Введение

При различных заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата массаж является обязательным элементом комплексного лечения. Массаж улучшает кровообращение, способствует рассасыванию экссудата, противодействует образованию контрактур, способствует сохранению нормального тонуса и трофики мышц.

Среди повреждений, которые подстерегают человека в повседневной жизни, наиболее часты ушибы, то есть повреждения тканей и органов без нарушения целостности кожного покрова и костей. Они сопровождаются припухлостями, кровоподтеками, разрывами кровеносных и лимфатических сосудов, мышечной ткани, нервов. В суставах при ушибах могут возникнуть значительные кровоизлияния.

Общие сведения о проведении процедуры массажа

Массаж при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата способствует более раннему применению лечебной физкультуры и тренировок на тренажёрах, предупреждению контрактур, спаек. Под влиянием массажа уменьшается (исчезает) боль, отёк тканей, ускоряется регенерация и метаболизм тканей, нормализуется функция нервномышечного аппарата.

Методика массажа должна строго дифференцироваться в зависимости от особенностей клинических форм заболевания. В связи с этим знание патогенетических механизмов и понимание сущности заболевания необходимо для построения методики массажа, способствующей повышению эффективности комплексного лечения.

Массаж при ушибах - одно из важных и эффективных лечебных средств. Воздействие массажа вызывает кожную гиперемию (покраснение кожи), понижение общей болезненности травмированной области, улучшение обмена веществ, активизацию мышечных сокращений, предотвращение возможной и ликвидацию наступившей атрофии мышц, ускоренное рассасывание отеков, инфильтратов и кровоизлияний.

Раннее начало сеансов массажа способствует уменьшению болей и более быстрому восстановлению. При травме мягких тканей, если нет разрыва больших сосудов и значительных разрывов мышц, к массажу следует приступить на первый-второй день после травмы.

Проведение процедуры массажа

Массаж при заболеваниях суставов:

