**Введение**

Радикулит (radiculitis; лат. radicula корешок + itis) - воспалительное и компрессионное поражение корешков спинномозговых нервов. Сочетанное поражение переднего и заднего корешков на уровне их соединения в общий канатик ранее обозначали термином «фуникулит». Распространение патологического процесса на корешки и спинномозговые (корешковые) нервы называют радикулоневритом; воспалительное поражение внутриоболочечной части спинномозговых корешков - менингорадикулитом.

Этиология и патогенез. Наиболее часто причиной радикулита являются дегенеративно-дистрофические процессы в позвоночнике, прежде всего остеохондроз, деформирующий спондилоартроз, а также грыжи межпозвоночных дисков, спондилогенный, дискогенный радикулит может быть обусловлен также гриппом, туберкулезом, бруцеллезом, ревматизмом, сифилисом, цереброспинальным менингитом, хроническим спинальным лептоменингитом, корешковыми формами нейровирусных заболеваний (клещевой энцефалит и др.), экстрадуральными опухолями.

Характер клинической картины радикулита определяется локализацией и функцией поражен корешков. В связи с этим различают шейный, грудной и пояснично-крестцовый радикулит.

Шейный радикулит - поражение (чаще всего) корешков спинномозговых нервов Cv - CVIII вследствие остеохондроза и деформирующего спондилоартроза. Заболевание начинается обычно в возрасте старше 40 лет, нередко имеет затяжное течение с рецидивами. Первым признаком является односторонняя боль в шее и в зоне иннервации пораженного корешка. Боль усиливается при движении головы, распространяется иногда на затылочную и верхнегрудную области (вследствие раздражения шейных узлов симпатического ствола и заднего шейного симпатического нерва). Характерны болевые точки в области шеи - паравертебральные, вертебральные; ограничение движений головы в больную сторону и назад. Иногда наблюдается кривошея. Часто возникает онемение в области кисти. Нарушения чувствительности корешкового типа вначале проявляются гиперестезией, а затем - гипестезией. Двигательные расстройства характеризуются легкой слабостью мелких мышц кисти, их атрофией. При поражении корешков Cv - CVI снижается бицепс-рефлекс, Cvii - CVIII - трицепс-рефлекс и карпорадиальный рефлекс. При нарушении функции корешка CVIII, наблюдается синдром Пти или Бернара - Горнера синдром, а также вегетативно-трофические и сосудистые нарушения на верхней конечности (сухость кожи, гипергидроз, мраморность кожи, похолодание кисти и др.).

Грудной радикулит встречается значительно реже, чем шейный и пояснично-крестцовый. Причиной заболевания обычно являются вирусная инфекция (опоясывающий лишай), реже дегенеративно-дистрофические процессы в позвоночнике (деформирующий спондилоартроз, остеохондроз). Эта форма радикулита возникает также вследствие компрессии корешков спинномозговых нервов опухолью, спаечным процессом. Клинически характеризуется болями в межреберье с ощущением онемения или парестезий. Болевые точки локализуются паравертебрально у соответствующего позвонка, по ходу межреберья на уровне подмышечной линии и у грудины. Отмечается положительный симптом растяжения Нери. При грудном радикулите больные часто сгибают позвоночник в пораженную сторону и держат туловище в таком положении, избегая всякого лишнего движения, чтобы не усилить боль.

Пояснично-крестцовый радикулит - наиболее частая форма радикулита. Имеет в основном спондилогенную природу. Заболевают обычно люди в возрасте 30-50 лет, особенно часто лица выполняющие работу, связанную с избыточными статико-динамическими нагрузками на позвоночник, а также работающие в неблагоприятных температурных условиях. Почти у всех заболевших отмечается рецидивирующее течение заболевания. Клиническая картина характеризуется болями в пояснице и на задней поверхности ноги и по ходу седалищного нерва (ишиас). У 80% больных пояснично-крестцовый радикулит начинается в форме люмбаго или люмбалгии, в 15% случаев боли появляются одновременно в пояснице и по ходу седалищного нерва (люмбоишиалгия) и только у 5% случаев боль вначале возникает по ходу седалищного нерва (ишиалгия). Люмбаго появляется обычно при неловком движении, подъеме тяжести, травме и продолжается от нескольких минут до нескольких дней, нередко возникают повторные приступы. Движения в поясничном отделе позвоночника резко ограничены, отмечается напряжение длинных мышц спины. Симптомы растяжения корешков спинномозговых нервов не выражены.

Лечение больных комплексное с учетом этиологии, патогенеза, стадии и течения заболевания. Применяют лекарственные препараты аналгезирующего, дегидратирующего, антигистаминного, рассасывающего, антигипоксического и седативного действия. При дискогенной природе радикулита для улучшения гемоциркуляции в позвоночном канале назначают венотонизирующие препараты (венорутон, троксевазин, анавенол и т.п.). Применяют витамины, бальнеотерапию, физиотерапию, мануальную терапию, лечебную гимнастику, массаж, ортопедическое лечение. В остром периоде при резком болевом синдроме показаны постельный режим, различные виды новокаиновых блокад с добавлениям гидрокортизона и витамина В12, внутривенное капельное введение смеси эуфиллина, димедрола, реланиума. Болевые зоны орошают хлорэтилом или втирают в них препараты пчелиного и змеиного яда, финалгон. При грыжевом выпячивании диска показано хирургическое лечение. При радикулите инфекционной природы применяют антибиотики широкого спектра действия, кортикостероиды, производные салициловой кислоты.

После стихания острых болей назначают иглоукалывание, электролечение, массаж, лечебную физическую культуру, бальнеотерапию, грязелечение. При рецидивирующем течении и наличии резидуальных явлений показано санаторно-курортное лечение с применением радоновых или сероводородных ванн и грязевых аппликаций.

Прогноз благоприятный. Своевременно начатое комплексное лечение обычно приводит к выздоровлению. Снижение трудоспособности вплоть до инвалидности наблюдается при присоединении ишемии или инфаркта спинного мозга вследствие сдавления либо закупорки радикуломедуллярных артерий и крупных корешковых вен.

Профилактика включает меры, предупреждающие развитие привычного сколиоза у детей, создание оптимальных условий труда с учетом физиологической статики позвоночника, укрепление мышечного корсета и закаливание организма. Для предупреждения рецидивов радикулита рекомендуется спать на непрогибающейся постели, необходимы также ежедневная гигиеническая гимнастика, массаж шейно-плечевой и пояснично-крестцовой областей, ношение пояса, матерчатого корсета. Важное значение имеет предупреждение инфекционных заболеваний.

**Раздел 1. Массаж при радикулите**

При радикулите происходит поражение корешков спинномозговых нервов. Причинами этого заболевания могут быть остеохондроз позвоночника, дистрофия межпозвоночных дисков, заболевания внутренних органов, воспалительные и дистрофические поражения позвоночника, суставов, опухоли периферической нервной системы и т. д. Радикулит может быть пояснично-крестцовым, шейным или шей-но-грудным.

Больные радикулитом испытывают спонтанную боль в области иннервации пораженных корешков, которая усиливается при движениях, чихании, кашле, натуживании; болезненные ощущения при надавливании на остистые отростки позвонков и в паравертебральных точках; слабость. У них наблюдаются гипотрофия мышц в области корешковой иннервации и слабая подвижность позвоночника.

Пояснично-крестцовый радикулит имеет две фазы протекания: корешковую и люмбалгическую. При люмбалгической фазе боль появляется внезапно после переохлаждения или физической нагрузки или нарастает постепенно.

При корешковой фазе заболевания боль значительно сильнее, она отдает в ягодичную область, распространяется по задненаружной поверхности бедра и голени.

Массажные приемы при радикулите те же, что и при остеохондрозе. Но перед тем как делать массаж, нужно иметь представление о течении заболевания. Так, при шейно-грудном радикулите, который сопровождается поражением узлов симпатического ствола, массаж можно применять только после стихания процесса со стороны узлов пограничного симпатического ствола. Все приемы необходимо выполнять в щадящем режиме.

**1.1 Массаж при пояснично-кресцовом радикулите**

Заболевание характеризуется болями в нижних конечностях, пояснично-кресцовой, ягодичной областях, напряжением мышц спины, гипотонией и гипотрофией мышц ягодиц, бедра и голени, болезненными ощущениями при пальпации паравертебральных точек, остистых отростков и точек по ходу седалищного нерва. При этом заболевании рекомендуется проводить массаж, что способствует уменьшению боли, усилению крово- и лимфообращения в поясничной области и конечностях, уменьшению гипотрофии мышц задней поверхности бедра, голени и ягодиц.

