лёгкое плоскостное не прерывистое поглаживание одной рукой от лучезапястного сустава до подмышечной впадины.

. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.

. Лёгкое плоскостное не прерывистое поглаживание. Продолжительность процедуры- 15 минут ежедневно. Курс- 15 процедур и повторяется регулярно через один-полтора месяца.

Методика массажа при гипертонической болезни

Гипертоническая болезнь возникает как невроз центров, регулирующих кровяное давление, что приводит к повышению тонуса артериальных сосудов, сужению просвета мелких артерий и артериол. В результате повышается артериальное давление. Ведущим фактором в механизме развития гипертонической болезни является перенапряжение нервно-психической сферы. К вторичным факторам относится ишемия почек, а также эндокринные факторы. Различают три стадии гипертонической болезни, а каждая из них имеет две фазы. В первой стадии фазы А артериальное давление повышается периодически до невысоких цифр под влиянием отрицательных эмоций и нервного перенапряжения. В этот период болезни артериальное давление снижается до нормы самопроизвольно, без лечения. Пациенты жалуются на раздражительность, утомляемость, понижение работоспособности, нарушение сна, головные боли. однако жалобы, как и само артериальное давление, являются нестойкими. В первой стадии фазы Б артериальное давление бывает повышенным в течение нескольких недель, затем снижается до нормы, но может снова повышаться под влиянием отрицательных факторов внешней среды. Изредка наблюдаются гипертонические кризы. Пациенты жалуются на боли в области сердца колющего или ноющего характера, головные боли, головокружение, бессонницу, повышенную раздражительность, потливость. Во второй стадии фазы А артериальное давление повышается значительно. Повышенное давление держится стойко длительное время и понижается до нормы только под влиянием целенаправленного лечения. Описанные выше субъективные ощущения усиливаются, становятся постоянными.

К ним присоединяются шум и звон в ушах, мелькание тёмных пятен перед глазами. Во второй стадии фазы Б артериальное давление стойко повышено до значительных цифр и не снижается до нормы даже под влиянием лечения. Однако под влиянием систематического комплексного лечения его удаётся несколько понизить. В этот период субъективные ощущения нарастают, становятся тягостными для пациента. Гипертонические кризы появляются чаще. Они сопровождаются приступами стенокардии и нарушением мозгового кровообращения в результате спазма сосудов головного мозга. В первой и второй стадиях гипертонической болезни массаж даёт хороший лечебный эффект. С помощью массажа можно уменьшить или ликвидировать неприятные ощущения в области сердца, тяжесть в голове, головные боли, головокружения, шум в ушах. Под влиянием массажа улучшается сон, повышается работоспособность и снижается артериальное давление. Пациенты очень хорошо переносят массаж. Массаж необходимо выполнять в отдельном кабинете при полной тишине. По В. Н. Мошкову при гипертонической болезни рекомендуется применять массаж головы, шеи, области надплечий, межлопаточной области и области живота. В некоторых случаях у пациентов, страдающих гипертонической болезнью, одновременно имеется пояснично-крестцовый радикулит. В таких случаях сначала проводится массаж пояснично-крестцовой области, а затем массаж воротниковой зоны и головы. Цель массажа: понижение артериального давления, нормализация взаимоотношений основных корковых процессов, улучшение периферического, мозгового кровообращения и кровообращения в сердечной мышце, ликвидация отёков и застойных явлений, нормализация внутрибрюшного давления и функции кишечника. Массаж головы, шеи, надплечий и межлопаточной области выполняется в исходном положении пациента сидя на стуле. Исходное положение массажиста сидя или стоя позади пациента зависит от того, какой участок подвергается массажу. Массаж живота выполняют в исходном положении пациента лёжа на спине, а массажист стоит сбоку со стороны правой руки пациента.

Процедуру начинают с массажа межлопаточной области:

. Лёгкое плоскостное поглаживание обеими руками от затылочной кости вниз до уровня линии, соединяющей нижние углы лопаток. Обе ладони массажиста движутся задним ходом по обе стороны от позвоночника. Все остальные приёмы выполняют в том же направлении и до указанного уровня. Затем применяют поглаживание ромбом. Продольное поглаживание и поглаживание ромбом считается как один приём.

. Попеременное растирание межлопаточной области.

. Глубокое поглаживание продольное и ромбом.

. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами межлопаточной области сверху вниз передним или задним ходом. Приём лучше выполнять одной рукой, а свободной рукой массажист придерживает пациента за надплечье.

. Глубокое поглаживание продольное и ромбом.

. Глубокое поперечное прерывистое разминание обеими руками справа и слева от позвоночника сверху вниз.

. Глубокое поглаживание продольное и ромбом.