различают две основные формы артритов: самостоятельные нозологические формы, формы, связанные с другими заболеваниями. Самостоятельные формы: ревматоидный артрит, ревматический полиартрит (болезнь сокольского-буйо), анкилозирующий спондилоартрит (болезнь бехтерева), инфекционные специфические артриты (гонорейный, туберкулёзный, дизентерийный, бруцеллёзный и другие), инфекционно-аллергический полиартрит, псориатический полиартрит. Артриты при аллергических заболеваниях, болезнях обмена (подагра), заболеваниях соединительной ткани, заболеваниях лёгких и другие составляют по классификации вторую форму, обусловленную другими заболеваниями. П. Г. Царфис подчёркивает, что эффективность применения различных физических методов лечения при заболеваниях суставов во многом зависит от правильных представлений о клинико-патогенетической сущности артрита, что помогает выбору наиболее адекватных методик. Физические методы лечения ревматоидного артрита изложены в трудах п. Г. Царфиса и других. Перед назначением массажа обязательно следует определить характер процесса (острый, подострый, хронический), выраженность активности процесса и наличие функциональной недостаточности суставов. Необходимо детально обследовать функцию движения в каждом суставе, выявить наличие контрактур, анкилозов, уточнить состояние мышцы (трофика, тонус, сила). Важно уметь выявить болевые точки, истинное ограничение движений, степень напряжения мышц, умение их расслабить. Массаж показан при ревматоидном, ревматическом артрите, деформирующем артрозе, подагре. При ревматическом артрите массаж назначают в межприступном периоде. При ревматоидном артрите массаж применяется в подострой и хронической стадиях, при всех степенях активности процесса. Массаж является обязательным элементом комплексного лечения и должен сочетаться с лечением положением, лечебной гимнастикой и механотерапией. Задачи массажа: улучшить кровообращение в поражённых суставах, коже, мышцах, снять напряжение в мышцах конечностей, улучшить их трофику, тонус и силу, способствовать восстановлению нормальной амплитуды движения в суставах, способствовать рассасыванию экссудата в суставах, уменьшению боли и скованности, содействовать оздоровлению и укреплению всего организма. Лечение положением и лечебная гимнастика применяются во всех стадиях заболевания. Механотерапию при выраженной активности процесса включают после трёх-пяти процедур лечебной гимнастики. Нарушения функции движения являются основным проявлением заболевания суставов и часто приводят к инвалидности больных. Однако наблюдения показали возможность проведения мероприятий, задерживающих развитие деформаций, исправляющих их, а также способствующих сохранению и увеличению подвижности в суставе. Изменения в суставе в связи с патологическим процессом обычно значительно усугубляются в связи с тем, что больной из-за болей стремится ограничить движение, выбирает наименее болезненную позу и длительно фиксирует конечность в покое в этом положении. При этом непоражённые суставы также лишаются движения, а избранные больным положения часто являются функционально невыгодными. Кроме того, в период болей с целью щажения сустава появляются приспособительные движения. Всё это при стихании болей нарушает восстановление движений и закрепляет деформацию. При прогрессировании процесса эти изменения усугубляют течение заболевания. Постельный режим ограничивает подвижность и ведёт к ослаблению всех мышц. Для предупреждения порочных положений, сохранения и увеличения объёма движений необходимо применять лечение положением, лечебную гимнастику. Учитывая трофические изменения, следует уделять внимание уходу за кожей. В остром периоде заболевания движения в поражённом суставе ограничены, выражена припухлость его. В выше и нижележащих суставах движения также ограничены. Мышцы, фиксирующие суставы, резко напряжены. В этом периоде больного следует обучить расслаблению мышц, правильному дыханию. Лечение положением следует использовать для суставов, нуждающихся в покое, а для близлежащих суставов часто в течение дня менять положение. При поражении локтевого сустава необходимо согнуть его под углом 90 градусов или несколько меньшим. Нельзя допускать длительной фиксации руки в разогнутом положении. Предплечье уложить в положении, среднем между супинацией и пронацией, кисть слегка разогнуть, ладонная поверхность должна быть обращена к передней поверхности тела. Плечо отвести в сторону на 25-30 градусов и более и вперёд на 30 40 градусов от туловища и уложить руку на подушку. Плечо лучше ротировать кнаружи. Особенно необходимо следить за состоянием суставов кисти и пальцев. При процессе в пястнофаланговых суставах чаще всего нарушается разгибание в них, в межфаланговых развивается переразгибание с подвывихами и полной потерей движения, а в концевых фалангах фиксируется сгибание. При воспалительном процессе в межфаланговых суставах возникают сгибательные контрактуры их, а переразгибание появляется в пястнофаланговых и особенно в концевых фалангах. У одного и того же больного могут возникать оба типа поражения как на одной, так и на обеих кистях. Нередко кисть и пальцы отклоняются в локтевую сторону, образуя плавники моржа. Массажист во время массажа должен придавать пальцам и кисти правильное положение. После массажа следует при поражении пястнофаланговых суставов подкладывать валик под эти суставы в положении разгибания их при согнутых межфаланговых и разогнутых концевых фалангах суставов, при поражении межфаланговых суставов валик подкладывают так, чтобы пястнофаланговые суставы оставались свободными, а межфаланговые прилегали к валику в положении разгибания, концевые фаланги слегка согнуты, при наклонности к развитию плавников моржа укладывать кисть в шинку, отклонённую в лучевую сторону. При выраженном воспалительном процессе в коленном суставе больной держит ногу согнутой, при этом напрягаются мышцы-сгибатели тазобедренного и коленного суставов. Это способствует возникновению контрактур в коленном, тазобедренном и голеностопном суставах. Во время массажа, а также после него в этих случаях следует укладывать ногу на подушку, способствуя расслаблению мышц. При воспалительном процессе в голеностопном суставе может развиться порочная поза в виде конской стопы. Для предотвращения этой позы следует стопу ставить под углом 90 градусов, подкладывая ящик или мешок с песком. Для сохранения подвижности в тазобедренном суставе несколько раз в день укладывают больного на спину без подушки, отводят и опускают ногу с постели, обязательно ставя упор под стопу (или опуская её на пол). Область массажа: руки, ноги. При напряжении мышц спины и воротниковой зоны массируют также эти отделы. Массаж проводят в положении лёжа для лучшего расслабления мышц. В последующем, при достаточном умении больного расслаблять мышцы руки, можно массировать их в положении больного сидя. Начинают процедуру с менее поражённых конечностей. Особенностью массажа является специальное воздействие на суставы, мышцы, кожу. Применяются приёмы поглаживания, растирания, разминания, вибрации. Во время массажа следует добиваться максимального расслабления мышц. Массируя переднюю поверхность ноги, целесообразно подкладывать валик под коленные суставы. Массаж задней поверхности осуществляют с валиком, подложенным под голеностопный сустав. Пальцы ног массируют приёмами поверхностного и глубокого поглаживания, полукружного растирания, охватывая тыльную и подошвенную, а также боковые стороны. Массируют одной или двумя руками отдельно каждый палец в поперечном и продольном направлениях. Специальное воздействие оказывают на межфаланговые суставы. После массажа пальцев переходят к стопе, где проводится поверхностное, а затем глубокое скользящее поглаживание ладонью в направлении от ногтевых фаланг к голеностопному суставу и до середины голени. Специальное воздействие на голеностопный сустав осуществляют круговым непрерывистым обхватывающим и щипцеобразным приёмом. Особое внимание уделяют области лодыжек, задней поверхности пятки, пяточному сухожилию, а также задней поверхности суставной сумки (по обе стороны от пяточного сухожилия). Массаж голени проводят в направлении от пальцев стопы до наружного края надколенника, используя разнообразные приёмы поглаживания и растирания в различных направлениях (в восходящем- от пальцев до колена, и нисходящем- от колена до пальцев). После общего воздействия на всю область голени следует дифференцированно массировать на передней поверхности- переднюю большеберцовую мышцу, длинный общий разгибатель пальцев, на латеральной поверхности- малоберцовые мышцы (в верхней половине- длинную малоберцовую, в нижней - короткую малоберцовую мышцу), на задней поверхности икроножные мышцы и пяточное сухожилие. Массаж коленного сустава проводят обеими руками, используют последовательно поглаживание и спиралевидное растирание. Для большего проникновения в щель сустава следует ногу согнуть в колене и массировать на переднебоковых поверхностях с обеих сторон между сухожилием четырёхглавой мышцы и наружной, а затем внутренней боковой связкой. На задней поверхности в подколенной ямке расположены сосуды и нервы, поэтому приёмы массажа должны быть щадящими. Массаж бедра проводят в положении больного на спине и животе. Наружную поверхность можно массировать в положении на боку. Приёмы массажа те же, что и на голени. Массируют четырёхглавую, двуглавую, полусухожильную, полуперепончатую и ягодичные мышцы. В связи с тем что тазобедренный сустав расположен глубоко и покрыт крупными мышцами, специальное воздействие осуществить нелегко. Сзади между седалищным бугром и большим вертелом целесообразно применять поглаживание, растирание, разминание. Массаж руки проводят в положении лёжа или сидя. В положении сидя больной кладёт руку на массажный столик, а массажист сидит напротив него. Массаж пальцев проводят двумя руками. При массаже одной рукой массажист фиксирует кисть больного. Проводят плоскостное непрерывистое поглаживание каждого пальца на тыльной, ладонной и боковых поверхностях. Затем выполняют штрихование в продольном и поперечном направлениях, поглаживание и разминание. При специальном воздействии на межфаланговые и пястнофаланговые суставы растягивают кожу над ними на тыльной и боковой поверхностях, чем и достигается большее проникновение в щель сустава. При контрактурах, тугоподвижности необходимо растяжение. Массаж кисти начинают с тыльной поверхности и массируют, располагая кисть массажиста поперёк руки больного. Применяют плоскостное глубокое растирание штрихованием. Во время массажа межкостных мышц пальцы больного должны быть разведены в стороны. Массажист массирует каждую мышцу. Ладонную поверхность массируют в положении супинации, применяя глажение и растирание. Особое внимание у женщин с заболеваниями суставов следует обращать на мышцы, приводящие и отводящие большой палец, так как при длительном занятии вязанием эти мышцы напряжены и палец значительно приближен к середине ладони, это постепенно приводит к тугоподвижности и даже анкилозу в пястнофаланговом суставе большого пальца. Лучезапястный сустав доступен воздействию с тыльной и боковой поверхности. Его массируют, поглаживая и растирая большими пальцами. На ладонной поверхности допускают более интенсивный нажим на ткани, при массаже тыльной стороны кисть сгибают. Массаж предплечья описан выше. Локтевой сустав массируют в положении сгибания (угол 115 градусов), воздействуя спереди, сзади и сбоку с обеих сторон. Сзади по обе стороны локтевого отростка оказывают воздействие на суставную сумку. Применяют плоскостное поглаживание, круговое, спиралевидное растирание. Массаж плеча описан выше. Плечевой сустав массируют спереди, сзади, сверху и снизу. Для доступа к нижней поверхности руку отводят в сторону. А. Ф. Вербов рекомендует для лучшего доступа к задней поверхности суставной сумки массируемую руку класть на противоположное плечо. Для доступа к передней поверхности массируемую руку заложить за спину. Используют различные приёмы поглаживания, растирания.

Методические указания:

массаж должен способствовать уменьшению болевых ощущений, снятию ощущения скованности. С этой целью следует стремиться во время первых двух-трёх процедур к максимальному расслаблению мышц, используя приёмы поверхностного поглаживания, растирания без избирательного воздействия на суставы. После этого с третьей-пятой процедуры начинают более интенсивный массаж мышц для развития в них силы, уменьшения гипотрофии. Суставы массируют вначале легко, а специальное воздействие на них осуществляют со второй-четвёртой процедуры. Однако охватывают не все суставы одновременно, а начинают с менее поражённых, где болевые ощущения проявляются меньше. Постепенно, от процедуры к процедуре, добавляют локальное растирание, разминание, охватывающее все суставы. В каждой процедуре следует начинать массаж с менее поражённых суставов. При нерезком болевом синдроме можно с первых же процедур начинать воздействие на суставы. Особое внимание а. Ф. Вербов обращает на необходимость освобождения лимфооттока из полости сустава. С этой целью автор рекомендует массировать сначала периартикулярные, затем мягкие ткани над суставом. Кожа при заболеваниях суставов теряет свою эластичность, плохо смещается, может быть утолщена и болезненна. Применяют медленное растирание в виде штрихования, послойно воздействуя на кожу, подкожную соединительную ткань, фасцию. При последовательном массаже каждого из этих слоёв не захватывается другой слой. После массажа мягких тканей приступают к массированию сумочно-связочного аппарата сустава в местах наибольшего доступа к нему приёмами кругового растирания и продольного поглаживания. Массаж мышц должен дифференцироваться в зависимости от состояния их тонуса. При наличии контрактур, анкилозов сила мышц снижена, тонус их изменён. Контрактуры и анкилозы приводят к тому, что точки прикрепления одной группы мышц длительно сближены, а мышцы-антагонисты перерастянуты. Для мышц, охваченных контрактурой, применяют поглаживание, лёгкое растирание, а для мышц-антагонистов- поглаживание, растирание, разминание, вибрацию. В связи с тем что контрактуры не паретического генеза, в целом воздействие на мышцы-антагонисты должно быть более энергичным, допустимы похлопывания и постукивание. А. Ф. Вербов рекомендует во время повышенного мышечного тонуса при заболеваниях суставов применять нежную механическую вибрацию. Автор обращает внимание на то, что, например, при поражении коленного сустава тонус повышается в мышце, напрягающей широкую фасцию бедра, четырёхглавой, полусухожильной, полуперепончатой, двуглавой и икроножной, иначе говоря, в мышцах передней, задней, внутренней и наружной поверхности бедра и задней поверхности голени. Кроме того, напряжены связки надколенника, повышен тонус в мышцах нижнегрудного и пояснично-крестцового отдела. При повышении напряжения подкожной соединительной ткани а. Ф. Вербов считает целесообразным применять методику рефлекторно-сегментарного массажа по лейбе и дикке. Р. Г. Тарханян в этих случаях наблюдал благоприятные результаты при сегментарном массаже. После массажа спины а. Ф. Вербов рекомендует массаж мышц поражённых суставов. По наблюдениям автора, гипотрофия мышц при поражении тазобедренного сустава прежде всего возникает в ягодичных мышцах, коленного сустава- в четырёхглавой мышце, голеностопного сустава- в разгибателях голени и стопы. При поражении плечевого сустава гипотрофия развивается в дельтовидной, надостной, подостной и малой круглой мышце, при поражении локтевого сустава страдают разгибатели предплечья, а суставов пальцев- межкостные мышцы. На указанные мышцы воздействуют приёмами растирания, поглаживания и нежного разминания. В местах уплотнения с участками миогелоза (обычно располагающегося в местах прикрепления мышц) а. Ф. Вербов использует массаж ладонной поверхностью пальцев- круговое растирание в продольном и поперечном направлениях, прерывистое надавливание, разминание, чередующееся с обхватывающим непрерывистым поглаживанием. Следует учитывать состояние периферических сосудов. Если по данным артериальной осциллографии или реовазографии конечностей выявляется спастическое состояние сосудов, массажное воздействие не должно быть интенсивным. Особенно важно помнить о том, что при выраженной активности процесса у больных ревматоидным артритом можно массировать всю конечность, непоражённые суставы, а также те, в которых имеются экссудативно-пролиферативные изменения. В случаях возникновения свежих поражений отдельных суставов с яркими экссудативными проявлениями массировать их не рекомендуется, а при массаже конечности эти суставы не охватывать. Субфебрильная температура, ускоренная соэ не являются противопоказаниями для применения массажа при ревматоидном артрите. Но методика должна быть дифференцированной с учётом активности процесса. Так, в неактивной фазе и при минимальной активности процесса массажные приёмы должны быть интенсивными. При средней и выраженной активности процесса методика воздействия должна быть щадящей. Щадящий характер, особенно при выраженной активности, должны иметь сами приёмы и, кроме того, должна быть сокращена их продолжительность. Под влиянием массажа у больных ревматоидным артритом улучшается функциональное состояние нервномышечного аппарата, активизируется кровообращение в конечностях. Это проявляется в повышении амплитуды биопотенциалов при электромиографическом исследовании и увеличении реографического индекса непосредственно после процедуры массажа. При подагрических артритах особое внимание следует уделять разминанию узелков (тофи). Во время острого приступа подагры массаж временно отменяют и возобновляют при стихании острых явлений. При артрозах массаж проводят по более интенсивной методике, чем при ревматическом и ревматоидном артритах. При сочетанных формах артроза и ревматоидного артрита методика должна быть более щадящей. При ревматическом поражении суставов массаж назначают спустя один-полтора месяца после атаки ревматизма или рецидива заболевания. При наличии недостаточности кровообращения методика массажа конечностей должна способствовать улучшению центральной и периферической гемодинамики. Длительность массажа одной конечности на первых процедурах 5-7 минут, в последующем- 10-15 минут. Массаж можно назначать через день или ежедневно. На курс лечения 15-18 процедур. Курс лечения следует повторить. Перерыв между курсами массажа должен быть не менее трёх-четырёх недель. Массаж обязательно должен сочетаться с лечебной гимнастикой, которую проводит методист лечебной физической культуры в физкультурном зале, палате, кабинете. Но, помимо этого, в массаж обязательно надо включать специальные упражнения, которые выполняются под руководством массажиста после массажа суставов. На первых трёх-четырёх процедурах следует выполнять упражнения с облегчением, пассивные и активные, без преодоления силы тяжести конечности. С этой целью все движения осуществляются в горизонтальной плоскости. Для сгибателей и разгибателей в положении больного на боку, для отводящих и приводящих мышц в положении на спине. При последующих процедурах упражнения выполняются с преодолением тяжести конечности. После массажа пальцев и кисти проводят сгибания, разгибания, отведения, приведения пальцев, противопоставление большого пальца остальным. Для выполнения изолированных движений в концевых фалангах массажист держит пальцы в прямом положении, не допуская сгибания в средних фалангах. При движениях в средних фалангах фиксируют пястнофаланговые суставы. Для кисти выполняется отведение в лучевую сторону, сгибание, разгибание, круговое движение в обе стороны. Массажист держит предплечье больного в нижней трети (несколько выше лучезапястного сустава). В локтевом суставе выполняют сгибание, разгибание. Супинацию и пронацию применяют при разогнутой руке, а также при согнутой в локтевом суставе. В плечевом суставе проводят сгибание, разгибание, отведение, круговые движения. Если выполнение упражнений усиливает боли, целесообразно осуществлять качательные движения, опустив руку на лямку (которую держит массажист). Нельзя допускать компенсаторное движение- поднимание плеча при сгибании руки в плечевом суставе. Для пальцев ног применяют сгибание, разгибание, разведение, отведение первого пальца, придерживая метаторсофаланговые и межфаланговые суставы, помогают сгибать и разгибать концевые фаланги. В голеностопном суставе- сгибание, разгибание, отведение, приведение, круговые движения. В коленном суставе- сгибание, разгибание, опустив ногу с кушетки, качательные движения. Для тазобедренного сустава- сгибание, разгибание, отведение, приведение, ротация внутрь и кнаружи. После постельного режима ослабляются мышцы стопы и голени и во время ходьбы вследствие опущения свода стопы возникают боли в области головки третьей плюсневой кости. В этих случаях больные с целью щажения фиксируют стопу в разогнутом положении (в положении тыльного сгибания), опираясь, в основном, на пятку и первый палец, а остальные четыре пальца держат резко разогнутыми. Это создаёт напряжение мышц и тугоподвижность суставов. Во время массажа стопы и голени на это следует обращать особое внимание и не допускать развития указанных порочных положений. При проведении пассивных движений амплитуда не должна превышать физиологических норм подвижности суставов. Вначале массажист проводит пассивное движение 1-2 раза и после этого больной активно повторяет упражнение 2-3 раза. Совместно с р. Г. Тарханяном разработана методика сегментарного массажа для применения в комплексном лечении при ревматоидном артрите.

