

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Медичний інститут

Степаненко О. С., Ольховик А. В., Король С. А., Воропаєв Д. С.

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ МАСАЖ

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ



Суми
Сумський державний університет
2021

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Медичний інститут

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ МАСАЖ

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

для студентів спеціальності
227 «Фізична терапія, ерготерапія»
денної форми навчання

Затверджено
на засіданні кафедри
фізичної терапії, ерготерапії
та спортивної медицини
як конспект лекцій
із дисципліни «Основи масажу».
Протокол № 9 від 18.03.21

Суми
Сумський державний університет
2021

Реабілітаційний масаж : конспект лекцій / укладачі:
О. С. Степаненко, А. В. Ольховик, С. А. Король, Д. С. Воропаєв. – Суми :
Сумський державний університет, 2021. – 152 с.

Кафедра фізичної терапії, ерготерапії та спортивної медицини МІ

ЗМІСТ

	С.
ВСТУП	6
Тема 1. Фізіологічний вплив масажу на системи й органи людини. Показання та протипоказання до масажу.....	7
1.1. Фізіологічний вплив масажу на шкіру.....	7
1.2. Фізіологічний вплив масажу на нервову систему.....	8
1.3. Фізіологічний вплив масажу на систему кровообігу та лімфообігу.....	8
1.4. Вплив масажу на опорно-руховий апарат	9
1.5. Фізіологічний вплив масажу на метаболічні процеси...	9
1.6. Фізіологічні показання та протипоказання до призначення реабілітаційного масажу	10
Тема 2. Методичні рекомендації до проведення реабілітаційного масажу	13
Тема 3. Техніка та методика виконання основних і допоміжних прийомів масажу.....	18
3.1. Методика і техніка виконання прийомів погладжування	18
3.2. Методика і техніка виконання прийомів розтирання...	25
3.3. Методика і техніка виконання прийомів розминання...	36
3.4. Методика і техніка виконання прийомів витискання ...	52
3.5. Методика і техніка виконання прийомів вібрації.....	58
3.6. Методика і техніка виконання активних та активно-пасивних рухів.....	69
Тема 4. Реабілітаційний масаж при захворюваннях і травмах опорно-рухового апарату.....	79
4.1. Методика реабілітаційного масажу при артритах та артрозах	79
4.1.1. Реабілітаційний масаж при плечолопатковому періартриті.....	80
4.1.2. Реабілітаційний масаж при артритах та артрозах кульшових суглобів.....	82
4.1.3. Реабілітаційний масаж при артрозі колінних суглобів.....	84

4.2. Методика реабілітаційного масажу при травмах та пошкодженнях опорно-рухового апарату.....	87
4.2.1. Реабілітаційний масаж при переломах хребта без пошкодження спинного мозку.....	90
4.2.2. Реабілітаційний масаж при переломах довгих трубчастих кісток у ділянці ліктьового суглоба	93
4.2.3. Реабілітаційний масаж при переломі хірургічної шийки та діафіза плечової кістки.....	97
4.2.4. Реабілітаційний масаж при переломах кісток таза.....	101
4.2.5. Реабілітаційний масаж при переломах кісток нижніх кінцівок різної локалізації.....	105
4.2.6. Реабілітаційний масаж при сколіозах.....	113
Тема 5. Методика реабілітаційного масажу при захворюваннях периферичної нервової системи	119
5.1. Реабілітаційний масаж при остеохондрозі хребетного стовпа	119
5.2. Реабілітаційний масаж при невралгії та невриті сідничного нерва.....	124
5.3. Реабілітаційний масаж при травмах периферичних нервів.....	125
Тема 6. Методика реабілітаційного масажу при захворюваннях серцево - судинної системи.....	127
6.1. Реабілітаційний масаж при стенокардії.....	127
6.2. Реабілітаційний масаж при ішемічній хворобі серця та її ускладненні. Масаж при інфаркті міокарда	128
6.3. Реабілітаційний масаж при гіпертонічній хворобі	130
6.4. Реабілітаційний масаж при гіпотонічній хворобі.....	134
Тема 7. Методика реабілітаційного масажу при захворюваннях дихальної та травної системи.....	136
7.1. Реабілітаційний масаж при хронічних неспецифічних захворюваннях легень.....	136
7.2. Реабілітаційний масаж при хронічному гастриті.....	137
7.3. Реабілітаційний масаж при хронічних колітах і дискінезіях шлунково-кишкового тракту.....	138
7.4. Реабілітаційний масаж при хронічних захворюваннях печінки і жовчних шляхів.....	140

7.5. Реабілітаційний масаж при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки	141
7.6. Реабілітаційний масаж при опущеннях органів черевної порожнини	142
Тема 8. Методика реабілітаційного масажу при порушенні обміну речовин	146
8.1. Реабілітаційний масаж при ожирінні	146
8.2. Реабілітаційний масаж при цукровому діабеті	147
8.3. Реабілітаційний масаж при подагрі	148
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	150

ВСТУП

Масаж як ефективний метод функціональної терапії набув великого поширення в усіх сферах клінічної медицини. Його застосовують і як самостійний метод лікування, і в поєднанні з іншими методами, такими як кінезіотерапія, фізіотерапія та ін., а також із профілактичною метою. При кожному захворюванні масаж має свою методику, суворо дозується залежно від етіології, патогенезу, клінічної форми і стадії захворювання.

Масаж (від франц. *massage, masser* – розтирати, від араб. *mass* – доторкатися) – лікувальний метод, що полягає в дозованому механічному і рефлекторному впливі на органи й тканини організму, здійснюваному рукою масажиста або спеціальним апаратом.

Масаж можна класифікувати за тими нозологічними одиницям, за яких його застосовують: масаж при травмах і захворюваннях опорно-рухового апарату, масаж при травмах і захворюваннях нервової системи, масаж при травмах і захворюваннях внутрішніх органів і т. ін. Для кожної групи захворювань характерні свої особливості техніки та методики сеансу масажу. При кожному захворюванні методика масажу залежить: від етіології, патогенезу, клінічної форми, перебігу і диференціюється у зв'язку з цими факторами. Реабілітаційний масаж – це зовнішнє лікування травм і деяких захворювань. Це дієвий та швидкий спосіб відновлення людського організму після травм та захворювань. Він дозволяє прискорити відновні процеси, полегшити стан пацієнта, знизити кількість медикаментів, відновити втрачені (ослаблені) функції організму.

Реабілітаційний масаж підсилює лімфо- і кровотік, нормалізує тонус м'язів, знижує рівень болю, допомагає в розсмоктуванні крововиливів, покращує рухливість суглобів після іммобілізації та активізує рухову функцію шлунково-кишкового тракту. Під час розроблення суглобів пасивними рухами м'язи розтягуються, усувається блокування і покращується рухливість суглобів.

ТЕМА 1. ФІЗІОЛОГІЧНИЙ ВПЛИВ МАСАЖУ НА СИСТЕМИ Й ОРГАНИ ЛЮДИНИ. ПОКАЗАННЯ ТА ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО МАСАЖУ

Застосовуючи масажні маніпуляції диференційовано: за формою, силою й тривалістю масажних прийомів, можна знижувати або підвищувати нервову збудливість ЦНС.

1.1. Фізіологічний вплив масажу на шкіру

Шкіра – складний орган, що є зовнішнім покривом тіла людини та виконує захисні й різноманітні фізіологічні функції.

Масаж поліпшує трофічні процеси в шкірі, очищає шкіру від клітин епідермісу, стимулює секреторну функцію потових і сальних залоз, погладжування та інші прийоми масажу поліпшують скоротливу функцію шкірних м'язів, збільшують (підвищують) її еластичність і напруження.

Під впливом масажу в шкірі утворюються фізіологічно активні гістаміноподібні речовини, а також інші продукти білкового розпаду, що спричиняють судинорозширювальний ефект, який поширюється на шари, які глибоко лежать, що доходять до м'язової тканини та викликають (стимулюють) рефлекторний вплив на весь організм [11].

У результаті посилення кровопостачання під впливом масажних прийомів шкіра набуває здорового відтінку, підвищується шкірно-м'язовий тонус, що робить шкіру гладкою, щільною й еластичною.

Масаж активує лімфо- та кровообіг, викликає зсув тканин та їх розтягування, що поліпшує дихання та обмін речовин у шкірі. Прискорює розсмоктування інфільтратів, зменшує атрофію м'язів.