Массаж предусматривает воздействие на паравертебральные зоны нижнегрудных, поясничных, крестцовых спинномозговых сегментов ТХII-TIV, LV-LI, SIII-SI.

Массажные приемы выполняются на следующих участках: область спины, поясницы, нижняя конечность, на стороне поражения (задняя и передняя поверхности).

При массаже спины используют поглаживание (прямолинейное и попеременное), выжимание (продольное и клювовидное), разминание на длинных мышцах спины (кругообразное подушечкой большого пальца, кругообразное подушечками четырех пальцев, кругообразное фалангами согнутых пальцев).

При массаже мышц тазовой области все приемы выполняют сначала на здоровой половине, затем - на больной.

При массаже ягодичных мышц проводят поглаживание, выжимание, разминание (ординарное, двойной гриф, двойное кольцевое, кругообразное фалангами согнутых пальцев, кругообразное клювовидное).

При массаже крестца проводят растирание (прямолинейное подушечкой большого пальца, кругообразное подушечками четырех пальцев, кругообразное фалангами согнутых пальцев, кругообразное ребром ладони).

При массаже мышц спины от поясничной области до нижних углов лопаток выполняют выжимание и поглаживание.

При массаже поясничной области выполняют растирание (прямолинейное подушечкой большого пальца по трем линиям, кругообразное подушечкой большого пальца, кругообразное фалангами согнутых пальцев, кругообразное клювовидное).

Следует учитывать, что большую область необходимо массировать в 2-3 раза дольше, с использованием тех же приемов. Все силовые приемы в обязательном порядке перемежаются поглаживаем.

При массаже мышц задней поверхности бедра используют поглаживание, выжимание, разминание (ординарное, двойное кольцевое, комбинированное, ординарно-продольное, кругообразное клювовидное).

При массаже икроножной мышцы применяют поглаживание, выжимание, разминание (ординарное, двойное кольцевое продольное, кругообразное фалангами согнутых пальцев, кругообразное клювовидное).

При массаже на передней поверхности бедра выполняют поглаживание, выжимание, разминание (ординарное, двойное кольцевое, двойное ординарное, кругообразное клювовидное).

При массаже передних мышц голени используют поглаживание, выжимание, разминание (кругообразное подушечками четырех пальцев, кругообразное фалангами согнутых пальцев, кругообразное клювовидное, кругообразное основанием ладони), вибрацию.

При массаже голеностопного сустава выполняют концентрическое поглаживание и приемы растирания.

При массаже тыльной части стопы используют приемы растирания (от основания пальцев к голеностопному суставу).

Болевые точки и места выхода околопозвоночных нервных стволов массируют очень мягко, но тщательно. Используют поглаживание, пальпацию околопозвонковых зон, пальпацию в самих областях болевых точек.

Параллельно лечебному массажу назначают лечебную физкультуру и тепловые процедуры.

**1.2 Массаж при радикулите грудной области**

Как уже отмечалось, радикулит грудной области выявляется достаточно редко. Это связано и с тем, что возникающие симптомы очень похожи на симптомы других заболеваний, и прежде всего болезни сердца. Боли в области сердца, за грудиной, в зоне солнечного сплетения, резкие прострелы в межреберную область, а также прострелы и глухие боли между лопатками часто заставляют делать вывод, что это связано с болезнями сердечно-сосудистой системы. Но правильная диагностика, которая не выявляет отклонений в работе сердца, а также наличие опоясывающей боли в области грудной клетки помогают поставить правильный диагноз - грудной радикулит.

Это заболевание вызывается поражением отделов D1-D6 спинного мозга. Чтобы избежать резких болей в области грудины, больные стараются поменьше двигаться, не поднимать резко руки, не поворачиваться быстро и удерживать тело в зафиксированном положении. Как правило, боли усиливаются при кашле и чиханье.

При выявлении грудного радикулита применяются те же самые меры, что и при лечении шейного радикулита. Во-первых, ношение теплых вещей, которые предохранют тело от переохлаждения, под теплый свитер или кофту можно повязывать шерстяной платок. Во-вторых, прием анальгетиков, уменьшающих боль, в-третьих, жесткий матрац на постели, который позволяет телу оставаться в удобном фиксированном положении во время сна. Необходимы также лечебный массаж и оздоровительные процедуры.

Приемы, используемые при заболевании грудным радикулитом

Щадящий массаж не входит в число основных приемов, он используется лишь в некоторых случаях, при определенных заболеваниях. Грудной радикулит относится именно к таким заболеваниям.

Грудные мышцы массируются достаточно осторожно, чтобы избежать болей в области сердца. Щадящий массаж напоминает прием разглаживание, так как выполняется подушечками пальцев, но без лишнего давления. Пальцы рук движутся по массируемому участку снизу вверх к лимфатическим узлам, находящимся в подмышечных впадинах. Затем движение вверх сменяется движением по диагонали, в этом же направлении выполняется легкое надавливание подушечками больших пальцев. Надавливание производится для того, чтобы наиболее верно определить зону распространения боли. Только после этого следует переходить к основным приемам. Необходимо помнить, что массаж грудной области недопустим, если форма заболевания острая, сопровождающаяся резкой режущей болью.

Одним из массажных приемов, облегчающих боль при грудном радикулите, является растирание. Наиболее часто применяется растирание подушечками и фалангами пальцев. К растиранию опорной частью кисти прибегают редко, так как этот прием более подходит для лечения пояснично-крестцового радикулита. Близость области сердца предполагает деликатный массаж данного участка.

Растирание может выполняться подушечками либо больших пальцев, либо указательного и среднего, либо четырех, соединенных вместе пальцев. На растирание подушечками двух пальцев отводится большее количество времени, при этом массируется узкая область, но на нее оказывается хорошее воздействие. Пальцы чаще всего держатся сомкнутыми, реже - раздвинутыми (наподобие вилки); растирание выполняется как одной, так и двумя руками, в последнем случае одновременно или попеременно.

Растирание подушечками пальцев может выполняться продольно, то есть по ходу мышечных волокон. Движение чаще всего начинается снизу вверх и идет от середины грудины до подмышечной впадины (по направлению к лимфатическому узлу). Если движения производятся двумя руками, то они должны все дальше и дальше расходиться по диагонали, пока не дойдут до искомой точки возле подмышечной впадины. Прием следует выполнять в медленном темпе, чтобы не вызывать болевых ощущений. При появлении последних массаж данного участка тела необходимо прекратить и перейти на другую зону или же отложить сеанс на некоторое время.

Растирание подушечками пальцев может идти не только по диагонали, но и параллельно, снизу вверх. Сверху вниз прием выполняется двумя способами: с помощью опоры (большого пальца) или без нее (большой палец тесно прижат к указательному).

Помимо продольного растирания, при грудном радикулите можно использовать зигзагообразный вариант данного приема. В этом случае массаж выполняется одной рукой. Плавные зигзагообразные движения позволяют массировать достаточно большой участок груди.

Перекрестное растирание проводится двумя руками по принципу скрещивающихся полос. Как только правая рука завершает прием, начинает работу левая, при этом направление движений рук меняется.

Очень часто используются расходящееся и сходящееся растирания. Приемы выполняются обеими руками, при сходящемся растирании движения совершаются сверху вниз или снизу вверх, а указательные пальцы сталкиваются в одной точке. При расходящемся растирании движения идут из одной точки в заданном направлении: снизу вверх или сверху вниз.

Растирание подушечками четырех пальцев выполняется аналогично, но в этом случае давление на массируемый участок производится не двумя, а четырьмя пальцами. Большой палец при этом часто играет роль опоры, но его можно также прижать к указательному пальцу. Весьма целесообразно чередовать массирование двумя и четырьмя пальцами.

Также можно производить растирание подушечками больших пальцев. Четыре остальных пальца согнуты и выполняют роль опоры. При массировании подушечками больших пальцев можно совершать прямолинейное массирование в двух направлениях, а также зигзагообразное, крестообразное, S-образное и кругообразные движения. Для массирования выбирается большой или маленький участок. S-образное растирание лучше всего проводить без опоры на четыре пальца, а кругообразные движения будут сегментарными. Лучше всего при этом сделать опорой полусогнутый указательный палец.