Методика сегментарного массажа

положение больного лёжа на животе, голова в плоскости туловища повёрнута в сторону, противоположную массируемой, руки вдоль туловища, стопы свешиваются за край кушетки. Массируют вначале одну половину спины, затем другую, потом шею и руки. При поражении суставов ног массируют ноги и поясницу. Массаж начинают с поверхностного граблеобразного поглаживания спины концами полусогнутых пальцев, в направлении от позвоночника к заднеподмышечной линии, начиная от уровня восьмого-седьмого грудного позвонка, пальцы массажиста двигаются вверх к шейному отделу. Продолжительность приёма одна-две минуты до появления лёгкого покраснения кожи. Затем проводят растирание кожи над длинной мышцей спины, надавливая подушечками третьего-четвёртого пальцев, поставленных под углом 30-40 градусов на эту область. Растирание осуществляют вдоль позвоночника таким образом, чтобы при давлении пальцев вперёд перед ними образовывался валик. Для усиления давления ладонь свободной руки накладывают на тыл массирующей. Массажные движения начинают с уровня восьмого-седьмого грудного позвонка вверх, параллельно позвоночнику, заканчивая на уровне первого грудного. Повторяют приём 3-4 раза, до появления на коже полосы покраснения. После этого проводят приём накатывания мягких тканей спины. Для этого большие пальцы обеих рук ставят вдоль позвоночника так, чтобы концы пальцев прикасались друг к другу, а остальными захватывают мягкие ткани и плавно перекатывают их, не отрывая большие пальцы и продвигая руки по заднеподмышечной линии так, чтобы перед ними образовывался валик. Приём начинают на уровне восьмого-седьмого грудного позвонка и заканчивают на уровне первого, повторяют 3-4 раза. Затем отодвигают края длинной мышцы, приём осуществляется концами третьего-четвёртого пальцев, перпендикулярно поставленных в углубление между остистыми отростками грудных позвонков и внутренним краем длинной мышцы спины, сдвигают мышцу в сторону от позвоночника на пол-один сантиметр короткими движениями так, чтобы пальцы не соскальзывали на мышцу. Приём повторяют 2-3 раза. После этого сдвигают аналогичным движением наружный край длинной мышцы спины в направлении к позвоночнику. Приём выполняют также в направлении снизу вверх, повторяют 2-3 раза. Затем переходят к растяжению ромбовидных мышц, ладонной поверхностью первых фаланг трёх пальцев проводят растяжение ромбовидных мышц в направлении от позвоночника к лопатке и сверху вниз. При этом массажист кладёт ладонь свободной руки на тыл массирующей для усиления действия. Приём повторяют 2-3 раза, на уровне от седьмого шейного до четвёртого-пятого грудного позвонка. После этого проводят растяжение межрёберных мышц, левую кисть с раскрытыми пальцами ладонью кладут на спину, концы пальцев должны находиться у заднеподмышечной линии, кисть правой руки устанавливают так, чтобы её пальцы находились на пальцах левой кисти (большие пальцы не участвуют), затем надавливая растягивают межрёберные мышцы в направлении к позвоночнику, заканчивая приём у остистых отростков позвонков. Повторяют приём 2-3 раза. Затем массируют мышцы лопатки, ладонной поверхностью первых фаланг трёх пальцев одной руки растягивают мышцы от внутреннего края лопатки в направлении к плечевому отростку. Другая кисть на тыле массирующей для усиления действия. Ость лопатки обходят. Повторяют приём 2-3 раза. Следом за этим массируют подлопаточные мышцы, массажист одной рукой прижимает плечо вниз, а кончиками пальцев другой старается проникнуть под лопатку и круговыми движениями производит растирание. Повторяют приём 2-3 раза. Последующее разминание наружного края широчайшей мышцы спины проводят двумя руками с захватом края мышцы. Разминают снизу вверх, начиная от нижнего отдела мышцы и заканчивая у подмышечной ямки, где следует насколько это возможно растянуть край мышцы. Повторяют приём 2-3 раза. Затем переходят к разминанию трапециевидной мышцы, для этого двумя руками обхватывают её верхний край и s-образными движениями производят разминание в направлении от шеи к плечу. Заканчивают приём растяжением верхнего края мышцы. Повторяют 2-3 раза. После этого избирательно массируют обнаруженные уплотнения, болезненные точки и зоны гиперестезии, применяя поглаживание, круговое растирание, штрихование, сдвигание, растяжение, сдавливание, надавливание. Заканчивают массаж спины лёгким поглаживанием. Точно также проводят массаж второй половины спины. Во время последующего массажа шеи положение больного то же, но руки положены под лоб. Короткими движениями растягивают область вокруг седьмого шейного позвонка третьим и четвёртым пальцами с отягощением другой рукой в направлении от остистого отростка седьмого шейного позвонка во все стороны. После этого осторожно с небольшим давлением сдвигают мышцы шеи от остистых отростков позвоночника в сторону, такими же движениями сдвигают наружный край трапециевидной мышцы. Далее концами пальцев обеих рук одновременно растирают места прикрепления мышц шеи к затылочной кости, вдоль затылочных бугров, кругообразными движениями с умеренным давлением. Затем поперечным разминанием мягко и осторожно массируют все мышцы задней поверхности шеи. Массаж шеи заканчивают поглаживанием в направлении от затылочных бугров вниз, вдоль шеи к плечевым суставам. После этого массируют руки, начиная с пальцев. Производят разминание мышц пальцев, кисти, растирание ладони, стараются смещать пястные кости по отношению друг к другу. Затем производят растирание, отжимание и разминание мышц предплечья и плеча, уделяя особое внимание плечелучевой мышце, поверхностному сгибателю пальцев, общему разгибателю пальцев, двуглавой, трёхглавой и дельтовидной мышце. Продолжительность процедуры массажа 20-25 минут (12-15 минут спина и по 3-5 минут руки). Сегментарный массаж проводится с учётом самочувствия больного, во время процедуры он должен ощущать тепло в массируемой области. Усиление болей в суставах, появление головных болей являются основанием для прекращения сегментарного массажа. Необходимо учитывать возраст больного. Для лиц в возрасте от пятнадцати до пятидесяти лет целесообразен более интенсивный массаж, лицам старше пятидесяти лет показан массаж средней силы. При астенической конституции следует избегать болевых ощущений, при гиперстенической- появление болевых ощущений допустимо. Показания: минимальная активность процесса, первая стадия заболевания, первая степень нарушения функции суставов с преобладанием пролиферативных изменений. Противопоказания: выраженная болезненность мышц шеи или надплечья, гипертоническая болезнь выше второй а стадии, общие для назначения массажа. Как классический, так и сегментарный массаж назначают ежедневно или через день. На курс лечения 12-15 процедур.