1.2. Фізіологічний вплив масажу на нервову систему

Масаж поліпшує функціональну здатність центральної нервової системи, підсилює її регулювальну і координувальну функції, стимулює регенеративні процеси.

Суб'єктивні відчуття під час масажу зазвичай виявляються позитивними емоціями, відчуттями спокою, легкості, зігрівання тканин, ослабленням їх напруження, зменшенням больових відчуттів, поліпшенням загального самопочуття. У той самий час у разі неправильно встановлених показань і підбору методики дія масажу може виявлятися погіршенням загального стану, дратівливістю, загальною слабкістю, болючими відчуттями в тканинах чи посиленням болю в патологічному вогнищі. Не можна допускати болісних відчуттів у ділянці масажу, це призводить до ряду несприятливих вегетативних реакцій, що можуть супроводжуватися підвищенням рівня вмісту адреналіну і глюкози в крові, зростанням артеріального тиску [9].

1.3. Фізіологічний вплив масажу на систему кровообігу та лімфо обігу

Масаж позитивно впливає на серцево-судинну систему:

- 1) кров відтікає від внутрішніх органів до поверхні шкіри і м'язових шарів, настають помірне розширення периферичних судин та збільшення кількості функціонуючих капілярів;
- 2) покращується робота серця, підвищується його нагнітальна здатність;
- 3) поліпшуються кровопостачання і скоротлива здатність серцевого м'яза;
- 4) усуваються застійні явища в малому і великому колах кровообігу;
- 5) покращується обмін речовин у клітинах, підвищується поглинання тканинами кисню;
- 6) підвищується вміст у крові гемоглобіну й еритроцитів.

Масаж спричиняє незначні зміни артеріального тиску. Наприклад, у здорових осіб загальний масаж підвищує

систоличний тиск на 10–15 мм рт. ст. і призводить до незначного зниження діастолічного тиску.

Виражений вплив робить масаж на лімфотік. Лімфатична система тісно пов'язана з кровоносною системою. Послаблення руху лімфи приводить до погіршення живлення тканин і клітин, зниження їх обмінних процесів, виникнення набряків. Масажні рухи здійснюють у напрямку лімфатичної течії до найближчих лімфатичних вузлів [6].

1.4. Фізіологічний вплив масажу на опорно-руховий апарат

Для підвищення фізіологічної дії масажу на ОРА необхідно його проводити в теплому, сухому приміщенні. Розслаблення м'язів спостерігається в тому разі, якщо місця їх прикріплення зближені й відсутній який-небудь опір у вигляді скорочення м'язів. Повне розслаблення м'язів настає тоді, коли суглоби кінцівок зігнуті під визначеним кутом. Така позиція називається середнім фізіологічним положенням. Стан розслаблення м'язів (релаксація) є неодмінною умовою для ефективного проведення масажних маніпуляцій. На посиленні збуджувальних процесів під впливом масажу, особливо прийомів розминання, наголошує багато дослідників, підкреслюючи значення масажу як засобу відновлення функціональної недостатності м'язів, боротьби зі стомленням і стимулювання в організмі процесів газообміну. Масаж є активним подразником і сприяє максимальному підвищенню працездатності втомлених м'язів [10].

1.5. Фізіологічний вплив масажу на метаболічні процеси

Масажні маніпуляції активно впливають на газообмін, мінеральний і білковий обміни, виділення з організму мінеральних солей: натрію хлориду, неорганічного фосфору й азотистих органічних речовин, сечовини, сечової кислоти.

Під дією масажу в шкірі утворюються продукти білкового обміну – гістамін, ацетилхолін, що резорбтивно впливають на тканини й органи людини.

Експериментально встановлено, що підвищене сечовиділення та збільшення виділення азоту можуть продовжуватися впродовж доби після проведення процедури масажу. Масажні маніпуляції проведені після фізичного навантаження, підсилюють сечовиділення та підвищують виділення азотистих речовин. Масаж посилює збуджувальні процеси в центральній нервовій системі, позитивно позначається на процесах газообміну, збільшуючи хвилинний об'єм дихання і споживання кисню тканинами. При розминанні м'язів усього тіла встановлено, що хвилинний об'єм дихання під час масажу збільшується на 24,2 %, а споживання кисню на – 33 %. Частота дихання збільшується за один рух і трохи поглиблюється (на 53,4 моль). Після масажу МОД збільшується на 10,4 %, а споживання кисню – на 19,3 %. Зміна процесів газообміну при місцевому масажі залежить від місця впливу.

1.6. Показання та протипоказання до проведення реабілітаційного масажу

Масаж застосовують на всіх етапах реабілітаційного процесу. У комплексному відновлювальному лікуванні підгострих і хронічних захворювань органів кровообігу, нервової системи, опорно-рухового апарату, внутрішніх органів та інших захворювань. Його призначають як засіб профілактики для відновлення працездатності при розумовому і фізичному стомленні та боротьби з професійними розладами внаслідок шкідливих умов роботи.

Показання до проведення реабілітаційного масажу

1. Остеохондроз.
2. Забій, розтягування та розрив м'язів, сухожиль і зв'язок.
3. Переломи на всіх стадіях загоєння.

4. Функціональні розлади після перелому і вивиху (тугорухливість суглобів, м'язові зміни, рубцеві зрощення тканин).
5. Артрита на підгострій і хронічній стадіях.
6. Невралгії і неврити.
7. Радикуліти.
8. Паралічі.
9. Стенокардія.
10. Гіпертонічна, гіпотонічна хвороба.
11. Реабілітаційний період після інфаркту міокарда.
12. Хронічний гастрит.
13. Порушення моторної функції товстого кишечника.
14. Бронхіт.
15. Пневмонія.
16. Бронхіальна астма.
17. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки (в стадії ремісії).

Протипоказання до проведення реабілітаційного масажу:

1. Гіпертермія.
2. Кровотечі і схильність до них.
3. Хвороби кровоносної системи: лейкоз, лейкемія і т. ін.
4. Гнійно-запальні процеси будь-якої локалізації.
5. Захворювання шкіри, нігтів, волосся.
6. Запалення кровоносних і лімфатичних судин, тромбози, виражене варикозне розширення вен.
7. Атеросклероз периферичних судин та судин головного мозку.
8. Аневризма аорти та серця.
9. Алергічні захворювання з проявами на шкірі.
10. Захворювання органів черевної порожнини зі схильністю до кровотеч.
11. Хронічний остеомієліт.
12. Пухлини злоякісні та доброякісні.

13. Психічні захворювання з надмірним збудженням центральної нервової системи.
14. Недостатність кровообігу 3-го ступеня.
15. У період гіпер- і гіпотонічних кризів.
16. Гостра ішемія міокарда.
17. Виражений склероз судин головного мозку.
18. Гостре респіраторне захворювання (впродовж хвороби і 2–5 днів після клінічного видужання).
19. Розлади кишково-шлункового тракту (нудота, блювання, діарея).
20. Серцево-легенева недостатність 3-го ступеня.
21. Сифіліс I–II стадій та інші гострі венеричні захворювання.
22. Активна форма туберкульозу.
23. Виражений склероз мозкових судин зі схильністю до тромбозів і крововиливів.

Крім того, за різних травм, захворювань, можуть бути тимчасові протипоказання до масажу, які визначає лікар. Масаж може бути відмінений у разі загострення, поганої переносності процедур масажу [3].

ТЕМА 2. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРОВЕДЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МАСАЖУ

Застосування різних прийомів масажу методично залежить від анатомо-фізіологічних особливостей масажованої ділянки тіла, функціонального стану пацієнта, віку, статі, стадії та клінічно-симптоматичного захворювання.

Методика реабілітаційного масажу ґрунтується на пошировій дії на сполучнотканинні утвори з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей масажованої ділянки і сегментарних зв'язків хребта з внутрішніми органами та функціональними системами (В. І. Дубровський).

Прийоми масажу класифікують як середньоглибокі (погладжування, розтирання, витискання), глибокі (розминання) та ударні (вібрація).

1. Під час проведення масажу потрібно чергувати прийоми, не роблячи перерв між ними. Не варто також масажувати лімфатичні вузли.

2. Починати масаж необхідно м'яко і ніжно з поступовим посилюванням сили натиску, а в кінці процедури повторити прийоми погладжування. Кількість повторень окремих масажних прийомів різна і залежить від індивідуальних особливостей пацієнта і деяких інших чинників – віку, стану здоров'я і т. ін.