Отдельно выделяется среди приемов растирания массаж подушечками средних пальцев. При подобном массировании опоры чаще всего нет, а кисти рук держат на весу. При этом выполняются все виды растираний, описанные ранее. Массаж фалангами пальцев проводится только после того, как уже сделано растирание подушечками пальцев.

Наиболее эффективным лечебным средством при грудном радикулите признается кругообразное растирание. Обычно его начинают малыми кругами, постепенно увеличивая диаметр окружности массируемой области: чем больше область растирания, тем медленнее темп работы. На некоторых участках можно делать остановки и применять дополнительно к растиранию неглубокие надавливания.

После выполнения всех приемов растирания можно переходить к следующему, очень важному массажному приему - разминанию. На него отводится около 70 % времени, затрачиваемого на весь сеанс. Разминание выполняется несколькими способами.

Поскольку при грудном радикулите наблюдаются сильные простреливающие или постоянные боли в области груди, разминание следует выполнять на небольших участках пораженной зоны, уделяя особое внимание участкам, пограничным с болевыми, и непосредственно зонам боли. Там, где она не чувствуется, приемы можно выполнять в более быстром темпе и более энергично, но на болезненных участках темп лучше сбавить, а массажные приемы выполнять аккуратно.

Разминание - более жесткий прием по сравнению с предыдущими, во время его выполнения мышцы подвергаются сильному воздействию. Если болевые ощущения дают о себе знать во время сеанса, его следует немедленно прекратить. Если же боль быстро утихла, разминание можно заменить поглаживанием и через некоторое время закончить процедуру.

Начинать разминание лучше всего продольной и поперечной техниками. Продольное разминание выполняется по ходу продольных мышц. Массажист стоит так, чтобы его плечи располагались параллельно плечам массируемого. При взаимно перпендикулярном положении плеч используется поперечное разминание.

Продольное разминание выполняется на участке D4-D1. Кисть массажиста движется из отправной точки вдоль продольных мышц в сторону лимфатических узлов. Разминание проводится большим пальцем, четырьмя пальцами или основанием кисти руки. Весьма важным моментом является то, что при захвате мышцы не должно оставаться никаких зазоров, а кисть руки должна прилегать к массируемому участку достаточно плотно. Именно в этом случае достигается хороший эффект: кровь начинает активнее циркулировать, мышца расслабляется и становится более эластичной. При продолжительном воздействии на данный участок улучшается состояние нервно-мышечного аппарата.

Продольное разминание проводится преимущественно большими пальцами рук, отведенными в стороны и противопоставленными четырем остальным, пребывающим в полусогнутом положении. Большой палец захватывает мышцу на отдельном участке и стремится к четырем остальным, при этом мышца сдавливается с обеих сторон. Кисти рук массажиста находятся близко друг к другу, при этом пальцы правой руки располагаются чуть выше, чем левой. Большие пальцы проводят разминание, мышца подвергается воздействию в течение 20-30 секунд, затем происходит смена положения, кисть продвигается вперед на 2-3 см. В процессе продольного разминания отмечается сдвигание кожи в направлении от себя. При выполнении данного приема большой палец левой руки может касаться большого пальца правой руки. Это обусловлено малым участком, на котором производится массаж.

При продольном разминании четырьмя пальцами движение происходит к себе, поэтому чаще всего его выполняют сверху вниз. Продольное разминание основанием кисти не должно быть затяжным, так как оказывается сильное воздействие на массируемый участок.

При поперечном разминании пальцы рук накладываются на участок в виде треугольника. Указательные пальцы правой и левой руки соприкасаются, это вершина треугольника; большие пальцы располагаются один под другим, и в этом случае зона воздействия оказывается небольшой. Если же большие пальцы соприкасаются кончиками, основание треугольника становится более широким, и, соответственно, увеличивается зона воздействия. Поперечное разминание проводится как в прямом, так и в обратном направлении.

Наиболее подходящими для массажа груди разминаниями являются кольцевые (двойное кольцевое, двойное кольцевое комбинированное), круговые (кругообразное клювовидное, кругообразное фалангами четырех пальцев, кругообразное фалангами большого пальца и кругообразное основанием кисти), а также разминания основанием ладони с перекатом.

Двойное кольцевое разминание выполняется захватом мышцы на определенном участке тела. Кисти массажиста располагаются поперек массируемой зоны, на расстоянии 5-6 см друг от друга. Мышца захватывается выпрямленными пальцами, приподнимается и плотно обхватывается. Правая рука смещает захваченный участок к себе, а левая, напротив, от себя. Движение происходит снизу вверх с интервалом 2-2,5 см. Двойное кольцевое разминание следует проводить плавно, без сильных надавливаний и резких движений, иначе могут возникнуть болевые ощущения.

После двойного кольцевого разминания можно перейти к двойному кольцевому комбинированному разминанию. Данный прием заключается в том, что одна рука (к примеру, правая) захватывает мышцу и проводит разминание пальцами, а левая рука выполняет массаж ладонью. Кисти рук массажиста должны располагаться достаточно близко и таким образом, чтобы указательный палец левой руки касался среднего пальца правой. В этом случае левая рука будет иметь дополнительную опору, а правая рука при массировании будет оказывать двойное давление на участок.

При клювовидном разминании очень важно правильно сложить пальцы в виде клюва: большой палец прижимается к мизинцу и указательному пальцу, а средний и безымянный накладываются на них сверху. Сложенным «клювом» проходятся по массируемому участку, делая развороты в сторону мизинца или указательного пальца. Движения в сторону мизинца будут достаточно легкими, а в сторону указательного - более жесткими, сопровождаемыми некоторым напряжением кисти, при этом на массируемый участок будет оказываться более сильное давление. Можно чередовать эти движения, чтобы прием выполнялся с разной интенсивностью.

При кругообразном разминании подушечками пальцев всегда имеется опора. При массировании подушечками четырех пальцев роль опоры исполняет большой палец. Он является своеобразным центром, вокруг которого происходит круговое движение. Перемещаться по участку можно одной рукой или параллельно двумя руками, но движения рук могут быть попеременными. Большой палец устанавливается в определенной точке, и правая рука совершает массирующие круговые движения. Затем она смещается, а в эту же самую точку устанавливается большой палец левой руки, и совершаются такие же круговые движения подушечками четырех пальцев левой руки. Затем движения повторяются в следующей точке.

При круговом разминании подушечкой большого пальца роль опоры отводится четырем пальцам. Движения лучше проводить сверху вниз, двигаясь от участка D1 к участку D4 или D6. Большой палец может описывать при этом четверть круга, но также может захватить и половину окружности. Чтобы усилить воздействие на участок, массирование можно проводить не только подушечками, но и тыльной стороной больших пальцев.

При разминании основанием кисти нужно установить ладонь на массируемом участке и проводить кругообразные движения в сторону мизинца. Двигаться по участку следует с небольшим интервалом, не превышающим 1,5 см. Если массировать двумя руками параллельно, то получится ординарное разминание, если же движение совершать поочередно правой и левой рукой на данном участке, то разминание окажется двойным.

Разминание основанием ладони с перекатом может выполняться двумя способами. В первом случае ладонь располагается на участке, основание кисти тесно прижато к коже, а пальцы чуть приподняты. Перекат начинается от большого пальца в сторону мизинца и обратно. Движения выполняются с небольшими интервалами по направлению снизу вверх.

Второй способ предусматривает прижатие основания кисти к коже массируемого участка, при этом пальцы должны быть немного приподняты. Перекат совершается от основания кисти в сторону кончиков пальцев и обратно. При продвижении вверх основание кисти не должно отрываться от кожи массируемой зоны. Производимые движения должны быть мягкими, словно переливающимися друг в друга; резкие движения недопустимы, так как это может вызвать болевые ощущения.

Кроме основных видов, разминание имеет еще массу разновидностей. Для массажа грудных мышц хорошо подходит накатывание, сдвигание, надавливание, подергивание, щипцеобразное разминание и проминание, которое также включает в себя несколько подвидов.

Прежде чем приступить непосредственно к приему накатывание, необходимо максимально расслабить мышцы груди. Для достижения такого эффекта выполняется круговое поглаживание области грудины. Затем начинается непосредственно массирование участка. Левая рука массажиста устанавливается ребром и фиксируется в одной точке, а согнутые пальцы правой руки упираются в ладонь левой руки. Большой палец захватывает мышцу и накатывает ее на зафиксированную кисть. При этом тыльной стороной большого пальца массируемая мышца поворачивается в сторону мизинца. Затем происходит смещение кисти левой руки, и прием повторяется. При владении данной техникой прием оказывается очень эффективным, на правильность его выполнения указывает полное отсутствие болевых ощущений.