Сочетание массажа с другими методами лечения

массаж при заболеваниях суставов применяется в комплексе с медикаментами, гормонами, витаминами. Особенно эффективно сочетание его с лечебной гимнастикой, гимнастикой в ванне и бассейне и различными физическими методами лечения. Массаж сочетается с минеральными ваннами (радоновые, сульфидные, хлоридные натриевые, мышьяковые, йодобромные), грязелечением, хороший эффект достигается в случае применения у больных ревматоидным артритом индуктотермии, дециметроволновой терапии, ультрафиолетового облучения, облучения длинными ультрафиолетовыми лучами, электрического поля ультравысокой частоты, электрофореза кальция в непрерывном и импульсном режиме, ультразвука, импульсного тока по методике электросна. Во время приёма ванн массаж можно назначать ежедневно. При лечении другими физическими методами с локальным приложением их на поражённые суставы массаж чередуют по дням с этими факторами. Если процедуры назначены на поясничную или другую область вне поражённых суставов, массаж можно применять ежедневно. В случае приёма эритемных доз ультрафиолетового облучения массаж на эту область назначают спустя 2-4 дня после облучения. При артрозах благоприятно сочетание массажа и гимнастики в бассейне. Массаж можно применять как до, так и после физиотерапевтических процедур, лечебной физической культуры. Если выражен болевой синдром, с целью уменьшения болей массаж целесообразно назначать после лечебной гимнастики. При контрактурах, значительном напряжении мышц массаж желательно применять до лечебной гимнастики. В острой стадии ревматоидного артрита при выраженных экссудативных явлениях в суставе для предотвращения контрактур и деформаций следует несколько раз в течение дня менять положение конечностей и придавать поражённым суставам функционально выгодное положение. При снижении температуры назначается утренняя гигиеническая гимнастика. В подострой стадии с экссудативно-пролиферативными изменениями в суставе назначается лечебная гимнастика. Начинают её с обучения расслаблению мышц, а затем включают активные упражнения для непоражённых суставов. Важно также укрепить мышцы спины и конечностей. Специальные упражнения для поражённых суставов применяются после уменьшения мышечного напряжения, вначале используют пассивные движения, а затем активные упражнения с элементами облегчения. По мере увеличения амплитуды движений в суставе следует укреплять силу мышц, окружающих сустав. Во время процедур лечебной гимнастики не следует усиливать болевых ощущений и, постепенно включая все суставы, необходимо осуществлять движение по всем осям сустава, чередуя с расслаблением и дыхательными упражнениями. При наличии анкилозов следует применять физические упражнения для близлежащих суставов и не упражнять анкилозированные. Механотерапия на маятниковых аппаратах является обязательным дополнением массажа и лечебной гимнастики при ревматоидном артрите. При первой степени функциональной недостаточности, при минимальной и средней активности процесса процедуры механотерапии можно проводить более активно. Груз на маятнике можно устанавливать сразу от двух килограмм ста шестидесяти грамм и постепенно увеличить до пяти (в зависимости от величины сустава). Время процедуры с пяти-десяти минут, через 4-5 дней можно довести до двадцати пяти минут. При второй степени функциональной недостаточности, при той же активности процесса процедуры механотерапии проводить осторожнее, массу груза на маятнике начинать от одного килограмма восьмидесяти грамм и увеличивать его постепенно. Время процедуры с пяти постепенно увеличивать до двадцати пяти минут. При третьей степени функциональной недостаточности процедуры механотерапии лучше начинать без груза, с тем, чтобы облегчить больному первые процедуры, а затем прибавлять массу груза весьма осторожно. Постепенно увеличивать время процедуры. Такой же тактики надо придерживаться при умеренной, средней и выраженной гипотрофии мышц конечностей. При выраженной активности процесса с экссудативным компонентом воспаления в суставе лучше временно воздержаться от назначения процедур механотерапии на данные суставы, прорабатывая близлежащие.

Массаж при анкилозирующем спондилоартрите (болезнь бехтерева -штрюмпелля -мари)

заболевание характеризуется прогрессирующим поражением позвоночника. На рентгенограммах выявляется поражение крестцово-подвздошного сочленения, которое заканчивается анкилозом, остеопороз тел нижних поясничных позвонков, анкилозирующий процесс в рёберно-позвоночных сочленениях. В остром периоде заболевание характеризуется болями, повышением температуры, лейкоцитозом, увеличенной соэ, в дальнейшем развивается деформация позвоночника- круглая спина, кифоз, уплощение поясничного лордоза. Движения в позвоночнике сначала ограничены в некоторых отделах, а затем может наступить полная неподвижность. Развивается статико-динамическая недостаточность позвоночника. Выражена утомляемость мышц спины, их напряжение, боли в спине, поясничной области, конечностях корешкового характера. Массаж применяется в комплексе с лечебной гимнастикой, физическими факторами. Массаж показан в период стихания остроты процесса и в дальнейшем в хронической стадии. Область массажа: спина, живот, грудная клетка, конечности (последние при корешковом синдроме). Задачи массажа: улучшить кровообращение, содействовать сохранению движений, укреплению мышц и нормализации их тонуса, способствовать уменьшению боли и чувства утомления мышц. Методика массажа спины направлена на то, чтобы вначале уменьшить напряжение мышц, а затем укрепить их. Важен массаж плечевых и тазобедренных суставов при ограничении их подвижности. Применяются все приёмы массажа, процедуру начинают с общего недифференцированного массажа спины, а затем постепенно оказывают специальное локальное воздействие на область поражения и суставы. При ограничении дыхательных экскурсий целесообразен массаж груди. В случаях корешковых синдромов (пояснично-крестцового или шейно-грудного) следует применять соответствующую методику. Длительность процедуры 15-20 минут, на курс лечения назначают 20-25 процедур. Повторные курсы массажа можно назначать после перерыва не менее двух-трёх недель. В. Н. Мошков рекомендует при сочетании с грязелечением последовательность: грязь - лечебная гимнастика- массаж. Противопоказания к назначению массажа: острая фаза течения ревматического процесса, острая фаза течения сочетанного заболевания ревматическим и ревматоидным артритом, наличие сопутствующих заболеваний, при которых массаж не назначают, артриты туберкулёзной этиологии в активной стадии, новообразования костей и суставов, хронический остеомиелит.

Массаж при травмах опорно-двигательного аппарата

массаж широко применяется при ушибах мягких тканей, растяжениях связок, мышц и их сухожилий, переломах и их последствиях. Задачи массажа: усилить кровообращение и обмен в зоне повреждения, уменьшить болевые ощущения, способствовать рассасыванию экссудата, инфильтратов, кровоизлияний, при переломах ускорить образование костной мозоли, снять напряжение мышц, уменьшить их гипотрофию, способствовать восстановлению нормального объёма движений, противодействовать образованию контрактур. А. Ф. Вербов, и. М. Саркизов-серазини разработали рекомендации по массажу при травмах. Массаж при ушибах :ушибы- это повреждения мягких тканей, при которых сохраняется целость наружных покровов. При значительном ушибе могут быть разрывы кровеносных сосудов, мышц, нервов, гемартрозы. Основные проявления ушиба: боль, припухлость, местное кровоизлияние с повышением температуры кожи в области ушиба. При проникновении инфекции возникают гнойные воспаления. Массаж показан со второго-третьего дня при отсутствии разрывов крупных сосудов и мышц, тромбозов вен. А. Ф. Вербов назначает массаж с первого-второго дня. Массаж начинают выше места повреждения для усиления оттока из области ушиба. Используют приёмы поглаживания и лёгкого разминания в направлении к лимфатическим узлам в течение десяти-пятнадцати минут. После этого массируют место ушиба. И. М. Саркизов-серазини советует дозировать интенсивность воздействия по ощущениям больного. Не усиливая боли, следует на первой процедуре проводить попеременное и концентрическое поглаживание по направлению хода лимфатических путей. При нерезких болях можно осторожно присоединить растирание и разминание подушечками пальцев, положенными плашмя, чередуя с поглаживанием. В области, где мало мышц, эти приёмы делают подушечками больших пальцев, а на бедре, ягодицах- основанием ладони. Длительность процедуры 18-20 минут. На первой процедуре при отсутствии резких болей добавляют пассивные движения и активные упражнения с помощью массажиста или здоровой конечности. На следующей процедуре приёмы те же, но подушечки пальцев располагают перпендикулярно массируемой области. С третьей процедуры усиливают интенсивность воздействия и увеличивают число физических упражнений. А. Ф. Вербов подчёркивает необходимость перед процедурой хорошо расслабить мышцы и проводить массаж в физиологическом положении конечности. Первые две-три процедуры массажа проводят выше места травмы приёмами поглаживания и растирания. Начиная с четвёртой-пятой процедуры, в массаж включают область повреждения, руководствуясь уменьшением выраженности реактивных явлений- исчезновением пастозности, нормализацией температуры общей и местной и уменьшением болей при пальпации. В этот период добавляют лёгкое разминание в различных направлениях, чередуя с поглаживанием, и раздельно массируют отдельные мышцы или группы мышц. Автор предостерегает от применения рубления и поколачивания в первые дни после травмы.