3. Сила і дозування масажу мають велике значення: грубі, постійні, хаотичні й неритмічні рухи, а також надмірна тривалість масажу можуть спричиняти больові відчуття, судорожні скорочення м'язів, подразнення кори головного мозку і перебудження нервової системи. Не потрібно також починати масаж різкими рухами і припиняти раптово.

4. Важливо змінювати силу тиску пальців на тіло та уважно фіксувати відчуття, що виникають. Робити такі тренувальні сеанси масажу потрібно для того, щоб виникло відчуття ритму, за якого руки рухаються безперервно, змінюючи один прийом іншим.

5. Необхідно пам'ятати, що масажні рухи повинні бути спрямовані в напрямку лімфатичних шляхів у бік найближчих лімфатичних вузлів.

Під час масажу верхніх кінцівок напрям рухів повинен йти від кисті руки до ліктьового суглоба, потім – від ліктьового суглоба до пахвової западини [12]. Масажувати лімфатичні вузли категорично заборонено.

6. Під час масажу нижніх кінцівок рухи повинні бути спрямовані від стопи до колінного суглоба, потім – від колінного суглоба до пахової ділянки.

7. Під час масажу тулуба, шиї, голови рухи повинні прямувати від груднини в боки, до пахових западин, від крижів угору до шиї, від волосяного покриву голови до підключичних вузлів.

8. Під час масажі живота прямі м'язи масажують у напрямі зверху вниз, а косі, навпаки, – від низу вгору.

Починати масаж необхідно з великих ділянок тіла, а потім потрібно переходити до менших, така послідовність сприяє поліпшенню лімфообігу і кровообігу організму.

Методичні рекомендації до проведення загального масажу

План масажу

1. В. п. масажованого – лежачи на спині (масаж спини, шийно-комірцевої зони, верхніх кінцівок, задньої поверхні нижніх кінцівок, сідниць).
2. В. п. масажованого – лежачи на спині (масаж нижніх кінцівок, передньої поверхні нижніх кінцівок).

Сеанс загального масажу починають зі спини, шийно-комірцевої зони з боку, розміщеного ближче до масажиста. Потім масажист переходить на протилежний бік і масажує другу половину спини, шиї та іншу верхню кінцівку. Голову можна масажувати після спини, шиї і рук або в кінці всього сеансу. Потім по черзі масажують сідничні м'язи і крижі. Далі – ближче до масажиста стегно і колінний суглоб, потім з іншого боку –

друге стегно і коліно. Після цього настає черга литкового м'яза, ахілового сухожилля, п'яти і підошовної поверхні стопи – спочатку з одного, а потім з іншого боку [7].

Далі в. п. масажованого – лежачи на спині, масаж грудей починають із протилежного від масажиста боку. Потім масажують ближню до масажиста верхню кінцівку (спочатку її внутрішню поверхню) в такій послідовності: плече, ліктьовий суглоб, передпліччя, променево-зап'ястковий суглоб, кисть і пальці. Верхню кінцівку можна масажувати і в в. п. масажованого лежачи на животі. Після цього масажист переходить на інший бік і масажує другу половину грудей і другу руку (А. А. Бірюков). Так само по черзі масажують стегна, колінні суглоби, гомілки, гомілковостопні суглоби і стопи. Закінчують процедуру масажем живота та голови (рис. 1).

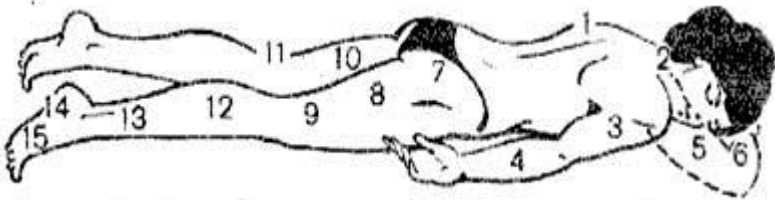


Рисунок 1 – Послідовність масажування ділянок тіла

Методичні рекомендації під час виконання масажних прийомів:

1) долоні масажиста повинні щільно прилягати до поверхні тіла під час виконання прийомів погладжування і розтирання;

2) необхідно виконувати повне захоплення масажованого м'яза, щоб уникнути больових відчуттів;

3) розминання потрібно виконувати в напрямку м'язових волокон м'яко, плавно, ніжно без ривків;

4) при ударних прийомах кисть масажиста повинна бути розслабленою;

5) масажні прийоми повинні бути закінченими, тобто безперервними від початку м'яза до його прикріплення;

6) розминання м'яза повинно бути рівномірним на всій його довжині;

7) після кожного прийому розминання потрібно виконувати погладжування, струшування (потрашування).

Навчання методики і техніки прийомів реабілітаційного масажу базується на таких основних правилах:

1. Усі масажні прийоми потрібно виконувати в напрямку від периферії до центра, в напрямку лімфатичних шляхів до найближчих лімфатичних вузлів.

2. Лімфатичні вузли масажувати не можна.

3. Положення пацієнта повинно бути таким, щоб масажована частина була максимально розслабленою.

4. Масажні прийоми не повинні спричиняти больових відчуттів.

5. Під час виконання будь-якого прийому необхідно додержуватися певного ритму, темпу рухів і сили тиску (здавлювання).

6. Масажувати потрібно кінцівки, ближче розміщені до масажиста («ближні»), і ділянки на тулубі (в ділянці шиї, спини, таза, грудних і косих м'язів живота), розміщені далі від нього («далекі»).

Методичні рекомендації щодо техніки прийомів класичного масажу. За час опису положення масажованого і масажиста вживаються деякі специфічні вирази:

1. Якщо рука масажиста рухається «переднім ходом», це означає, що вона ковзає вперед великим і вказівним пальцями (променевим краєм) або долонею, якщо рука рухається «зворотним ходом», отже, вона ковзає вперед мізинцем (ліктьовим краєм кисті).

2. Під «ближньою» ногою або рукою (мають на увазі кінцівку пацієнта) розуміють розміщену ближче до масажиста, під «далекою» – розміщену далі від масажиста.

3. Якщо поперечні осі (осі плечей) тіла масажиста і тіла пацієнта взаємно перпендикулярні, то говорять, що масажист стоїть «перпендикулярно» до ділянки тіла пацієнта (тобто масажист стоїть обличчям до столу, де лежить пацієнт);

4. Якщо ці осі паралельні, масажист стоїть поздовжньо (тобто масажист стоїть лівим або правим боком до пацієнта) [5].

5. Під час навчання методики і техніки прийомів масажу рекомендується додержуватися прийнятої послідовності проведення процедури. Спочатку масажують внутрішній бік тієї чи іншої частини тіла, потім – середній і зовнішній [4].

Напрямок руху рук під час виконання прийомів показаний на рисунку 2.

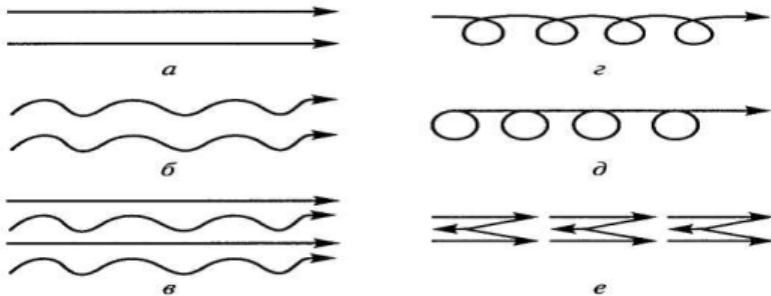


Рисунок 2 – Напрямок руху рук під час виконання прийомів масажу: а) прямолінійний; б) зигзагоподібний; в) комбінований; г) спіралеподібний; д) колоподібний; е) штрихоподібний

ТЕМА 3. ТЕХНІКА ВИКОНАННЯ ОСНОВНИХ ТА ДОПОМІЖНИХ МАСАЖНИХ ПРИЙОМІВ

3.1. Методика виконання прийомів погладжування

Погладжування – це масажний прийом, під час якого рука масажиста ковзає по шкірі і не зсуває її в складки. Під час виконання прийомів погладжування зі шкіри механічно видаляються відмерлі лусочки епідермісу, поліпшується шкірне дихання, посилюється видільна функція сальних і потових залоз, підвищується шкірно-м'язовий тонус, скоротлива функція шкірних залоз.