При сдвигании массируемая поверхность захватывается большими пальцами в складку и сдвигается в сторону. В этом случае массирование происходит без опоры и фиксации, но можно и зафиксировать кисть руки на участке, затем распрямить ладонь и прижать ее к поверхности. Точно так же следует поступить и с другой рукой. Пальцы рук должны быть устремлены друг к другу. Быстрыми ритмичными движениями поверхность участка сдвигается между пальцами рук. Направление может быть любым, как продольным, так и поперечным. Большой эффект дает смена продольного и поперечного направлений. На одном участке их можно поменять 5-6 раз, а затем переходить на другой участок.

Надавливание - весьма простой, но эффективный прием, который может выполняться с помощью подушечек пальцев, фаланг пальцев, ладоней и основания кисти. При надавливании подушечками пальцев большой палец находится в максимально удаленном положении от остальных пальцев. Если надавливание проводится подушечкой большого пальца, то четыре остальных будут играть роль опоры. Надавливание подушечками четырех пальцев проходит с опорой на большой палец. Надавливания нужно производить в быстром темпе, но не оказывать слишком сильного воздействия в области сердца. На других участках грудной области надавливания могут быть более глубокими. Это касается и массирования ладонью. Кисти рук могут двигаться параллельно или поочередно друг за другом. При надавливании основанием кисти происходит самое глубокое разминание, но оно исключает область сердца, хотя на всех остальных участках грудной области применимо. Разминание следует совершать с интервалом 3-4 см и в темпе 40-50 раз в минуту.

После надавливания можно применить такой прием, как подергивание. Техника его выполнения очень проста: большим и указательным пальцами захватывается мышца, затем она приподнимается вверх, немного оттягивается и отпускается. Подергивания следует выполнять в быстром темпе, они должны быть легкими, напоминать пощипывание, а не защипление, которое, как правило, на грудных мышцах не применяется. Подергивание выполняется двумя руками, движущимися параллельно по массируемому участку.

Щипцеобразное разминание несколько напоминает подергивание, но прием выполняется двумя руками. Большие и указательные пальцы при этом располагаются на массируемом участке рядом, ими производятся захват и приподнимание мышцы. Если использовать кисти рук, то движения будут производиться ребром ладони, смещения будут идти от одной кисти к другой.

Проминания также применяются при лечении грудного радикулита, но использовать данные приемы нужно с большой осторожностью. Проминание может быть кругообразным, зигзагообразным, сходящимся и расходящимся.

Кругообразное проминание выполняется фалангами согнутых пальцев, движения направляются в сторону мизинца. Ординарное и двойное проминание допустимы на любом участке груди, за исключением области сердца. Зигзагообразное, сходящееся и расходящееся проминания применяются на всей области грудной клетки. Техника выполнения названных приемов аналогична той, что используется при шейном радикулите: фалангами согнутых пальцев совершается своеобразный перекат от мизинца к указательному пальцу и в обратном направлении. Проминанием можно завершить серию разминающих приемов.

Поглаживание - это оптимальный прием, которым следует завершать любой сеанс массажа, проводимого при заболевании грудным радикулитом. Грудные мышцы необходимо успокоить, расслабить после растирания и разминания. Поглаживание снимет и болевые ощущения, если они появились после проведения некоторых приемов. Лучше всего использовать несколько видов поглаживания, чередуя их между собой. Начать можно с прямолинейного, затем перейти к зигзагообразному, щипцеобразному, граблеобразному, крестообразному, после этого обратиться к накатыванию и сдвиганию и завершить серию приемов глажением.

Прямолинейное поглаживание - один из самых простых приемов, выполняется он, как и другие виды поглаживания, подушечками пальцев, фалангами пальцев, ладонями и основаниями кистей в направлениях сверху вниз или снизу вверх. Массирование можно производить одной или двумя руками, причем руки могут двигаться параллельно друг другу или с небольшим отставанием. Как правило, сначала выполняются движения правой рукой, левая же располагается ниже и движется с небольшим опозданием.

Зигзагообразное поглаживание захватывает большие участки, чем прямолинейное. Движения могут производиться в любом направлении. Одним из видов зигзагообразного поглаживания является «елочка». В этом случае пальцы левой и правой руки располагаются на одном уровне, сомкнутыми, затем чуть разводятся в сторону, отклоняются друг от друга под углом 30-40°, после чего снова сходятся в одной точке, на несколько сантиметров выше, и прием повторяется.

При поглаживании ладонью происходит более глубокое воздействие на участок. Движение ведется без перерыва до тех пор, пока массируемый участок не будет пройден полностью. Движения могут совершаться как сверху вниз, так и снизу вверх.

В качестве лечебного средства может применяться и поглаживание основанием кисти. В этом случае выполняются кругообразные движения в сторону мизинца. Подобное поглаживание хорошо успокаивает нервную систему, а при длительном воздействии служит хорошим обезболивающим средством.

Накатывание выполняется при фиксировании кисти левой руки на определенном участке. Правой рукой производится поглаживающее движение, поверхность массируемого участка сдвигается, выполняется своеобразный накат. Данный прием можно повторять на одном участке 7-10 раз, затем следует перейти к следующей зоне.

Сдвигание напоминает накатывание, но в этом случае фиксирования кисти не требуется. При выполнении данного приема часть кожи смещается между чуть разведенными пальцами рук. Можно также сдвигать поверхности участка навстречу друг другу, при этом кисти рук следует располагать под углом 45-60° либо параллельно (вдоль массируемого участка), либо друг напротив друга (поперек массируемого участка).

Щипцеобразное поглаживание выполняется в прямолинейном направлении, с захватом небольшого участка кожи. Захват может быть маленьким, если производить его указательным и большим пальцами одной руки, и большим, если производить его двумя руками.

Граблеобразное поглаживание выполняется подушечками разведенных в сторону пальцев, при этом кисть не фиксируется на участке, его поверхности касаются только подушечки или кончики пальцев. Подобный прием можно проводить одной или двумя руками, двигаясь как прямолинейно, так и кругообразно или зигзагообразно.

Крестообразное поглаживание можно использовать на всей поверхности груди. Правая рука совершает плавное движение по диагонали, а левая движется ей навстречу. Правая рука проходит над левой, левая пересекает ту же точку, которую уже миновала правая. Крестообразное поглаживание может выполняться иным способом: кисти рук сцепляются большими пальцами в замок и таким образом движутся по участку, само поглаживание осуществляется ладонями обеих рук. Глажение производится фалангами согнутых пальцев одной или обеих рук, движения могут иметь любое направление. Нередко данный прием выполняется с отягощением, но при заболевании грудным радикулитом отягощение нежелательно. Закончить серию поглаживаний можно разглаживанием грудной области ладонями, движущимися прямолинейно снизу вверх, сверху вниз и по диагонали.

Иногда при грудном радикулите боли отдаются под лопатки или в позвоночник. В этом случае проводится массаж верхней части спины, на участке D1-D8, с выделением наиболее болезненных зон. Используются такие приемы, как разминание и поглаживание, в некоторых случаях можно выполнять их с отягощением.

Лечебный массаж снимет боль, улучшит кровоток в грудных мышцах, поможет нормальной работе сердца, увеличит крово- и лимфообращение, снимет напряжение грудных мышц. А общеоздоровительный массаж поможет избавиться и от остаточных болей в области грудной клетки и спины.

**1.3 Массаж при шейном радикулите**

Шейный радикулит - это поражение четырёх верхних шейных корешков (C1-C4), которое проявляется болями, расстройством чувствительности затылочной области, надплечий, задней поверхности шеи. При поражении передних корешков возникают парезы и атрофии шейных мышц. При поражении корешков C3-C4 может возникнуть парез диафрагмы.

Первичный шейный радикулит встречается редко. Чаще он возникает как следствие поражения позвоночника.

Массаж при шейном радикулите производится так же, как при невралгии затылочных нервов, с акцентом на область затылка и шеи.

При шейном радикулите боли наблюдаются в затылочной и шейной областях, а также между лопатками. Они усиливаются при поворотах и движениях шеи, при этом шейные мышцы остаются сильно напряженными. Шея находится в фиксированном положении, а ее подвижность ограниченна. Может иметь место головокружение, «мушки» перед глазами, что указывает на нарушение кровоснабжения головного мозга. Околопозвоночные точки и остистые отростки весьма болезненны, наблюдается и поражение затылочных нервов.