Массаж при растяжениях

растяжение суставов- это разнообразные их повреждения, без смещения суставных поверхностей. При этом могут страдать связки, места их прикрепления, синовиальная оболочка суставов, хрящ, окружающая сустав клетчатка, сухожилия, мышцы, сосуды, нервы. При растяжении различают неполные разрывы, отрывы в местах прикрепления связок к костям, отрывы с частями костей, трещины в суставных концах костей. В момент травмы возникает острейшая боль при попытке сделать движение, вскоре появляется припухлость и воспаление в суставе. Как осложнение при тяжёлых повреждениях формируется воспалительный процесс в суставе и в последующем его тугоподвижность. И. М. Саркизов-серазини считает необходимым назначение массажа на второй-третий день после растяжения. Поражённую конечность укладывают в несколько возвышенном положении и начинают массаж выше места повреждения, используя поглаживание и разминание. Затем массируют повреждённый сустав приёмами поглаживания и растирания, причём при массаже охватывают прилежащие сухожилия мышц и мышцы. Пальцами следует по возможности проникнуть в глубину сустава. После этого массажист делает пассивные движения в суставе (сгибание и разгибание). С третьего-четвёртого дня массажные воздействия следует усилить, добавить активные упражнения. На пятый-шестой день увеличивают амплитуду активного сгибания и разгибания, добавляют пассивные движения (вращение или отведение-приведение) и более энергично массируют. Автор указывает, что наиболее сложен массаж коленного сустава. Положение конечности на подставке или на колене массажиста. Ногу после массажа приподнятой прямой ноги надо согнуть в колене и, поглаживая, растирать сустав по бокам надколенника, следует стремиться выжать жидкость в соседние мягкие ткани. При этом важно, чтобы пальцы массажиста плотно прилегали к суставу и не допускали возврата i отжимаемого от сустава тока жидкости. Растирают коленный сустав в такой последовательности: пальцы рук лежат с обеих сторон верхней пазухи, скользят вниз, сбоку от надколенника до суставной щели, далее до подколенной ямки, затем опять к надколеннику и к бугру большеберцовой кости. После этого массажное движение снова продолжают к подколенной ямке и к сухожилиям мышц. Завершают процедуру пассивными и активными упражнениями. А. Ф. Вербов считает необходимым применять упражнения в процессе массажа или после него и начинать с активных упражнений, не вызывая усиления боли. Если же болевой синдром и отёчность значительно выражены, то автор рекомендует активные упражнения только для близлежащих неповреждённых суставов с фиксированием больного сустава во избежание усиления боли. Мы также рекомендуем начинать с активных движений, так как объём возможного пассивного движения неизвестен массажисту и, проводя пассивное движение, можно вызвать усиление боли. А. Ф. Вербов, и. М. Саркизов-серазини подчёркивают, что при повреждениях суставов или близлежащих от них тканей обязательно следует массировать сухожильные слизистые сумки, завороты суставов. И. М. Саркизов-серазини считает необходимым стремиться во время массажа раздавить плотные части экстравазатов, экссудатов и удалять их в направлении лимфатических путей. А. Ф. Вербов рекомендует длительность процедуры от пяти-десяти минут 1-2 раза в день, постепенно увеличивая её до пятнадцати-двадцати минут. И. М. Саркизов-серазини с первой же процедуры допускает длительность её до двадцати пяти-тридцати минут. Нам представляется, что этот вопрос решается по индивидуальным показаниям с учётом характера травмы, состояния больного и может варьировать в указанных авторами пределах. Массаж при вывихах начинают после вправления и временной иммобилизации, проводят по методике, применяемой при растяжениях.

опорный двигательный массаж лечение

Массаж при переломах

переломы костей делят на закрытые и открытые (при последних нарушается целость кожных покровов). При переломах повреждаются в различной степени мягкие ткани- клетчатка, мышцы, сосуды, нервы. При переломах костей возникает боль, припухлость, изменяется конфигурация, нарушается функция движения. Сращение после переломов возникает в результате образования костной мозоли. Этот процесс длительный и зависит от характера перелома, толщины кости, возраста. Массаж и лечебная гимнастика являются обязательными элементами лечения при закрытых переломах. Массаж противопоказан при открытых переломах. По а. Ф. Вербову при закрытых переломах массаж назначают со второго-третьего дня после травмы. Если конечность иммобилизована в гипсовой повязке, целесообразен массаж вибрационным аппаратом на соответствующую рефлекторно-сегментарную область. При переломах руки- это шейно-затылочный и верхнегрудной отделы, в области выхода корешков справа и слева. При переломах ноги массируют нижнегрудной и поясничный отделы. В случае необходимости в гипсе делают окошко для вибрационного массажа этих зон. При исчезновении острых явлений вибрационный массаж проводят от подошвы (от ладони). Со второй недели после перелома костей предплечья, голени вырезают отверстие в гипсе и назначают 2-3 раза в день лёгкую вибрацию аппаратом на месте перелома (продольно и поперечно). При переломах плеча и бедра эту же процедуру начинают с третьей недели. Рекомендуется также массаж здоровой конечности для рефлекторного влияния на травмированную. Обязательно несколько раз в день больному рекомендуют производить мысленно посылку импульсов к движению. В. М. Атаев методом электромиографии убедительно доказал, что при включении в лечебную гимнастику мысленного воспроизведения движений в сочетании с дыхательными упражнениями при иммобилизации уменьшается выраженность иммобилизационных контрактур и сокращаются сроки восстановления полного объёма движений. А. Ф. Вербов считает целесообразным при переломах ноги вырезать окошко в области надколенника для массажа и выполнения пассивных и активных упражнений (игра коленной чашечки). При скелетном вытяжении автор рекомендует со второго-третьего дня выполнять физические упражнения здоровой конечностью. Нам представляется необходимым проводить лечебную гимнастику не только для здоровой, но и на доступных участках для повреждённой конечности, исключая место перелома, назначать массаж с целью снижения тонуса мышц. Для этого же автор советует использовать вибрацию аппаратом. Такой массаж применяют ежедневно 2-3 раза в день по 3-5 минут. Из приёмов ручного массажа используют вначале поглаживание, затем добавляют растирание, неэнергичное разминание. Продолжительность массажа увеличивают постепенно до пятнадцати-двадцати минут. После снятия гипсовой повязки или окончания вытяжения применяют неэнергичный отсасывающий массаж, то есть массируют область выше места перелома с целью улучшения лимфо- и кровообращения. Место перелома следует массировать, используя прерывистое поглаживание, чтобы не слишком раздражать кожу, в которой после гипса нарушена трофика. При замедленном образовании костной мозоли целесообразно энергичное воздействие на область перелома: прерывистое поглаживание, рубление, похлопывание, поколачивание деревянным молоточком (турнер г. И. Вегнер к. Ф.). В тех случаях, когда костная мозоль избыточна, область перелома не массируют. И. М. Саркизов-серазини в период иммобилизации в гипсовой повязке рекомендует применять вибрационный массаж через гипс. В период образования костной мозоли при задержке сращения дополнительно к массажу назначают самомассаж в виде поколачивания области перелома подушечками пальцев несколько раз в день. Автор на основании своего опыта подчёркивает, что при внутрисуставных переломах он не наблюдал при применении массажа обызвествления мышц в области сустава или образования слишком большой мозоли, в связи с этим он считает недостаточно обоснованным выдвигаемое некоторыми авторами противопоказание к применению массажа при внутрисуставных переломах. Наряду с этим автор подчёркивает, что после недавнего заживления инфицированных ран массаж следует назначать осторожно после исчезновения воспалительных явлений. Мы полагаем, что при внутрисуставных переломах массаж не показан. При открытых переломах и замедленном образовании костной мозоли следует применить интенсивный массаж здоровых областей тела. Эффективность массажа, по данным и. М. Саркизова-серазини, значительно повышается при сочетании его с лечебной гимнастикой, проводимой после тепловых процедур и массажа. На курс назначают 30-40 процедур. Мы считаем целесообразным проведение повторных курсов массажа с перерывами между ними не менее двух недель, при наличии остающихся тугоподвижности, мышечных контрактур.