Погладжування є гімнастикою для кровоносних судин шкіри – сприяє розкриттю резервних капілярів, розширює їх. Під впливом погладжування підвищується місцева температура тіла виникає приємне відчуття тепла, відбувається розширення судин, що спричиняє прилив артеріальної крові до масажованої ділянки та сприяє перерозподілу крові в організмі, посилює відтікання венозної крові й лімфи, усуває застійні явища, покращує еластичність і пружність шкіри, збільшує кількість еритроцитів і тромбоцитів у крові.

Основні та додаткові прийоми погладжування знімають напруження нервової системи, а в разі тривалого застосування діють знеболювально і тому широко використовуються в реабілітаційному масажі при захворюваннях і травмах. У рефлексогенних ділянках (шийно-потилична, верхньогрудна, епігастральна та ін.) вони рефлекторно-терапевтично впливають на патологічно змінену функцію різних тканин і внутрішніх органів.

У чоловіків у разі доторкання до ділянки грудей потрібно обходити сосок. У жінок погладжування виконуються вище і нижче від грудної залози; грудні залози масують лише за особливими показаннями та призначенням лікаря.

Методичні рекомендації до проведення погладжування:

1. Погладжування – це легкий, поверхневий прийом, який виконують долонною поверхнею максимально розслабленої кисті, чотири пальці у цьому разі зімкнуті, а великий – відведений у бік. Кисть повинна якомога ширше охоплювати масажовану ділянку тіла, в косметичному і дитячому масажі погладжування виконують подушечками 1–3-го і 1–4-го пальців. Руки масажиста ковзають по шкірі, не згортаючи її складками.

2. Масажний прийом виконують повільно, ритмічно, легко. Цей прийом покращує відтікання з кровоносних і лімфатичних судин, розслаблює м'язи та заспокоює пацієнта. Темп рухів – 24–26 за 1 хвилину. Під час виконання швидких неритмічних рухів ускладнюється лімфо течія і це впливає на пацієнта збудливо.

3. Масажні рухи спрямовані до найближчих лімфатичних вузлів, а тиск масуючої руки повинен поступово зростати від початку до середини масажованого сегмента і слабшати біля лімфатичних вузлів.

4. У разі набряку тканин погладжування потрібно робити вище від ураженої ділянки, щоб звільнити шлях для просування крові й лімфи з нижчерозміщених ділянок. Так, у разі набряку колінного суглоба потрібно масажувати спочатку стегно (відсмоктуючи – методика масажу), а потім поступово переходити до верхньої межі набряку й далі – до ураженого суглоба.

5. Під час виконання прийомів погладжування руки масажиста повинні повертатися у вихідне положення найкоротшим шляхом.

6. Погладжуванням починається сеанс масажу, ним і закінчується масаж. На цей прийом витрачається частіше за все 5–10 % часу від усього сеансу масажу.

7. Види застосовуваних прийомів погладжування залежать від цільової установки масажу.

Класифікація прийомів погладжування і техніка їх виконання.

Основні прийоми погладжування:

- 1) прямолінійне поперечне;
- 2) зигзагоподібне;
- 3) спіралеподібне;
- 4) поперединне;
- 5) комбіноване;
- 6) прямолінійне поздовжнє, однією і двома руками (фінський варіант);
- 7) охоплювальне;
- 8) концентричне (на великих суглобах);
- 9) колоподібне (на дрібних суглобах).

1. Прямолінійне поперечне погладжування. В. п. масажиста – перпендикулярно до масажованого. Розслаблена кисть долонною поверхнею рухається переднім ходом, тобто кисть ковзає вперед великим і вказівним пальцями, водночас чотири пальці зімкнуті та розміщені впоперек м'яза, а великий палець відведений і розміщений вздовж нього, кисть у цьому разі широко охоплює масажовану ділянку.

2. Зигзагоподібне погладжування. Цей прийом виконують з того самого в. п. і в тому самому напрямку, що й прямолінійне погладжування. Відмінність лише в тому, що кисть установлюється дещо по діагоналі. Зигзагоподібне погладжування завжди проводять переднім ходом, воно повинно бути легким і ковзним.

3. Спіралеподібне погладжування дуже схоже на зигзагоподібне. Відмінність його в тому, що рух руки на масажованій ділянці здійснюється спіралеподібно. Його дія спричиняє більшу тонізацію, ніж зигзагоподібне погладжування (рис. 3).



Рисунок 3 – Прямолинійне, зигзагоподібне, спіралеподібне погладжування

4. Поперемінне погладжування. Під час поперемінного погладжування рухи кистями масажиста здійснюються безперервно: коли одна рука закінчує погладжування переднім ходом, інша – переноситься схресно і повторює той самий рух зворотним ходом (ліктьовим краєм кисті). Безперервність рухів має велике значення для ефективності цього прийому. Поперемінне погладжування виконують у тих самих в. п. масажованого і масажиста і на тих самих ділянках тіла, що й прямолинійне поперечне погладжування.

5. Комбіноване погладжування. Цей вид погладжування являє собою вид поперемінного погладжування: одна рука переднім ходом робить зигзагоподібний або спіралеподібний рух, а інша рука зворотним ходом – прямолинійний рух. Рухи повинні відбуватися безперервно один за одним, щоб пацієнт весь час відчував дотик рук.



Рисунок 4 – Поперемінне та комбіноване погладжування

6. Прямолінійне поздовжнє, однією і двома руками одночасно або поперемінно (фінський варіант). Прийом виконують із поздовжнього в. п. щодо масажованої ділянки тіла, але при поздовжньому погладжуванні масажист повинен стояти боком до пацієнта. Рухи кисті, яка масажує, виконують завжди переднім ходом, від себе, нігтьовими фалангами вперед, великі пальці в цьому разі відведені (рис. 5).



Рисунок 5 – Прямолінійне поздовжнє погладжування

7. Охоплювальне погладжування використовують для масажу верхніх і нижніх кінцівок, ділянок сідниць, шиї, а також бічних поверхонь тулуба. Проводять охоплювальне погладжування розслабленою кистю однієї та обох рук одночасно чи поперемінно, в цьому разі великий палець повинен бути відведений у бік, а інші пальці повинні бути зімкнуті. Кисть повинна щільно охоплювати масажовану ділянку.

8. Концентричне погладжування. Цьому прийому приділяють особливу увагу, оскільки він дуже ефективний у випадку травм і захворювань суглобів. Завдяки цьому прийому проводять профілактику, попередження травм, пошкоджень у суглобах, що виникають у холодну пору року або під час складних рухів. Виконують його в ділянці великих суглобів – колінного, плечового, гомілковостопного, ліктьового. В. п. масажиста – стоячи перпендикулярно до масажованого з накладеними на суглоб якомога ближче один до одного

кистями рук із далеко відставленими великими пальцями та рухами у вигляді вісімки (рис. 6).



Рисунок 6 – Концентричне погладження на колінному суглобі

9. Колоподібне погладження виконують на малих суглобах. Для цього основу кисті накладають на суглоб і роблять колові рухи в бік мізинця.



Рисунок 7 – Колоподібне погладження на зап'ястковому суглобі

Допоміжні прийоми погладження:

- 1) щипцеподібне;
- 2) граблеподібне;
- 3) гребенеподібне;
- 4) гладження.

1. Щипцеподібне погладження виконують щипцеподібно складеними пальцями, частіше 1-м, 2-м, 3-м або

лише 1-м і 2-м пальцями. Застосовують під час масажу пальців кисті, стопи, ахілового сухожилля, невеликих м'язових груп, вушних раковин, носа.

2. Граблеподібне погладження виконують подушечками чотирьох граблеподібно розведених випрямлених пальців однієї або обох кистей. Вплив посилюється при збільшенні кута між пальцями і масажованою ділянкою, а також при обтяженні іншою кистю. Цей вид погладження застосовують на міжреберних проміжках, зовнішній частині кисті та стопи, волосистій частині голови, на ділянках тіла, коли необхідно минути місця з пошкодженням шкіри (рис. 8).



Рисунок 8 – Граблеподібне погладження на міжреберних проміжках

3. Гребнеподібне погладження виконують кістковими виступами основних фаланг напівзігнутих у кулак пальців однієї або двох кистей. Застосовують на великих м'язових групах у ділянці спини, таза, на підошовній поверхні стопи, долонній поверхні кисті й там, де сухожилльні піхви покриті щільним апоневрозом (рис. 9).