Массаж шейного отдела поможет уменьшить боль в пораженной области, улучшить крово - и лимфообращение, снять напряжение шейных мышц и увеличить подвижность шеи. Когда болезнь находится в острой стадии, массаж применять не следует, но как только эта стадия минует, массирование больного участка поможет излечению. Массаж шеи рекомендуется проводить с обеих сторон, определив наиболее болезненную зону, в течение 20-25 минут, если не наблюдается никаких болезненных ощущений. В том случае, когда пациент чувствует острую боль в пораженных участках, массаж следует немедленно прекратить. Следующий сеанс может состояться через 1-2 дня. При отсутствии болевых ощущений массаж следует проводить 1-2 раза в день, постепенно увеличивая время до 30-35 минут.

При шейном радикулите оптимальными являются следующие приемы: поглаживание, разминание и растирание.

Поглаживание - это наиболее распространенный прием щадящего массажа. С поглаживания начинается любой сеанс, его можно также чередовать с более сильными приемами или заканчивать им процедуру. Действие поглаживания сказывается в первую очередь на коже, так как оно улучшает кожное дыхание, усиливает выделительные функции потовых и сальных желез. При кратковременном поглаживании снимается возбудимость нервной системы, а при более длительном проявляется обезболивающее действие.

В большинстве случаев поглаживание выполняется ладонью расслабленной кисти. Четыре пальца при этом согнуты, а большой отведен до предела, чтобы кисть максимально широко обхватывала массируемый участок. Поглаживание имеет множество видов, которые, в свою очередь, подразделяются на разнообразные подвиды.

При заболевании шейным радикулитом наиболее эффективным является обхватывающее поглаживание, когда кисть и пальцы принимают форму желоба. При этом большой палец максимально отводится в сторону и противопоставляется остальным, пребывающим в сомкнутом положении. При выполнении приема кисть должна плотно прилегать к массируемому участку и максимально обхватывать его. Кисть можно продвигать по телу непрерывно или прерывисто, положительный эффект дает и смешанное движение. Например, в течение 3-5 минут кисть двигается непрерывно, затем 4 минуты - прерывисто, далее 3-5 минут - снова непрерывно.

Непрерывное поглаживание представляет собой равномерное скольжение по определенному участку. Прием проводится в медленном темпе, чтобы больной чувствовал воздействие с постоянной силой на данный участок. Применив данное поглаживание в течение 2-3 минут, можно перейти к непрерывному поглаживанию с отягощением. Также рекомендуется использовать попеременное поглаживание: в этом случае как только одна рука завершает прием, ей на смену приходит другая, выполняющая те же самые действия. При этом возникает ощущение непрерывного потока. Движения можно проводить как в одном направлении, так и чередовать между собой прямое и обратное, но всегда в сторону ближайшего лимфатического узла.

Обхватывающее поглаживание может быть поверхностным или глубоким. При поверхностном приеме массажист выполняет поглаживание легко, без усилий, касаясь тела пациента подушечками пальцев. При глубоком поглаживании прием выполняется кистью, на ткани оказывается давление. Повысить эффективность приема можно за счет поглаживания, выполняемого нижней частью кисти, тем местом, где она переходит в запястье.

Поверхностное поглаживание важно применять для успокаивающего воздействия на нервную систему. Это снижает возбудимость данного участка и способствует мышечному расслаблению. Глубокое поглаживание влияет на улучшение кровообращения на массируемом участке, также стимулирует лимфоток, увеличивает в тканях скорость вывода продуктов обмена веществ, способствует устранению застоев и отеков. Глубокое поглаживание можно выполнять тыльной стороной ладони, а также ее боковой поверхностью.

Хорошо зарекомендовал себя при лечении шейного радикулита такой вспомогательный прием, как щипцеобразное поглаживание. При этом пальцы складываются наподобие щипцов, захватывается участок кожи в затылочной области большим и указательным пальцами и проводится поглаживание в прямом и обратном направлениях. Такой прием хорошо выполнять с отягощением.

Промассировав подобным образом участок, можно перейти к другому вспомогательному приему - глажению. Он проводится одной или двумя руками. Пальцы нужно согнуть, а глажение производить тыльной поверхностью согнутых пальцев. Данный прием помогает хорошо расслабить напряженные мышцы шеи. Завершающим штрихом поглаживания может служить поглаживание подушечками пальцев, проводимое в прямом и обратном направлениях. радикулит массаж физический лечебный

Разминание - основной прием, которому при заболевании шейным радикулитом в сеансе отводится 70-80 % времени. Он улучшает кровоснабжение не только зоны больного участка, но и близлежащих участков. Разминание не просто активизирует окислительно-восстановительные процессы, но является как бы пассивной гимнастикой для мышц и сосудов. Данный прием приводит к возбуждению рецепторов мышечной ткани, сухожилий, связок, благодаря чему изменяется состояние нервной системы и периферийно-мышечного аппарата. Разминание снимает напряжение мышц, движения шеи становятся менее болезненными. После проведения всех сеансов боль в шейном отделе исчезает.

Этот прием имеет много разновидностей, но при заболевании шейным радикулитом лучше всего применять ординарное, двойное кольцевое и продольное разминания, а также разминание основанием ладони и круговое разминание фалангами пальцев. Выполнив последовательно каждый из этих приемов, закончить можно кругообразным клювовидным разминанием. Такой порядок проведения массажных приемов хорошо зарекомендовал себя, так как каждый последующий прием усиливает действие предыдущего.

Техника выполнения ординарного разминания состоит из двух моментов. Сначала прямыми пальцами руки мышца плотно обхватывается поперек таким образом, чтобы между ладонью и массируемым участком не было никакого просвета. Пальцы сводятся так, чтобы большой стремился к четырем, а четыре - к большому. Мышца приподнимается и совершается вращательное движение в сторону четырех пальцев до отказа. Затем, не разжимая пальцев (мышца при этом не выпускается из кисти), кисть возвращают в обратное положение. Пальцы разжимаются, и массируемый участок отпускается, но ладонь остается плотно прижатой к коже. Кисть руки продвигается на 2-3 см вперед и захватывает другой участок. Движение повторяется по всей поверхности участка в одном темпе, без больших перерывов и задержек.

Двойное кольцевое разминание является очень важным приемом, но выполнять его нужно осторожно, чтобы не оставалось синяков. При проведении данного приема кисти рук массажиста устанавливаются поперек массируемого участка на расстоянии 7-10 см одна от другой. При этом большие пальцы должны быть с наружной стороны, а остальные - с внутренней. Мышца плотно обхватывается двумя руками, оттягивается кверху. Одной рукой сдавливания и смещения производятся от себя, другой рукой - к себе. Возникает характерное переплетение поднятой вверх мышечной массы.

Продольное разминание следует выполнять по ходу мышечных волокон, которые образуют тело мышцы. Большой палец максимально отведен в сторону, остальные выпрямлены. При этом большой палец находится с одной стороны массируемого участка, а остальные - с другой. Захваченная мышца приподнимается и оттягивается от кости. Разминающие действия проводятся к центру. Кисть массажиста плотно обхватывает мышцу, чтобы не оставалось пустого пространства и прилегание было полным. При поднятии мышцы давление происходит в сторону большого пальца, затем большой палец начинает двигаться навстречу остальным, и мышца сдавливается с двух сторон.

Продольное разминание можно проводить как одной, так и двумя руками, но при заболевании шейным радикулитом лучше остановиться на втором варианте. Выполнять данный прием нужно непрерывно, ритмично, лучше всего в темпе 40-50 разминаний в минуту. Затем нужен небольшой перерыв в течение 45-60 секунд, и снова проводится разминание. Прием выполняется до тех пор, пока вся мышца не будет размята.

Прерывистое разминание, к которому также можно прибегнуть, выполняется широкими штрихами, рука массажиста движется избирательно. При этом разминаются отдельные участки мышцы. При массаже шеи данный прием используется редко.

Кругообразное разминание фалангами пальцев имеет две разновидности. В одном случае массирование проводится большим пальцем, а в другом - четырьмя остальными. При заболевании шейным радикулитом можно использовать оба приема. Массажист накладывает кисть продольно таким образом, чтобы большой палец проходил вдоль мышечных волокон, а остальные четыре пальца были отведены в сторону по диагонали к нему. Большой палец при этом напряжен, а четыре остальных расслаблены. Подушечкой большого пальца производятся кругообразные движения в сторону указательного пальца. Сначала давление большого пальца на массируемую зону должно быть максимальным, а затем постепенно ослабевать. Произведя несколько кругообразных разминаний на одном участке, следует сдвинуться на 2-2,5 см выше и продолжить массаж. Массирование можно производить одной или двумя симметрично расположенными на участке руками. Воздействие двумя руками может быть одновременным, попеременным, в шахматном порядке, при этом зона охвата остается максимальной.