. Рубление вдоль межлопаточной области.

. Поверхностное поглаживание продольное и ромбом.

После этого переходят к массажу области шеи и надплечий:

. Обхватывающее поглаживание обеими руками сверху вниз от затылочной кости и в стороны по надплечьям к плечевым суставам.

. Попеременное растирание шеи и надплечий.

. Глубокое плоскостное поглаживание задним ходом от затылочной кости по боковой и задней поверхностям шеи и по надплечьям к плечевым суставам.

. Пиление на той же поверхности.

. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.

. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами передним Ходом с достаточной силой давления.

. Глубокое плоскостное поглаживание передним ходом.

. Глубокое поперечное прерывистое или щипцеобразное разминание верхней части трапециевидной мышцы от затылочной кости вниз и в стороны к плечевым суставам.

. Плоскостное поглаживание задним ходом.

. Похлопывание.

. Обхватывающее поглаживание.

После массажа межлопаточной области, шеи и надплечий переходят к массажу затылка:

. Длинное заднее поглаживание.

. Зигзагообразное растирание затылка подушечками четырёх пальцев снизу вверх.

. Длинное заднее поглаживание.

. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами в том же направлении.

. Длинное заднее поглаживание.

. Спиралевидное растирание большим пальцем.

. Длинное заднее поглаживание.

. Сдвигание.

. Длинное заднее поглаживание.

. Пунктирование.

. Длинное заднее поглаживание.

От массажа затылка переходят к массажу области лба:

. Длинное переднее поглаживание.

. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами на переднебоковой поверхности шеи одновременно обеими руками.

. Длинное переднее поглаживание.

. Спиралевидное растирание от средней линии лба к вискам. Приём выполняют четырьмя пальцами одной руки. При этом правая рука движется от средней линии лба к левому виску, а свободная рука фиксирует голову пациента.

. Поглаживание от средней линии лба к вискам одновременно обеими руками.

. Перемежающееся надавливание от средней линии лба к вискам.

. Плоскостное глубокое поглаживание вдоль волокон лобных мышц от бровей к передней границе волосистой части головы одновременно обеими руками.

. Пунктирование.

. Длинное переднее поглаживание.

После массажа области лба переходят к массажу волосистой части головы:

. Длинное переднее поглаживание.

. Зигзагообразное растирание в сагиттальном направлении. Приём выполняют одной рукой, а другая в это время фиксирует голову пациента.

. Раздельно-последовательное поглаживание волосистой части головы.

. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами волосистой части головы.

. Поглаживание.

. Спиралевидное растирание большим пальцем.

. Поглаживание.

. Перемежающееся надавливание.

. Поглаживание.

. Сдвигание.

. Поглаживание.

. Пунктирование.

. Поглаживание волосистой части головы.

Процедуру заканчивают длинным передним и задним поглаживанием. Массаж головы и воротниковой зоны продолжают 15-20 минут ежедневно. В тех случаях, когда пациент жалуется на боли в области сосцевидных отростков, теменных бугров и надбровных дуг, на указанных участках применяют круговое растирание одним или двумя пальцами и стабильную механическую вибрацию резиновым воронкообразным вибратодом. По В Н. Мошкову кроме массажа головы и воротниковой зоны при гипертонической болезни применяют и массаж живота. Он нормализует внутрибрюшное давление, устраняет высокое стояние диафрагмы, улучшает состояние брюшного пресса, ликвидирует застой и улучшает деятельность кишечника, рефлекторным путём, через вегетативную нервную систему, снижает кровяное давление. Область живота массируют энергично, но не грубо.

Приёмы должны быть глубокими, но в то же время мягкими, эластичными, ритмичными и безболезненными:

. Круговое плоскостное поверхностное поглаживание.

. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.

. Круговое плоскостное глубокое поглаживание.

. Накатывание.

. Круговое плоскостное глубокое поглаживание.

. Поперечное прерывистое разминание.

. Круговое плоскостное поглаживание.

. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами по ходу толстого кишечника.

. Глажение без отягощения в том же направлении и по той же линии.

. Перемежающееся надавливание там же.

. Глажение с отягощением там же.

. Подталкивание.

. Круговое плоскостное поглаживание всего живота. Продолжительность процедуры- 10-15 минут ежедневно. Курс- 15 процедур повторяется регулярно через полтора- два месяца.