Рисунок 9 – Гребнеподібне прогладження

4. Гладження – прийом м'який та ніжний, тому його часто використовують у дитячому масажі, для масажу ділянки обличчя й шиї, а також під час масажу спини, живота і підшов. Гладження з обтяженням використовують для масажування внутрішніх органів. Виконують масажний прийом однією або двома руками, пальці рук зігнуті в п'ястно-, фалангових суглобах під прямим кутом (рис. 10).



Рисунок 10 – Гладження

3.2. Методика виконання прийомів розтирання

Розтирання – це масажний прийом, коли рука масажиста не ковзає по шкірі, а зсуває її під час рухів із незначним зусиллям. Завдяки нервово-рефлекторному і гуморальному впливам розтирання судини розширюються, з'являється виражена гіперемія не лише на шкірі, а й у тканинах, які глибоко лежать, і виникає посилений приплив крові до масажованої ділянки, що сприяє прискоренню процесів ліквідації випотів, крововиливів і патологічних відкладень. Це особливо важливо при артритах, артрозах, тугоухливості суглобів.

Приплив крові до масажованої ділянки доставляє більше кисню, поживних і хімічно активних речовин, що сприяє покращанню живлення та регенерації пошкоджених тканин. Цю властивість розтирання доцільно використовувати під час лікування переломів, для прискорення утворення кісткової мозолі, прискорення регенерації пошкодженого нерва та ін.

Розтирання сприяє поліпшенню рухливості тканин, розтягуванню рубців, спайок, сприяє збільшенню амплітуди

рухів у суглобі та їх міцності; сповільнює процес старіння суглобів, діє як болезаспокійливий засіб при травмах та інших захворюваннях.

При енергійному розтиранні температура шкіри підвищується на 3–5°, що сприяє зменшенню в'язкості м'язів, їх розслабленню і підвищенню властивостей розтяжності й еластичності. Розтирання особливо важливе при парезах та паралічах, оскільки цей прийом підвищує тонус і скоротливу функцію м'язів, призначається для профілактики м'язової атрофії та гіпотрофії.

Глибокий вплив розтирання сприяє ліквідації набряків, розсмоктуванню різних патологічних відкладень, посиленню лімфоутворення.

Розтирання в напрямку нервових стовбурів і в місцях виходу нервів знижує нервову збудливість. Так, наприклад, розтирання широко використовують при невритах, невралгіях, плекситах, радикулітах не лише через його виражену знеболювальну дію, а й тому, що під впливом розтирання в нерві та оточуючих тканинах поліпшують трофіка, газообмін, швидше розсмоктується запальний екссудат.

Методичні рекомендації до проведення масажних прийомів розтирання

1. Прийом базується на пересуванні, зсуві або розтягненні тканин, які виконують у різних напрямках. Розтирання має такі особливості: під час розтирання шкіра зсувається разом із рукою, яка масажує, у цьому разі кисть, що виконує розтиральні рухи, впливає на шкіру, підшкірну клітковину і м'язи.

2. Прийоми розтирання проводять значно інтенсивніше, ніж погладжування.

3. Під час розтирання напрям руху не визначається ходом лімфатичних шляхів, він може здійснюватися в будь-яких напрямках.

4. Під час масажу малорухомих тканин, рубців, глибоко спаяних із прилеглими тканинами, кисть, яка масажує, під час

розтирання зберігає тісний контакт із шкірою. Цього можна досягти, якщо під час масажу не застосовувати змащувальних засобів.

5. Розтирання залежно від показань може бути поверхневим і глибоким. Сила тиску залежить від кута нахилу кисті, яка масажує (зростання відбувається при великому куті нахилу), а також за допомогою кисті, що накладається на іншу (обтяження).

6. Розтирання завжди комбінують із погладжуванням, оскільки в разі больових відчуттів у ділянці патологічного вогнища погладжування зменшує біль, сприяє розслабленню тканин.

7. В одному сеансі масажу рекомендується застосовувати лише ті види розтирання, які визначаються цільовою установкою масажу, місцем його проведення, самопочуттям масажованого.

Класифікація прийомів погладжування і техніка їх виконання

Основні прийоми розтирання – це розтирання площинне та охоплювальне всією долонею, опорною частиною кисті, гребенем кулака, ліктьовим краєм кисті та пучками пальців однією або двома руками.

Розтирання площинне всією долонею, опорною частиною кисті, гребенем кулака та пальцями залежно від напрямку руху поділяють на: прямолінійне, колоподібне, спіралеподібне, зигзагоподібне і у вигляді вісімки.

1. Розтирання площинне всією долонею виконують у ділянці спини, сідниць, на стегнах. На випуклих поверхнях тулуба, шиї, кінцівках виконують охоплювальне розтирання всією долонею.

2. Прямолінійне, зигзагоподібне і спіралеподібне розтирання «щипцями», виконують лише на суглобах. Для виконання цього прийому кисть масажиста у вигляді арки встановлюється над суглобом і ковзає вгору, масажуючи

великим пальцем зовнішній бік суглоба, а чотирма – внутрішній. Застосовують масажний прийом на передній і задній поверхнях колінного суглоба, на гомілково-стопному, ліктьовому і променево-зап'ястковому суглобах (рис. 11).



Рисунок 11 – Прямолінійне, зигзагоподібне і спіралеподібне розтирання «щипцями»

3. На великих м'язових групах застосовують масажний прийом – розтирання опорною частиною кисті. Його зазвичай використовують під час масажу спини, стегон, сідниць, на суглобах, зв'язках, сухожиллях, фасціях, крижі, тильних поверхнях долонь, стоп ніг. Виконувати розтирання опорною частиною кисті можна як однією, так і двома руками одночасно, водночас кисть руки перебуває в найбільш розслабленому стані, пальці для цього трохи зігнуті. При такому масажному прийомі рухи виконують прямолінійно, зигзагоподібно, спіралеподібно або колоподібно (рис. 12).



Рисунок 12 – Розтирання основою долоні

Розтирання пучками пальців застосовують під час масажу волосистої частини голови, обличчя, міжреберних проміжків, спини, кистей, стоп, суглобів і сухожиль, гребенів клубової кістки. Виконують розтирання за допомогою подушечок пальців або тильним боком їх фаланг. Можна виконувати розтирання одним великим пальцем, у цьому разі інші пальці повинні спиратися на масажовану поверхню. Якщо ж розтирання виконують усіма пальцями, крім великого, опорну функцію виконує великий палець або опорна частина кисті. Можна використовувати під час розтирання лише середній палець, виконуючи масажний прийом подушечкою пальця прямолінійно, по колу або штрихове розтирання. Такий спосіб розтирання дуже зручно використовувати під час масажування міжреберних і міжп'ясних проміжків. Проводять розтирання пучками пальців як однією, так і обох кистей. Іншу руку можна використовувати для обтяження, а можна виконувати розтираючи рухи паралельно (рис. 13).

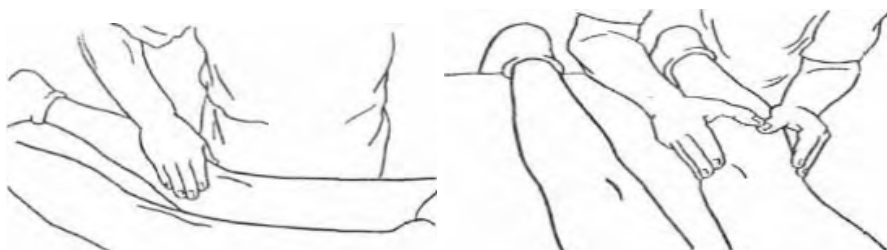


Рисунок 13 – Розтирання пучками чотирьох пальців, однією та двома руками

4. Розтирання фалангами зігнутих пальців, однією та двома руками в різних напрямках. Застосовують прийом на шийно-комірцевій ділянці: вздовж хребетного стовпа двома руками, на фасції трапецієподібного м'яза, на поперековій ділянці, крижах, гребенях клубової кістки і кульшовому суглобі однією рукою, на колінному суглобі в обох положеннях двома руками, на п'яті та підшві однією рукою, на плечовому і ліктьовому суглобах у в. п. – лежачи на животі – однією рукою,

на ліктьовому суглобі у в. п. – лежачи на спині – двома руками, на груднині та широкій фасції стегна – однією рукою (рис. 14).