Кругообразное разминание фалангами четырех пальцев очень похоже на разминание большим пальцем, но при этом большой палец находится в расслабленном состоянии и скользит по коже, а четыре пальца напряжены и проводят массирование, совершая вращательные движения в сторону мизинца. При выполнении приема пальцы могут быть слегка разведены или плотно сомкнуты, это зависит от выбора техники приема массажистом. При чередовании массирования большим пальцем и четырьмя пальцами достигается наибольший лечебный эффект.

Промассировав шею фалангами пальцев, можно перейти к разминанию основанием ладони. Выполняется данный прием двумя способами: из продольно- го положения и из перпендикулярного. Кисть может быть расположена вдоль мышечных волокон или перпендикулярно по отношению к ним. Основанием ладони проводятся кругообразные движения в сторону мизинца. Чаще всего прием выполняется одной рукой, но иногда двумя, расположенными в шахматном порядке. Выполнять данный прием с отягощением при массировании области шеи не рекомендуется.

Одной из разновидностей разминания фалангами пальцев является щипцеобразное разминание. Оно проводится поперечно или продольно сложенными в виде щипцов пальцами. Выполнять данный прием можно большим и указательным или указатель- ным и средним пальцами. При поперечном щипцеобразном разминании мышца захватывается с интервалом 2-2,5 см, оттягивается, а затем разминается с помощью пальцев, двигающихся в одном направлении. Движения пальцев могут быть и попеременными: сначала вперед, затем назад. В этом случае отмечается более глубокое массирование пораженного участка.

При продольном щипцеобразном разминании мышца захватывается большим и средним пальцами одной руки, оттягивается и разминается в спиралевидном направлении. Данное разминание можно проводить как одной, так и двумя руками, при этом движения могут быть одновременными или поочередными, а руки - располагаться как симметрично, так и со смещением.

Лучше всего заканчивать разминание шейного отдела кругообразным клювовидным разминанием. При выполнении данного приема кисть руки складывается в виде клюва: большой и указательный пальцы тесно прижимаются друг к другу, мизинец примыкает к большому, безымянный палец накладывается на мизинец, а средний находится в точке соприкосновения указательного и безымянного. Кисть руки производит кругообразные движения в сторону мизинца. Воздействие идет за счет разминания сложенными вместе пальцами. Это довольно сильный и эффективный прием. Лучше всего выполнять его одной рукой, двигаясь по зоне участка с интервалом 3 см, затем перейти на другой участок и двигаться таким же образом. После завершения приема можно провести подушечками пальцев по массируемому участку сверху вниз 2-3 раза.

Проминание не является отдельным приемом, это одна из разновидностей разминания, имеющая несколько подвидов. При шейном радикулите используются все варианты проминания: продольное, поперечное, перекрестное, зигзагообразное, Т-образное, сходящееся, расходящееся, сжимающее. Все эти виды проминания можно применять в течение 3-5 минут, избрав нужный темп. Данный прием не следует выполнять слишком быстро, но и длительное воздействие на участок тоже нежелательно. Оптимальным является темп 10-15 проминаний в минуту на одном участке.

Проминание проводится фалангами согнутых четырех пальцев, большой палец при этом выполняет вспомогательную роль. Но в некоторых случаях для проминания можно использовать фаланги только указательного и среднего пальцев.

Продольное проминание выполняется по ходу мышечных волокон. Данный прием можно проделать как одной, так и двумя руками. В том случае, когда проминание выполняется обеими руками поочередно на одном участке, происходит двойное воздействие на рецепторы кожи. Если же проминание выполняется двумя руками, которые движутся по коже параллельных участков, наблюдается ординарный эффект приема.

При проминании согнутые фаланги пальцев поочередно воздействуют на кожу и мышцы: сначала указательный палец, затем средний, за ним безымянный и, наконец, мизинец. Происходит своеобразный перекат от указательного пальца до мизинца. Такое проминание удобно, если рука движется снизу вверх, но если движение происходит сверху вниз, то прием лучше выполнять в обратном порядке, то есть выполнять перекат от мизинца до указательного пальца. Большой палец при этом или прижат к указательному, или отставлен в сторону. Поперечное проминание используется для массажа бокового основания шеи. Именно на этом участке часто ощущаются сильные боли (постоянные или в виде прострелов). При выполнении данного приема большой палец играет роль упора.

Перекрестное проминание проводится в затылочной области, плечевой и лопаточной. При выполнении данного приема одна из рук, например левая, является ведущей, а другая - вспомогательной. Перекрестное проминание можно производить снизу вверх или сверху вниз, а также двигаясь по диагонали. Левая рука начинает прием на участке, движение идет от мизинца к указательному пальцу, в том месте, где движение было закончено, вступает правая рука, которая располагается перпендикулярно к левой. Средний палец правой руки должен соприкоснуться с указательным пальцем левой. Проминание выполняется от указательного пальца до мизинца по диагонали вверх. Затем прием повторяется на другом участке.

Зигзагообразное проминание напоминает проминание перекрестное. Как и в предыдущем приеме, левая рука является ведущей, а правая - вспомогательной, движение также идет по диагонали сверху вниз, начиная с мизинца и заканчивая указательным пальцем. Но движение правой рукой начинается с той самой точки, где закончила движение левая рука. Подобным образом проминание выполняется по всему участку.

Сходящееся и расходящееся проминания по технике выполнения одинаковы. Но при сходящемся проминании движение начинается с мизинца, идет до указательного пальца и заканчивается тем, что указательные пальцы должны соприкоснуться. Затем движение повторяется уже на другом участке. При расходящемся проминании указательные пальцы как бы отталкиваются друг от друга, прием выполняется от указательного пальца до мизинца, при этом руки действуют синхронно.

Сжимающее проминание можно выполнять как одной, так и двумя руками. Пальцы согнуты, но не сжаты плотно, а разведены в стороны, при сжимании они производят массирующее действие на пораженный участок. Сжимающее массирование можно производить по любой траектории, но лучше всего действовать на небольших зонах. Если выполнять данный прием сначала одной, затем другой рукой, получится двойное сжимающее проминание.

Растирание применяется почти при всех видах массажа, так как дает положительный эффект: устраняет застойные явления в тканях, увеличивает подвижность мышц, улучшает кровоток. Растирание гораздо сильнее, чем поглаживание, воздействует на кожу и мышцы, поскольку при использовании данного приема рука не скользит по коже, а смещает ее. Ткани при этом получают больше кислорода, обменные процессы идут активнее, мышцы становятся более эластичными и подвижными.

При шейном радикулите используется, как правило, растирание пальцами и в редких случаях растирание опорной частью кисти. Последний вид применяется при массировании нижнего отдела шеи.

Растирание выполняется подушечками или фалангами пальцев. То, какой из пальцев, большой или четыре других, выполняет массажный прием, обуславливает положение кисти. При растирании большим пальцем кисть руки чуть развернута, пальцы находятся под углом 45° по отношению к большому пальцу. При растирании большим пальцем кисть руки упирается четырьмя остальными пальцами в массируемый участок и находится в фиксированном положении. Если массажный прием выполняется четырьмя пальцами, то большой палец максимально отведен назад и находится в фиксированном положении. Это точка опоры, от которой начинается движение по всему массируемому участку. Данный прием можно выполнять одной рукой, но гораздо больший эффект наблюдается при использовании двух расположенных симметрично и действующих одновременно рук.

Растирание можно выполнять подушечкой среднего пальца. Техника данного приема аналогична той, что используется при массировании четырьмя пальцами. Точкой опоры служит большой палец, движения могут быть как прямолинейными (снизу вверх и сверху вниз), так и кругообразными. Зона воздействия не должна быть очень большой, гораздо эффективнее чаще менять точку опоры и двигаться постепенно по всему участку. В этом случае массажу подвергаются все зоны участка.

Хороший эффект в лечении шейного радикулита достигается такими приемами, как расходящееся и сходящееся растирания. Кончики больших пальцев соприкасаются и служат своеобразной опорой, а пальцы движутся навстречу друг другу. Также можно выполнять движения в сторону мизинца, используя большой палец в виде опоры.