Массаж при контрактурах

а. Ф. Вербов предлагает при рубцовых контрактурах на стороне растянутых, ослабленных мышц применять вначале плоскостное глубокое, затем обхватывающее непрерывистое и прерывистое поглаживание, лёгкое поколачивание, непрерывистое разминание. Для растяжения спаек использовать сдвигание, подёргивание, растяжение, стегание. При контрактурах следует добиваться расслабления мышц и воздействовать плоскостным и обхватывающим непрерывистым поглаживанием, полукружным растиранием, в чередовании с обхватывающим непрерывистым поглаживанием в восходящем и нисходящем направлениях. В тех случаях, когда нет повышенного тонуса мышц, лучше проводить разминание и поколачивание. Для снижения повышенного тонуса мышц целесообразна нежная вибрация электровибратором. Во время массажа и после него следует руками растягивать мышечные контрактуры. Особенно важно применять массаж в сочетании с лечебной гимнастикой, физическими методами лечения. А. Ф. Вербов предлагает следующий порядок применения указанных процедур: при глубоких рубцах, миофиброзе: бальнеотерапия (или лечебная грязь) или тепловые процедуры и массаж с лечебной гимнастикой. При сосудистых нарушениях после переломов: отсасывающий массаж и лечебная гимнастика. Для устранения тугоподвижности суставов во время энергичного массажа применять физические упражнения, не усиливая боли в суставе. Автор подчёркивает, что после перелома наступает ряд изменений в мягких тканях- коже и мышцах. Так, кожа истончается или грубеет, теряет эластичность, в мышцах и в толще подкожножировой клетчатки образуются Уплотнения различной величины и формы (величиной от зерна до горошины), иногда болезненные. Врач, назначая массаж, должен обращать внимание массажиста на эти изменения, а массажист- уметь их обнаруживать. При этих осложнениях процедуру начинают с отсасывающего массажа, воздействуя приёмами поверхностного и обхватывающего непрерывистого поглаживания, чередуя со спиралевидным растиранием в различных направлениях. При выполнении приёмов не следует задерживаться у суставов и лимфатических узлов, движение должно идти непрерывно по всей конечности. После этого отсасывающего подготовительного массажа специальное воздействие оказывают на отдельные сегменты. При этом для воздействия на кожу применяют попеременно нежное поглаживание и разминание надавливанием, сжатием, растяжением и пощипыванием. При фиброзных рубцовых сращениях мягких тканей используют приёмы сдвигания, подёргивания, растяжения, стегания в чередовании с растиранием и поглаживанием. Показан также вибрационный массаж, штрихование по лейбе и дике. Избирательно следует массировать уплотнения в мышцах (миогелозы) приёмами поглаживания, растирания, разминания. Автор подчёркивает, что в этих случаях не следует применять тальк и смазывающие вещества, чтобы не уменьшать чувство осязания.

Массаж ампутационной культи

культя после ампутации должна быть подготовлена к протезированию. В числе методов подготовки важная роль принадлежит массажу, описанному а. Ф. Вербовым. В дальнейшем для постоянного пользования протезом необходимо сохранять хорошее функциональное состояние культи. Мы провели наблюдения по применению массажа с этой целью у больных с фантомными болями, длительно пользующихся протезами. Задачи массажа: при подготовке культи к протезированию способствовать созданию правильной формы культи, восстановлению трофики кожи, силы мышц и объёма движений в культе, противодействовать образованию контрактур и неправильных положений. При длительном пользовании протезом необходимо сохранить хорошую трофику тканей, силу и тонус мышц. С этой целью нужно улучшать лимфо- и кровообращение в культе, способствовать уменьшению боли (если она имеется), увеличивать силу мышц. Здоровую ногу необходимо массировать для снятия утомления. При необходимости пользоваться костылями массаж способствует сохранению нормальной трофики тканей рук, его применяют для снятия утомления мышц рук. Во время подготовки культи к протезированию массаж начинают после снятия операционных швов. Применяют все виды поглаживания, растирания, разминания вне шва. При образовавшемся рубце особенно необходимо разминание. Для создания опоры проводят вибрацию в различных её модификациях с поколачиванием руками и деревянным молоточком, обшитым войлоком, рубление, стегание. Необходим специальный массаж сохранившихся мышц в культе, а также вышележащих сегментов конечностей. Продолжительность процедуры постепенно увеличивают с пяти-десяти до пятнадцати-двадцати минут. Обязательно следует сочетать массаж с лечебной гимнастикой. Специальные упражнения включают мысленную посылку импульсов к сокращению мышц, пассивные и активные упражнения для культи конечности. Необходимы упражнения для здоровых конечностей и туловища в равновесии и координации. В специальных упражнениях применяют давление культи на подставки с ватой, песком и без них. При длительном пользовании протезом мы применяли поглаживания, растирания, разминания и неэнергичную вибрацию для культи, массировали все оставшиеся сегменты конечности, поясничную область при культе нижних конечностей. Для тех, кто пользуется костылями, назначали массаж рук и пояса верхних конечностей. Массаж применяли через день, в дни, свободные от физиотерапевтических процедур на культю. На курс лечения назначали 20-25 процедур. Противопоказания: травмы костей, суставов и мягких тканей, сопровождающиеся повышенной температурой, обширным отёком, инфицированные травмы с нагноением, каузальгические боли в культе, острый тромбофлебит.