Рисунок 14 – Розтирання фалангами чотирьох пальців

5. Спіралеподібне або колоподібне розтирання променевою частиною кисті. Кисть під час виконання цього прийому перебуває в положенні, коли 1-й і 3-й пальці зімкнуті, а 2-й – трохи відведений угору. Рухи: по-спіралі або по колу спрямовані в бік мізинця. Застосовують масажний прийом на поперековій ділянці спини, на широкій фасції стегна, на колінному суглобі, на задній та медіальній поверхнях гомілки (рис. 15).



Рисунок 15 – Розтирання променевим боком кисті

6. Розтирання ліктьовим краєм кисті використовують під час масажу таких великих суглобів, як колінний, плечовий і кульшовий. Застосовують розтирання ліктьовим краєм кисті під час масажу спини й живота, країв лопаток і гребенів клубових кісток. Під час виконання цього прийому краєм кисті зміщують

прилеглі тканини, утворюючи при цьому шкірну складку. Долоня під час виконання прийому дещо зігнута в п'ясно-фалангових суглобах, подушечка великого пальця притиснута до середньої фаланги вказівного пальця, а мізинець злегка заглиблений усередину (рис. 16).



Рисунок 16 – Розтирання ліктювим боком кисті

7. Розтирання гребенем кулака. Цей вид прийому виконують середньопроксимальними суглобами пальців кисті, стиснутими в кулак (гребінь кулака), при відведеному великому пальці, напрямок рухів – спіралеподібно або колоподібно. Застосовують цей масажний прийом на кульшовому суглобі, гребені клубової кістки, стопах ніг і кистей рук (рис. 17).



Рисунок 17 – Розтирання гребенем кулака

8. Граблеподібне розтирання. Прийом масажу використовують за необхідності обійти уражені ділянки на масажованій поверхні. Показання до виконання прийому – при варикозному розширенні вен, щоб розведеними пальцями масажувати ділянки між венами, не зачіпаючи самих вен: під час масажу міжреберних проміжків, волосистої частини голови.

Виконують рухи широко розставленими пальцями, в цьому разі подушечки пальців виконують розтираючі рухи прямолінійно, колоподібно, зигзагоподібно, спіралеподібно або штрихуванням. Проводять граблеподібне розтирання зазвичай двома руками, можна виконувати рухи не лише пучками пальців, а й тильними поверхнями зігнутих нігтьових фаланг (рис. 17).



Рисунок 18 – Граблеподібне розтирання

9. Прямолінійне, зигзагоподібне й колоподібне розтирання пучкою великого пальця. Розтирання цим масажним прийомом виконують як однією рукою (великим пальцем), так і двома одночасно або поперемінно. Для цього пучки великого пальця накладають на масажовану ділянку, придавлюючи тканини до кісткового ложа і розтирають переліченими рухами.

Застосовують прийом на поперековій ділянці спини, суглобах, фасції трапецієподібного м'язу, крижі, ахіллового сухожиллі, міжреберних проміжках, міжп'ясних і

міжплезнових проміжках, на груднині, шії – вздовж хребетного стовпа (рис. 19).



Рисунок 19 – Розтирання подушечкою великого пальця

10. Щипцеподібне розтирання. Масажний прийом застосовують під час масажу обличчя, носа, вушних раковин, сухожиль і невеликих м'язів. Виконувати щипцеподібне розтирання необхідно кінчиками великого і вказівного або великого, вказівного і середнього пальців. Пальці набирають форми щипців і рухаються по колу або прямолінійно.

Допоміжні прийоми розтирання

- 1) штрихування;
- 2) пиляння;
- 3) перетинання;
- 4) стругання.

1. Штрихування. Цей прийом застосовують під час лікування післяопікових шкірних рубців, рубцевих зрощень після інших ушкоджень шкіри, післяопераційних спайок, патологічних ущільнень. У певних дозах штрихування здатне зменшувати збудливість центральної нервової системи, що надає знеболювального ефекту, збільшення рухливості й еластичності тканин, які підлягають масажу. Проводять штрихування подушечками великого, вказівного і середнього пальців (кожним окремо). Можна проводити штрихування вказівним і середнім пальцями спільно. Під час виконання

штрихування випрямлені пальці повинні перебувати під кутом 30° до масажованої поверхні. Штрихування проводять короткими й прямолінійними рухами в поздовжньому і поперечному напрямках. Пальці не повинні ковзати по поверхні, прилеглі тканини під час виконання прийому зміщуються в різних напрямках (рис. 20).



Рисунок 20 – Штрихування

2. Пиляння. Масажний прийом використовують для масажу спини, стегон, гомілки, живота, а також тих ділянок тіла, на яких розміщені великі м'язи і суглоби.

Пиляння виконують однією або двома руками, рухи здійснюють ліктьовим краєм кисті. Пиляння однією рукою необхідно проводити в напрямі вперед – назад, водночас прилеглі тканини зміщуються і розтягуються. Якщо пиляння проводять двома руками, кисті рук необхідно розміщувати на масажованій поверхні долонями один до одного на відстані 2–3 см. Вони повинні здійснювати рухи в протилежному напрямку. Необхідно виконувати рухи так, щоб кисті рук не ковзали, а зрушували прилеглі тканини (рис. 21).



Рисунок 21 – Пиляння

3. Пересікання. Прийом використовують під час масажування м'язів спини і живота, кінцівок, шийного відділу хребта, трапецієподібного м'яза однією або двома руками. Рухи здійснюють променевим краєм кисті, великий палець повинен бути максимально відведений убік. Якщо пересікання проводять однією рукою, необхідно робити ритмічні рухи від себе й до себе. Під час виконання прийому двома руками, кисті необхідно розмішувати на відстані 2 - 3 см одної від одної. Руки повинні рухатися в напрямку від себе й до себе поперемінно, зміщуючи прилеглі тканини (рис. 22).



Рисунок 22 – Пересікання

4. Стругання – допоміжний прийом розтирання, який застосовують, якщо необхідно виключити вплив на уражені ділянки шкіри, а також при відновному лікуванні шкіри зі

значними рубцевими ураженнями. Застосовують цей прийом для підвищення м'язового тону: однією або обома руками. Стругання робить збуджувальний вплив на нервово-м'язову систему. Під час проведення масажу двома руками обидві кисті повинні рухатися послідовно, одна за одною, пальці потрібно скласти разом, водночас їх необхідно розігнути в суглобах, подушечки пальців здійснюють натискання, а потім зсув тканин (рис. 23).



Рисунок 23 – Стругання

3.3. Методика виконання прийомів розминання

Розминання впливає сильніше, ніж усі інші прийоми, на нервово-м'язовий апарат. Масажист зобов'язаний добре володіти цим прийомом. Невипадково кажуть: «Масажувати – означає розминати». Це висловлювання особливо підходить для спортивного й гігієнічного масажу.

Під впливом розминання в м'язах значно збільшуються лімфо- і кровообіг, що активізує окисно-відновні процеси, а також покращує живлення тканин, сприяє розсмоктуванню патологічних відкладень, випотів і крововиливів.

У разі травм м'язів розминання підсилює й прискорює регенеративні процеси. Розминання порівнюють із дією неспецифічної оксигенотерапії (лікування киснем). Після масажу споживання кисню збільшується іноді до 135% і більше. Швидкому відновленню працездатності м'яза також сприяє й те, що, здавлюючи, зміщуючи і розминаючи м'яз, масажист

механічно подрібнює і роздавлює затвердіння в ньому. При захопленні й відтягуванні м'яз скорочується, а при відпусканні – розслаблюється. Тому розминання можна розглядати як своєрідну пасивну гімнастику для м'язів і ефективно застосовувати з профілактичною метою для ліквідації атрофії м'язів.

Розминання сприяє збудженню рецепторів м'язової тканини, сухожиль, суглобових сумок, фасцій та окістя, завдяки цьому створюються умови, що змінюють стан центральної нервової системи і нервово-м'язового апарату. Напрямок цих змін залежить від характеру проведення розминання: темпу, сили й тривалості прийому. При повільному темпі, сильному (глибокому) і тривалому розминанні зазвичай знижується збудливість кори головного мозку і тонусу м'язів, і, навпаки, при більш швидкому темпі, поверхневому й короткому за часом розминанні відбувається підвищення збудливих процесів і тонусу м'язів. Таким чином, змінюючи характер розминання, можна по-різному впливати на функціональний стан нервово-м'язової системи.

Методичні рекомендації до проведення розминання.

1. Перед здійсненням прийомів розминання м'язи необхідно добре розслабити, масажовані ділянки тіла повинні бути в зручному положенні з доброю їх фіксацією.