При заболевании шейным радикулитом можно использовать такой вспомогательный прием, как перекрестное растирание. Выполняется оно основанием кисти, причем большой палец в исходном положении расположен под углом 30° к остальным четырем пальцам, но во время движения стремится к ним. Движения рук поочередные, при этом отмечается двойное воздействие на массируемый участок. Руки также могут одновременно двигаться в прямом (снизу вверх) и обратном (сверху вниз) направлениях.

**Раздел 2. ЛФК при радикулитах**

Существует несколько принципов ЛФК:

необходимо помнить, что лечебная гимнастика - это тоже физическая нагрузка, поэтому режим занятий должен быть щадящим ;

во время занятий человек может чувствовать легкое недомогание, но, ни в коем случае, оно не должно перетекать в резкую, острую боль ;

занятия должны быть регулярными, а не курсовыми, иногда они могут быть показаны в течении всей жизни ;

постепенный переход от простых упражнений к более сложным ;

плавное увеличение нагрузки ;

физические упражнения должны быть разнообразными, как статичными, так и динамичными ;

При корешковом синдроме ЛФК способствует стойкой ремиссии заболевания. Врачами подмечено, что особенно внушительные результаты лечебная физкультура дает при пояснично-крестцовом радикулите. Назначает лечебную физкультуру врач, а разработкой плана упражнений занимается специалист по ЛФК, который обязательно учитывает особенности заболевания, его стадию и сложность. При подборе упражнений также необходимо брать в расчет и исходное физическое состояние пациента.

ЛФК при радикулите, прежде всего, преследует цель укрепления мышц спины. Лечебная гимнастика способствует формированию мышечного корсета и нормализации мышечного тонуса, что в свою очередь имеет профилактическое действие против хронических заболеваний позвоночника.

Условия проведения лечебной физкультуры, назначаемой при радикулите:

все упражнения выполняются в положении лежа, сидя или на четвереньках, поскольку именно в этих позах достигается максимальное снижение нагрузки на позвоночник;

первоначальная цель занятий - это расслабление мышц плечевого пояса, верхних конечностей и спины, только после этого подключаются упражнения, способствующие укреплению перечисленных групп мышц;

в острый период заболевания противопоказаны любые упражнения, связанные со сгибанием-разгибанием позвоночника, поскольку это может вызвать увеличение внутридискового давления, а также растяжение мышц и связок.

Противопоказания к ЛФК:

тяжелое состояние больного, обусловленное соматическими расстройствами;

период острых болей;

декомпенсация сердца.

Перечень противопоказаний к лечебной гимнастике невелик, и все же приступать к занятиям самостоятельно не следует. Только специалист сможет подобрать необходимый комплекс упражнений и оптимально сбалансировать нагрузку, что позволит быстрее встать на ноги и избежать осложнений.

**2.1 ЛФК при радикулитах. Общие рекомендации**

Приступая к занятиям лечебной физкультурой, больному следует выбрать наиболее подходящие комплексы. Начинать следует с самых простых упражнений, затем можно переходить к более сложным.

Главным правилом в занятиях лечебной гимнастикой должно быть соответствие выбираемого комплекса его назначению. Может случиться, что больной сам выберет подходящие для себя упражнения, дающие неплохие результаты, хотя они не предназначены для применения именно при данной форме заболевания. Если человек отмечает, что упражнение приносит пользу, он должен полагаться на него.

Необходимо помнить: занятия не должны быть сопряжены с болью и особенно ее усилением. Сначала тренировки могут сопровождаться некоторыми болезненными ощущениями, которые должны постепенно ослабевать. Через 2-3 занятия организм привыкнет к нагрузкам, и выполнять упражнения будет легче. Однако следует помнить, что боль - это сигнал опасности, которым нельзя пренебрегать.

Перед началом занятий следует разогреть тренируемую часть тела. Для этого можно использовать горячую ванну, душ или положить на это место грелку или нагретое полотенце примерно на 10 мин. Такая процедура не обязательна, но обычно она уменьшает болевые ощущения и мышечную скованность в начале занятия.

Начинать следует всегда очень осторожно, избегая размашистых движений и больших усилий. Набирать амплитуду и динамику движений нужно постепенно. Важно постоянно контролировать ход занятий, чтобы избежать неприятных неожиданностей в виде боли или иного «сюрприза». При острых болях в спине выбрать совершенно безболезненные упражнения очень трудно, поэтому начинать занятия следует лишь по прохождении острого периода. Лучше оставить позвоночник в покое на несколько лишних дней, чем заставлять себя заниматься гимнастикой через силу, что обычно лишь затягивает выздоровление. Не следует бояться, что позвоночник за эти несколько дней потеряет подвижность: гибкость, утраченную в период отдыха, можно довольно легко восстановить.

Занятия лечебной физкультурой должны войти в привычку. При хронической форме болезни тренироваться следует каждый день, при острой - когда боли начинают ослабевать. Успеху занятий способствует их регулярное проведение на постоянном месте в одно и то же время. Ежедневные упражнения по 10-15 мин постепенно приведут к заметным результатам. Польза от занятий может сказаться не сразу, поэтому необходимо запастись терпением и выдержкой. Болезнь развивается постепенно, предпосылки ее созревают в течение длительного времени, следовательно, рассчитывать на быстрое излечение опрометчиво.

Основная цель должна заключаться не в том, чтобы выздороветь немедленно, но в том, чтобы воспрепятствовать возвращению острых состояний или, по крайней мере, свести их проявления к минимуму, обеспечив себе тем самым нормальную жизнедеятельность.

**2.2 ЛФК при пояснично-крестцовом радикулите**

По многочисленным наблюдениям врачей, больные пояснично-крестцовым радикулитом выздоравливали тем быстрее, чем раньше они начинали применять лечебную гимнастику.

Главная цель лечебной гимнастики у больных с поясничными болями - способствовать нормализации тонуса мышц спины, увеличению подвижности позвоночника, созданию "мышечного корсета" (как естественного стабилизатора), улучшению общего состояния и восстановлению трудоспособности. Лечебное применение физических упражнений дает эффект только при сознательном, активном участии больного в лечении, систематичности занятий и постоянном переходе от легких упражнений к более трудным. Важное значение имеют принципы доступности и прочности выработанных навыков. Принцип активности и сознательности играет важную роль и является основой успешного лечения. Активность больного усиливает эмоционально-волевой фон, способствует скорейшему восстановлению трудоспособности, обеспечивает закрепление результатов медикаментозного лечения. Подбор упражнений и способ их выполнения больным должен соответствовать клиническим проявлениям заболевания, общему состоянию организма, возрасту.

В острый период, при стихании болей, наряду с лечением, используются простые физические упражнения с небольшой амплитудой движений, выполняемых из облегченных исходных положений (индивидуальных для каждого больного) - лежа на животе, с подложенной подушкой, на боку, на спине. Проводят их в медленном темпе с постепенным увеличением амплитуды движений, однако не допуская возникновения или усиления боли. Первые занятия проводит методист ЛФК, а в дальнейшем, после обучения, упражнения выполняются самостоятельно 2-3 раза в день. При движении ногами вначале рекомендуется не отрывать стопы от постели (пятка скользит по постели). При этом нельзя допускать возникновения боли. В этом периоде выполняются различные движения в голеностопном суставе, движения в коленном суставе и упражнения для рук также с небольшой амплитудой. Такие упражнения хорошо сочетать с расслаблением мышц.

В подостром периоде заболевания лечение направлено на устранение болевых ощущений, уменьшение осевой нагрузки на позвоночник (разгрузка поясничного отдела позвоночника), увеличение амплитуды движений в ногах и пояснице, укрепление "мышечного корсета". Поэтому после стихания боли в комплекс занятий включаются упражнения, способствующие укреплению мышц туловища. После занятий рекомендуется одеть облегченный (разгрузочного типа) корсет.

В период остаточных проявлений заболевания (фаза выздоровления) двигательная активность увеличивается. В этот период функционального восстановления больные по показаниям ходят в корсете, а затем без него. При этом физические упражнения направлены также на укрепление естественного "мышечного корсета" и мышц ног и рук.

В дальнейшем, следуя восстановительному и тренирующему режимам, больные занимаются в кабинетах ЛФК, в домашних условиях, в группах здоровья. Комплекс ЛФК предусматривает при этом укрепление мышц поясничной области, повышение их работоспособности, улучшение функционального состояния мышц спины и брюшного пресса.