Методика массажа при гипотонической болезни

В хронической гипотонии различают две формы: симптоматическую гипотонию и нейроциркуляторную или первичную гипотонию. Симптоматическая гипотония наблюдается как один из симптомов при хронических заболеваниях, таких как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, аддисонова болезнь и другие. Нейроциркуляторная или первичная гипотония- это самостоятельное заболевание, при котором низкое артериальное давление обусловлено нарушением функции аппарата, регулирующего тонус сосудистой системы. Пациенты с первичной гипотонией жалуются на головные боли, головокружение, общую слабость, вялость, потемнение в глазах, особенно при быстром вставании. Такие пациенты вспыльчивы, раздражительны, потливы. У них наблюдается понижение памяти, неприятные ощущения в области сердца. При отрицательных эмоциях возникает сердцебиение. Пациенты жалуются на онемение и похолодание пальцев рук и ног. Гипотоническая болезнь протекает с периодами ухудшения и улучшения состояния пациента. Отрицательные эмоции, физические и психические перенапряжения обостряют заболевание. При лечении гипотонической болезни важное значение имеет массаж. Цель массажа: регулирующее влияние на динамику основных корковых процессов и функциональное состояние ангиорецепторов, усиление рефлекторных связей коры головного мозга с сердечнососудистой системой, улучшение общей гемодинамики и сосудистого тонуса, улучшение функции вспомогательных экстракардиальных факторов кровообращения, ликвидация застойных явлений в органах брюшной полости.

Для пациентов с гипотонической болезнью необходим лёгкий массаж. Методика массажа и его дозировка зависят от состояния пациента, клинического проявления болезни. При проведении общего массажа особое внимание обращают на массаж пояснично-крестцовой области, нижних конечностей и живота. Первые процедуры общего массажа должны быть непродолжительными, в среднем до тридцати минут. В последующем, по мере улучшения состояния пациента, продолжительность процедуры общего массажа может быть постепенно увеличена до сорока пяти- пятидесяти минут. Массаж состоит, главным образом, из приёмов поглаживания и растирания. При улучшении состояния пациента включают лёгкое разминание и лёгкую прерывистую вибрацию с большой частотой. При проведении общего массажа обращают внимание на массаж крупных мышечных групп. При гипотонической болезни можно ограничиться массажем пояснично-крестцовой области, нижних конечностей и живота.

На пояснично-крестцовой области применяют лёгкий массаж с целью оказания рефлекторного влияния на надпочечники:

. Плоскостное спиралевидное поглаживание. Оно начинается на области ягодиц и заканчивается на уровне десятого грудного позвонка.

. Попеременное растирание. Приём выполняют в косом направлении ёлочкой.

. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание.

. Пиление.

. Глажение (первый вариант).

. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами одной или обеих рук.

. Глажение (второй вариант). Приём можно выполнять раздельно-последовательно.

. Полукружное разминание.

. Плоскостное раздельно-последовательное поглаживание.

. Лёгкое похлопывание, поколачивание или рубление.

. Плоскостное спиралевидное поглаживание. Нижние конечности массируют по методике общего массажа.

Все приёмы выполняют в проксимальном направлении:

. Обхватывающее не прерывистое поглаживание.

. Попеременное растирание.

. Обхватывающее поглаживание.

. Спиралевидное растирание четырьмя пальцами.

. Обхватывающее не прерывистое поглаживание.

. Продольное прерывистое разминание.

. Обхватывающее не прерывистое поглаживание.

. Прерывистое поперечное разминание.

. Обхватывающее не прерывистое поглаживание.

. Сотрясение или похлопывание.

. Обхватывающее не прерывистое поглаживание. Такой массаж нижних конечностей выполняют в исходном положении пациента лёжа на спине. При этом массажист старается при выполнении каждого массажного приёма охватить ногу со всех сторон.

На животе достаточно провести лёгкий непродолжительный массаж:

. Поверхностное круговое плоскостное поглаживание. Его выполняют по всей поверхности живота.

. Попеременное растирание.

. Лёгкое круговое плоскостное поглаживание.

. Лёгкое пиление.

. Поглаживание прямых и косых мышц живота.

. Лёгкое спиралевидное растирание четырьмя пальцами.

. Комбинированное поглаживание.

. Лёгкое поперечное прерывистое разминание.

. Лёгкое комбинированное поглаживание.

. Сотрясение.

. Поверхностное круговое плоскостное поглаживание. Продолжительность процедуры массажа пояснично-крестцовой области, нижних конечностей и живота- 25-30 минут ежедневно. Курс- 20-25 процедур повторяется регулярно через полтора- два месяца.

Список литературы

1. Наталья Ароновна Белая Руководство по лечебному массажу Медицина, 1983.

. Игорь Витальевич Дунаев Пособие по лечебному массажу Учебное пособие. Всероссийское общество слепых (ВОС).

. Владимир Иванович Дубровский "Лечебный массаж" Москва, Медицина, 1995. Рецензент И. И. Хитрик, доктор медицинских наук, профессор.