2. Сутність прийомів полягає в тому, що під час виконання одних прийомів м'язова тканина піднімається від кісткового ложа і розминається, а під час виконання інших – м'язова тканина придавлюється до кісткового ложа й розминається шляхом її зміщення.

3. Розминання повинно проводитися плавно, ритмічно, без ривків, різкого смикання, перекручування м'язів, один вид розминання повинен переходити в інший без пауз.

4. Прийом потрібно починати в місцях переходу м'язів у сухожилля з легких і поверхневих розминань і лише після декількох масажних процедур переходити до більш енергійного та глибокого розминання.

5. Масажні рухи необхідно проводити у висхідному, а за необхідності і в зворотному напрямках.

6. Під час розминання в чутливих і болісних місцях важливо не завдавати болю.

7. Під час проведення масажу на спині необхідно уникати тиску пальцями або іншими частинами рук на остисті відростки хребта.

8. Під час проведенні сеансу масажу прийоми розминання чергують із прийомами погладжування і потряхування.

9. Розминання – основний прийом масажу, тому йому необхідно відводити більше ніж 50 % часу.

Класифікація основних видів прийому розминання:

- 1) ординарне;
- 2) подвійний гриф;
- 3) подвійне кільцеве;
- 4) подвійне ординарне;
- 5) поздовжнє односпрямоване;
- 6) колоподібне подушечкою великого пальця або подушечками чотирьох пальців однією рукою і з обтяженням;
- 7) колоподібне подушечками великих пальців попеременно;
- 8) колоподібне фалангами зігнутих пальців однією рукою і з обтяженням;
- 9) колоподібне фалангами зігнутих пальців двома руками попеременно;
- 10) колоподібне дзьобоподібне однією рукою:
 - а) кистю до себе;
 - б) кистю від себе;
- 11) колоподібне двома кулаками;
- 12) колоподібне основою долоні або бугром великого пальця однієї руки.

1. Ординарне розминання. Техніка виконання ординарного розминання складається з двох циклів:

1-й цикл) прямими пальцями кисті (без участі подушечок пальців) потрібно щільно обхопити м'яз упоперек так, щоб між долонею і масажованою ділянкою не було просвіту. Потім, зводячи пальці (великий прагне до чотирьох, а чотири – до великого), підняти м'яз (ніби відірвати від кісткового ложа) і робити обертальні рухи в бік чотирьох пальців до відмови (без ковзання пальців по шкірі);

2-й цикл) не розтискаючи пальців (важливо не випустити м'яз, коли він зміщений до відмови), повернути кисть разом із м'язом у в. п., в кінці цього руху пальці відпускають м'яз, але долоня залишається щільно притиснутою до нього. Далі кисть просувають уперед і захоплюють наступну ділянку, знову починають перший цикл і так поступово по всій довжині м'яза. Цей прийом застосовують на найширшому м'язі спини, м'язах шиї, сідничних м'язах, задній і передній поверхнях стегна, задній поверхні гомілки, м'язах плеча, на згинах передпліччя, великому грудному м'язі та м'язі живота (рис. 24).



Рисунок 24 – Ординарне розминання

2. Подвійний гриф. Техніка виконання подвійного грифа така сама, як і при ординарному розминанні, з тією лише відмінністю, що одна рука обтяжує іншу, щоб посилити вплив. Виконують прийом двома варіантами.

1-й варіант: кисть однієї руки накладають на кисть іншої так, щоб чотири пальці були над чотирма, а великий – над великим, і, додержуючись послідовності виконання циклів, які застосовують в ординарному розминанні, повторюють ці рухи;

2-й варіант: одна рука обтяжує іншу накладенням кисті на великий палець основою долоні, а чотири пальці – на чотири пальці іншої руки, причому великий палець обтяжує пальці, зімкнені з вказівним пальцем цієї самої руки. Всі рухи аналогічні рухам у попередньому варіанті, але цей варіант дуже зручний у використанні лівої руки як основної. Подвійний гриф застосовують на найширшому м'язі спини, сідничних м'язах, задній і передній поверхнях стегна, м'язах плеча і згиначів передпліччя, на великому грудному м'язі та м'язах живота (рис. 25).



Рисунок 25 – Подвійний гриф

3. Подвійне кільцеве розминання. Цей прийом найбільш поширений в усіх видах масажу, йому відводять значний час порівняно з іншими видами розминання. Техніка виконання прийому така: масажист стоїть перпендикулярно до масажованої ділянки тіла, кисті встановлюють упоперек масажованої ділянки так, щоб чотири пальці обох рук були з одного боку, а великі пальці – з іншого (одна кисть від іншої приблизно на відстані, що дорівнює ширині кисті), лікті злегка розведені в боки. Далі потрібно щільно обхопити м'яз двома руками (пальці обов'язково прямі) і відтягнути вгору (підняти), зрушуючи й зміщуючи однією рукою від себе, у бік чотирьох пальців, а інший – до себе. Після цього, не випускаючи м'яз із рук, виконати такий самий рух, але в зворотному напрямку. Прийом виконують плавно, м'яко, без ривків і перекручування м'язів. Якщо пацієнт напружує м'язи або з'являються синці, це означає, що розминання проводять неправильно. Застосовують

подвійне кільцеве розминання на абсолютній більшості м'язів: як слабких, атрофованих, так і сильних та жорстких. Масажний прийом виконують на всіх ділянках тіла і м'язах: на найширших м'язах спини, на шиї і трапецієподібному м'язі, на сідничних, м'язах верхніх кінцівок (двоголовому, згинах передпліччя, дельтоподібному і триголовому), на м'язах нижніх кінцівок (задній і передній поверхні стегна, литковому м'язі), на грудних м'язах і м'язах живота. На плоских м'язах прийом не застосовують, оскільки їх не можна відтягнути вгору (рис. 26).



Рисунок 26 – Подвійне кільцеве розминання

4. Подвійне ординарне розминання. Цей вид прийому впливає відразу на велику групу м'язів, тому з його допомогою можна швидко «опрацювати» їх. Масажний прийом складається з двох ординарних розминань, які виконують по черзі то правою, то лівою рукою з поступовим пересуванням по м'язу знизу вгору. Застосовують цей вид прийому на м'язах стегна у в. п. масажованого лежачи на спині. Для зручного захоплення м'язів коліно масажованого трохи зігнуте й відведене вбік. За необхідності цей вид масажного прийому можна застосовувати на задній поверхні гомілки і м'язах плеча (рис. 27).

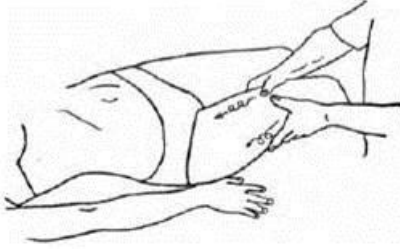


Рисунок 27 – Подвійне ординарне розминання

5. Поздовжнє односпрямоване розминання. Цей вид прийому виконують уздовж масажованого м'яза двома руками: масажист накладає обидві долоні на м'яз так, щоб великі пальці торкалися один одного, а інші – були збоку. Натиснувши на м'яз подушечкою великого пальця правої руки, він зміщує м'яз вправо від лівого великого пальця, потім те саме виконують лівим пальцем (правий на цей час повертається у в. п., а права кисть просувається на 2–4 см вперед). Таким чином, великі пальці знаходяться попереду по черзі. Інші пальці ковзають практично пасивно, служачи водночас опорою для великих пальців та одночасно придавлюючи до них м'яз. Поздовжнє розминання застосовують на м'язах шиї вздовж хребетного стовпа, згиначах передпліччя, задній поверхні стегна та гомілки (рис. 28).



Рисунок 28 – Повздовжнє розминання

6. Колоподібне розминання подушечкою великого пальця або подушечками чотирьох пальців однією рукою і з обтяженням. Під час виконання цього виду прийому масажист стоїть поздовжньо щодо масажованого. Під час виконання прийому кисть накладають на ділянку тіла так, щоб великий палець був розміщений уздовж м'язових волокон, а чотири пальці – по діагоналі, в розслабленому стані кисть пасивно ковзає по м'язу. Великий палець натискає на масажований м'яз коловим рухом у бік вказівного пальця, зміщує його, потім повертається разом із м'язом у вихідне положення, послаблюючи водночас натиск і пересуваючись по шкірі на 2–4 см вперед, потім повторюють попередні рухи. Цей прийом можна виконувати і з обтяженням іншою рукою впоперек або вздовж пальця – пальці на палець. Застосовують масажний прийом на довгих м'язах спини, передній поверхні гомілки.