В настоящее время используется много самых разнообразных комплексов ЛФК при пояснично-крестцовых радикулитах в различные периоды заболевания. Как показывает практика, наиболее удачными, простыми и эффективными являются комплексы упражнений, предложенные В. М. Максимовой (1983 г.).

Большое значение имеет формирование у больных привычки самостоятельно заниматься ЛФК. Чтобы правильно осуществлять самостоятельные занятия ЛФК, больные радикулитом должны иметь определенные знания, умения и навыки, которые приобретаются в кабинетах лечебной физкультуры. Комплекс ЛФК проводится сначала под руководством врача и методиста ЛФК, которые дают советы и примерные комплексы для занятий дома, обучают методам контроля за правильностью выполнения упражнений, определяют их последовательность, количество повторений, темп движений. Рекомендуется периодически консультироваться у врача-невропатолога, врача ортопеда, которые внесут при надобности коррективы в лечение. В результате контрольных обследований пациенты могут получить новые назначения, дополнения и видоизменения к прежним упражнениям. В дальнейшем, после приобретения определенных навыков и умений, курс лечения можно продолжать самостоятельно. Однако основные требования остаются неизменными:

проводить занятия ежедневно и по возможности в определенные часы до приема пищи: за 20-30 мин до завтрака или хотя бы через 2 часа после еды;

перед занятиями следует хорошо проветрить комнату;

правильно выполнять движения, сочетать дыхание с движением (дыхание произвольное);

правильно дозировать физические нагрузки путем подбора соответствующих упражнений. Напомним, что пульс до и после выполнения физических упражнений не должен учащаться более чем на 20-30% от исходного;

во время выполнения упражнений систематически осуществлять самоконтроль. О нормальной нагрузке свидетельствует учащенный, но быстро приходящий к обычной частоте пульс. Но если во время занятий появляются сильная одышка и долго не проходящее сердцебиение, неприятные ощущения в мышцах (дрожь или слабость), излишняя потливость, то значит, нагрузка чрезмерна. В таком случае необходимо снизить количество повторений упражнений, делать более продолжительные паузы между ними. Увеличивать число повторений нужно постепенно, чтобы ни во время занятий ЛФК, ни после них неприятных ощущений не возникало; чувство легкой усталости быстро пройдет;

сочетать выполнение физических упражнений с закаливанием;

соблюдать гигиенические требования к одежде и обуви;

сначала сделайте самомассаж, а затем переходите к лечебной гимнастике.

Предварительный самомассаж подготовит мышцы к физическим нагрузкам, улучшит их сократительные свойства и протекание энергетическиих процессов в них.

На первых порах повторяйте каждое упражнение минимальное число раз и постепенно увеличивайте количество повторений до максимального. Делать упражнения советуем на полу (на ковре или одеяле), спокойно, в медленном темпе, с паузами для отдыха. Чтобы избежать болей в связках суставов ног, лучше делать упражнения на толстом коврике или в кедах, кроссовках с мягкой стелькой.

**Выводы**

Радикулит - серьезное заболевание, вызванное поражением корешков спинномозговых нервов. Встречается оно у многих людей, причем не только достигших преклонного возраста, но и у молодых.

Многие люди страдают радикулитом. Лечение этого заболевания может быть весьма продолжительным, так как болезнь часто обостряется и принимает хроническую форму. Что следует знать об этом заболевании?

Радикулопатии дискогенные, или банальные радикулиты, - это болевые, моторные, вегетативные нарушения, которые обусловлены поражением корешков спинного мозга вследствие остеохондроза позвоночника. Данное заболевание является дегенеративно-дистрофическим процессом, который возникает на почве утраты межпозвонковыми дисками их амортизирующей функции (Рис 1.). Во многом это объясняется тем, что в фиброзном кольце диска появляются трещины и разрывы, приводящие к дегенерации ткани и обуславливающие снижение давления внутри диска. Вся сложная структура данного отдела позвоночника утрачивает возможность нормально функционировать. Человек при этом начинает испытывать дискомфорт в области спины, затем возникают быстро проходящие боли при наклонах или резких движениях, которые со временем перерождаются в продолжительные резкие боли на пораженном участке.

Как правило, страдающим радикулитом в обязательном порядке назначается иммобилизация позвоночника. Неподвижность, зафиксированность его в одном положении обеспечивает жесткий матрац на постели. Используются также анальгетики, позволяющие снизить болевой синдром, и материалы, поддерживающие тепло в пораженной зоне (шерстяная накидка, пуховый платок, теплый шарф). Это основная триада лечебных приемов, применяемых во многих случаях, чтобы купировать болезнь. Помимо этого, необходимы также массаж, растирания, лечебная физкультура и физиотерапевтические процедуры. Массаж при этом применяется для воздействия на паравертебральные зоны спинно-мозговых сегментов, он способствует уменьшению болей, приводит к более интенсивному крово - и лимфообращению в пораженных участках, помогает увеличить подвижность конечностей, восстанавливает тонус мышц, снижает их гипотрофию.

Эффективна при лечении начальных форм радикулита и лечебная физкультура. Главное назначение лечебной гимнастики - нормализация тонуса спинных мышц, создание прочного "мышечного корсета", увеличение гибкости позвоночника, улучшение общего физического состояния и скорейшее восстановление полной трудоспособности.

Выбирают упражнения, число подходов и способ их выполнения исходя из стадии заболевания, а также возраста больного и общего состояния организма. На настоящий момент разработан целый ряд комплексов ЛФК, которые рекомендованы при радикулите.

Нужно помнить: лечебные упражнения в данном случае нужны не для того, чтобы обезболить поясницу или облегчить состояние больного. Их цель - вернуть позвоночнику нормальную гибкость и подвижность, а также укрепить мышцы спины. Все это уменьшает вероятность того, что радикулит в будущем будет усугубиться.

**Список использованных источников**

1. Васичкин В.И. Справочник по массажу. - Л.: Медицина, 1991

2. Вербов А.Ф. Лечебный массаж. - М.: Селена, 1996

. Бирюков А.А. Массаж в борьбе с недугами. - М., 1991

. Куничев Л.А. Лечебный массаж. - Л., 1982

. Физиотерапия Под ред. М.Вейса и А.Зембатого. Пер. с польск. - М.: Медицина, 1986

. Лечебная физическая культура Под общей ред. проф. В.Е.Васильевой. - М.: Физкультура и спорт, 1970

. Кукушкина Т.Н. и др. Руководство по реабилитации больных, частично утративших трудоспособность. - Л.: Медицина, 1989

. Дубровский В.И. Все виды массажа. - М.: Молодая гвардия, 1993

. Большая энциклопедия массажа - Логинова Л.Н.

. Каптелин, А.Ф. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: руководство для врачей / А.Ф. Каптелин, И.П. Лебедева. - М.: Медицина, 1995

. Бернштейн, Н.А. Биомеханика и физиология движений / Н.А. Бернштейн; под ред. В.П. Зинченко. - Москва-Воронеж: М.: ИПП; Воронеж: НПО «Модек», 1997

. Козлова Л.В. Основы реабилитации: учеб. пособие / Л.В. Козлова, С.А. Козлов, А.А. Семененко. - Ростов н/Д: Феникс, 2003

. Т. Гитун - Новая книга по массажу, 2008

. Белоусов П.И. <Методика ЛФК>

. Стрельникова А.М. <Моя гимнастика>

. Мошков В.Н. <Профилактика и восстановление здоровья и работоспособности пациентов средствами ЛФК>

. Готовцев В.И. <Самоконтроль при занятиях физкультурой>

. Янченко А., Учебник массажа.СПб, 1911

. Массаж. Под редакцией Й.Кордеса, П. Уибе и др., Медицина, 1983г.

. Дубровский В.И., Дубровская Н.М. Практическое пособие по массажу. М.,1993 г.

. Белая Н.А. Руководство по лечебному массажу. М.: Медицина, 1983

. Бирюков А.А., Кафаров К.А. Средства восстановления работоспособности спортсмена М.: Фи С, 1979-151с.

. Барсов М.К. Учебник врачебной гимнастики и массажа. СПб., 1888 г.

. Вадзинский, "О Массаже" ("Русская Медицина", 1889)

. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура. М.: Владос, 1999 г.

. Козаров Д., Шапков Ю.Т. Двигательные единицы скелетных мышц человека. Л., Наука, 1983 г.

. Слетов Н.В. Массаж и врачебная гимнастика. М.; Л., 1988 г.