Массаж при заболеваниях позвоночника: массаж при сколиозах: сколиоз- это искривление позвоночника во фронтальной плоскости. Определяют сколиоз по той стороне, куда обращена выпуклость дуги искривления. Различают простой сколиоз, когда имеется один изгиб, и сложный сколиоз с образованием двух или трёх изгибов в разные стороны. Эти деформации могут быть врождёнными и приобретёнными. Приобретённые сколиозы возникают после рахита, параличей, при радикулитах. Нарушения статики при поражениях тазобедренного сустава, косом стоянии таза с укорочением конечности также приводят к сколиозу. Наиболее распространены идиопатические сколиозы, причина которых не ясна. При сколиозе первой степени голова опущена, плечи сведены, выражена сутуловатость, надплечье на стороне сколиоза выше другого, угол лопатки отстаёт, отмечается некоторая асимметрия талии. Дуга искривления лучше определяется при наклоне вперёд, если вести палец по остистым отросткам позвонков. В положении стоя при требовании стоять прямо сколиоз может исчезать. При сколиозе второй степени появляется торсия (поворот вокруг вертикальной оси), выражена асимметрия всех контуров шеи, корпуса. Намечается нарушение параллельного расположения линий пояса верхних и нижних конечностей, таз на стороне сколиоза опущен, в поясничном отделе на стороне сколиоза выражен мышечный валик, а в грудном отделе появляется выпячивание. В положении стоя при активном напряжении мышц искривление не исчезает, остаётся оно и в положении лёжа. На рентгенограмме угол искривления от шести до двадцати пяти градусов. Сколиоз третьей степени характеризуется большей выраженностью этих признаков с резкой торсией, рёберным горбом, западением рёбер и мышечными контрактурами. На стороне вогнутости резко западают мышцы и рёберная дуга сближается с гребнем подвздошной кости. Ослабляются мышцы живота, передние рёберные дуги выбухают. Нередки боли в спине. На рентгенограммах угол искривления от двадцати пяти до сорока пяти градусов. При сколиозе четвёртой степени отмечается резкая деформация с усилением всех описанных симптомов: мышцы в области сколиоза значительно растянуты. В зоне вогнутости грудного сколиоза рёбра западают, а впереди возникает рёберный горб. Задачи массажа: улучшить лимфо- и кровообращение, укрепить мышцы спины и нормализовать их тонус, уменьшить ощущение усталости мышц, содействовать коррекции искривления не только позвоночника, но и всего туловища, при наличии боли уменьшить её проявление. Массаж показан при сколиозе всех степеней при консервативном и оперативном его лечении. Методика массажа при этом заболевании детально разработанна а. М. Рейзман и ф. И. Багровым. При сколиозах назначают массаж спины и живота. При сколиозе первой степени применяют все приёмы массажа для укрепления мышц. Сколиоз второй и третьей степени требует дифференциации методики с учётом особенностей клинических форм поражения. Применяются все приёмы массажа на ослабленные и мягкая вибрация на сокращённые мышцы. На рёберный горб применяют лёгкое постукивание пальцами. Во время процедуры больного укладывают на ровную горизонтальную поверхность в положении на спине, животе, на боку. Не рекомендуется применять вазелин и тальк. В положении на животе руки располагают вдоль туловища или они согнуты перед грудью, голова лежит прямо или повёрнута в сторону, противоположную грудному сколиозу. В положении на боку (противоположном стороне грудного сколиоза) одну руку укладывают под голову, другой рукой больной упирается перед грудью для сохранения равновесия. В положении на спине руки лежат вдоль туловища, под головой находится небольшая подушка. Авторы подчёркивают необходимость соблюдения массажистом определённой последовательности исходных положений в отношении массируемых участков. При двойном искривлении позвоночника в разных его отделах спина условно разделяется на четыре отдела- два грудных и два поясничных, на каждый из которых избирательно применяют различные приёмы. Кроме того, массируют пояс верхних конечностей, переднюю поверхность грудной клетки, боковую её поверхность со стороны грудного сколиоза. Массаж спины в начале процедуры проводят не избирательно, приёмами общего поверхностного и глубокого поглаживания. Затем проводят дифференцированное воздействие на указанные выше отделы, начиная с грудного. Массажист должен находиться на стороне массируемого участка. В области рёберного горба необходимо тонизирующее воздействие приёмами поглаживания, растирания, разминания и вибрации с похлопыванием пальцами, не допуская сильных ударов. Для укрепления трапециевидной (средней и нижней порции) и ромбовидной мышц массажист активно приводит лопатку к средней линии, удерживает рукой отведённое назад плечо или подкладывает валик для его фиксации. В этом положении массируют мышцы межлопаточной и лопаточной областей. Верхнюю порцию трапециевидной мышцы необходимо расслаблять лёгкими вибрирующими движениями. После этого воздействуют на выпуклую часть рёберных дуг, стремясь механическими приёмами сгладить деформацию. Для этого тыльной поверхностью кисти (с разогнутыми пальцами) мягкими движениями надавливают на выступающие рёбра, кисть двигается в направлении боковой поверхности грудной клетки, сглаживая и снижая высоту горба. Также надавливают на рёбра вдоль горба. Затем массажист переходит на противоположную сторону и массирует грудной отдел, где рёбра сближены, межрёберные промежутки сужены, а мышцы сокращены. Применяются приёмы для расслабления мышц и расширения межрёберных промежутков, с проникновением в их углубления для растягивания. Массажист должен проникнуть под угол лопатки, что легче осуществляется, если другой рукой он то опускает, то поднимает плечо. Для ослабленных мышц плеча и лопатки следует применять приёмы, укрепляющие их силу. В связи с косым положением таза, поднятым на стороне западения мышц в поясничном отделе, рёберная дуга сближается с крылом подвздошной кости. В этом случае точки прикрепления мышц сближены и массаж должен способствовать их расслаблению, а также расширению расстояния между рёберной дугой и крылом подвздошной кости. Для этого больного укладывают на бок (на стороне поясничного сколиоза), а массажист располагается перед больным. Одну руку кладёт на нижний край грудной клетки, другую- на гребень подвздошной кости и сближает, сдвигает мягкие ткани в зону западения, а затем, отводя руки, растягивает мышцы. Затем охватывает гребень подвздошной кости и тянет его вниз. После этого больного укладывают на живот, а массажист становится на стороне поясничного сколиоза для воздействия на мышечный валик. Начинают с приёмов, расслабляющих мышцы, после чего применяют растирание, разминание, поколачивание пальцами, надавливание на валик пальцами, формирование талии. Для достижения большего эффекта ногу на стороне вогнутости дуги сколиоза приподнимают, а на мышечный валик надавливают параллельно позвоночнику, утюжат (глажка). После этого проводят поглаживание спины. Авторы предостерегают от надавливания в областях западения рёбер и мышц. На передней поверхности грудной клетки на стороне сколиоза контрактура грудных мышц и плечо выступают вперёд. Массажист должен стремиться расслабить, растянуть эти мышцы и восстановить нормальное положение плеча. Для этого плечо захватывают рукой и оттягивают, восстанавливая симметричное положение в отношении другого плеча. На противоположной стороне, где проявляется выбухание рёбер, приёмами надавливания и скольжения ладонями и пальцами оказывается коррекция, после чего проводят приёмы массажа для укрепления мышц этой области. На ослабленные при сколиозе мышцы живота воздействуют обычными приёмами для их укрепления. Длительность процедуры 20-30 минут. После операции по поводу сколиоза авторы рекомендуют назначать массаж на пятнадцатый-двадцатый день. Вначале используют приёмы лёгкого поглаживания, растирания, вибрации, не касаясь рубца. Через 30 дней добавляют разминание и поколачивание в области рёберного выступа. В последующем присоединяют массаж живота и ног. Для ног массаж необходим в связи с тем, что из большеберцовой кости берут трансплантат для позвоночника. Длительность процедуры 20-25 минут. Массаж сочетается с корригирующей лечебной гимнастикой.

Массаж при плоскостопии

лица, страдающие плоскостопием, быстро устают при ходьбе и стоянии, при этом могут возникать боли в стопе, голени. Основными методами профилактики и лечения являются лечебная гимнастика и массаж. Массаж способствует укреплению мышц, уменьшает ощущение утомления в них и боли. Массировать следует стопу и голень, обращая внимание на массаж пальцев и особенно первого. Во время массажа следует проводить корригирующие упражнения вначале пассивно, а затем активно. Массаж сочетают с лечебной гимнастикой и его можно проводить до или после гимнастики. При наличии болей массаж следует назначать после гимнастики.

Список литературы

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

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

3. Бирюков Анатолий Андреевич Массаж в борьбе с недугами Москва "Советский спорт" 1991 год