Рисунок 29 – Колоподібне розминання подушечкою великого пальця або подушечками чотирьох пальців

7. Колоподібне розминання подушечками великих пальців поперемінно. Цей вид прийому виконують подушечками великих пальців обох рук коловими рухами в бік вказівних пальців по черзі: то правою рукою, то лівою, переміщуючись знизу вгору або згори вниз. Застосовують на довгих м'язах спини (рис. 30).



Рисунок 30 – Колоподібне розминання подушечками великих пальців поперемінно

8. Колоподібне розминання фалангами зігнутих пальців однією рукою і з обтяженням. Цей вид прийому виконують тильним боком середніх фаланг і суглобами між середніми дистальними фалангами пальців, злегка стислих у кулак. М'язи притискаються ними до кісткового ложа і зміщуються в бік мізинця, великий палець допомагає фіксувати кисть і просувати її вперед. Цей прийом виконують із в. п. стоячи масажиста до масажованого. Його можна виконувати і з обтяженням шляхом накладення кисті вільної руки на кисть робочої руки.

Застосовують прийом широко: на м'язах шиї, довгих м'язах спини, сідничних м'язах, м'язах верхніх і нижніх кінцівок та косих м'язах живота (рис. 31).



Рисунок 31 – Колоподібне розминання фалангами зігнутих пальців

9. Колоподібне розминання фалангами зігнутих пальців двома руками поперемінно. Цей вид прийому виконують так

само, як і попередній, лише відразу двома руками поперемінно, водночас кисті розміщують на відстані 2 – 4 см одна від одної і, спираючись на великі пальці, здійснюють обертання в бік мізинця, по черзі то правою, то лівою рукою.

Застосовують масажний прийом на зовнішній та задній поверхнях гомілки, передній поверхні стегна, зовнішній поверхні гомілки при положенні гомілки на стегнах масажиста (рис. 32).



Рисунок 32 – Колоподібне розминання фалангами зігнутих пальців двома руками

10. Колоподібне дзьобоподібне розминання однією рукою. Таке розминання виконують: а) кистю до себе, б) кистю від себе.

1. Кистю до себе – під час виконання цього прийому кисть повернутої в бік масажиста, а масажист, наклавши 3-й, 4-й і 5-й пальці тильного боку або 1-й і 5-й пальці долонною частиною кисті «дзьоба», здійснює обертальні рухи в бік мізинця.

В. п. масажиста – до поздовжньо до масажованого.

2. Кистю від себе – кисть повернута в бік від масажиста, 1-й і 5-й пальці рук (долонна частина «дзьоба») здійснюють обертальні рухи в бік мізинця. В. п. масажиста – перпендикулярно до масажованого. Колоподібне дзьобоподібне розминання застосовують на м'язах шиї, довгих м'язах спини, сідничних м'язах, м'язах верхніх і нижніх кінцівок, косих м'язах живота, великому грудному м'язі (рис. 33).



Рисунок 33 – Колоподібне дзьобоподібне розминання (кистю до себе, кистю від себе)

11. Колоподібне розминання двома кулаками. Виконуючи цей вид прийому, масажист кистю лівої руки захоплює великий палець правої руки, щоб руки не роз'єднувалися, водночас великий палець лівої руки повинен лежати зверху пальця правої руки, і, наклавши середні фаланги кулаків на масажовану ділянку, здійснює обертальні рухи в необхідний бік. В. п. масажиста залежно від обертальних рухів: зліва від масажованого – в правий бік, при в. п. праворуч від масажованого – в лівий бік (тобто в бік рухів ординарного розминання). Застосовують цей прийом на сідничних м'язах і м'язах стегна з обох боків (рис. 34).



Рисунок 34 – Колоподібне розминання двома кулаками

12. Колоподібне розминання основою долоні або бугром великого пальця однієї руки. Під час розминання основою долоні або бугром великого пальця кисть повинна бути трохи зігнута і розслаблена, потім долонню поверхню або бугор

великого пальця накладають на масажовану поверхню та обертальними рухами в бік мізинця переміщують знизу вгору по масажованій ділянці. Застосовують на найширшому м'язі спини, сідничних м'язах, задній поверхні стегна, литковому м'язі, великому грудному м'язі, передній поверхні стегна та гомілки (рис. 35).

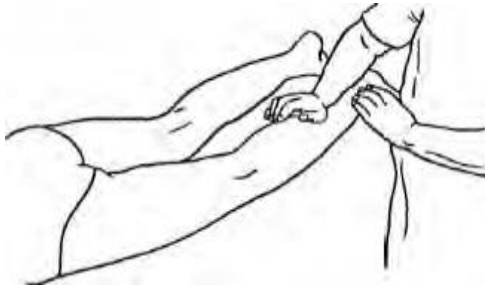


Рисунок 35 – Колоподібне розминання основою долоні або бугром великого пальця

Класифікація допоміжних видів прийомів розминання та техніка виконання:

- 1) валяння;
- 2) накатування;
- 3) зсування:
 - а) від себе;
 - б) на себе;
- 4) розтягнення;
- 5) натиснення;
- 6) стиснення;
- 7) пощипування.

1. Валяння. Кисті масажиста долонними поверхнями охоплюють з обох боків масажовану ділянку, пальці випрямлені, кисті паралельні, рухи здійснюють у протилежних напрямках із переміщенням по масажованій ділянці. Прийом застосовують на кінцівках під час розминання м'язів плеча, передпліччя, стегна і гомілки. Цим масажним прийомом

користуються, в підгострий період після травматичних ушкоджень їх волокон і судин, а також якщо не вдається провести розминання основними прийомами внаслідок великих підшкірно-жирових відкладень або рубцевих зрощень (рис. 36).



Рисунок 36 – Валяння

2. Накатування. Техніка виконання цього прийому полягає в тому, що права (ліва) рука масажиста ліктьовим краєм кисті занурюється в тканини як можна глибше, одночасно ліва (права) рука, захопивши м'які тканини накручує їх на тильну (долонну) частину протилежної кисті та коловим рухом розминає їх (рис. 37).



Рисунок 37 – Накатування

3. Зсування. Цей прийом поділяють на підвиди: зсування від себе, на себе, в ближній бік.

Зрушення від себе. В. п. масажиста поздовжнє щодо масажованого. Масажист захоплює шкіру з прилеглими

тканинами пальцями кисті (великими пальцями з одного боку і чотирма – з іншого): відтягує піднімає і утворену складку ритмічними рухами зрушує вгору. Водночас великі пальці рівномірно тиснуть на складку знизу вгору, а решта пальців дрібними рухами згори вниз весь час утворює цю складку. Таким чином, дійшовши до шийного відділу хребта, повертає кисті у в. п. та повторює прийом на протилежному боці хребта. Таким чином, по двох – трьох лініях на одному боці від хребта і по двох – трьох лініях – на іншому проводять зрушення під себе.

Зрушення на себе. В. п. масажиста – стоячи в головах масажованого, масажист пересуває складку шкіри з прилеглих тканин знизу вгору (на себе). Для цього на складку рівномірно тисне подушечками 2–4-го пальців обох рук, а великі пальці дрібними рухами згори вниз утворюють цю складку. Напрямок рухів аналогічний, як і при зрушенні від себе.

Зрушення в ближній бік. В. п. масажиста – перпендикулярно до масажованого. Кисті рук накладають на масажовану ділянку таким чином, щоб чотири пальці обох кистей перебували на нижній масажованій ділянці, а великі пальці – на верхній. Чотирма пальцями обох кистей натискають на шкіру і переміщують її з прилеглими тканинами до фіксованих великих пальців, водночас натискаючи великими пальцями на утворену складку, переміщують вниз – до ближнього боку. Тому перший рух – переміщення шкіри з прилеглими тканинами чотирма пальцями вгору – є попереднім рухом, для утворення великої складки і здійснення захоплення найбільшої кількості тканин, включаючи м'язи – основний рух (рис. 38).



Рисунок 38 – Зсування: а) від себе; б) на себе

4. Розтягнення. Великі пальці рук розміщують один проти одного на місці рубця або спайки і поперемінно розтягують рубцеву тканину. Розтягувати можна 1-м і 2-м пальцями, а також усіма пальцями обох рук. Прийом виконують повільно, спокійно, без посилення болю на рубцях, спайках, м'язових контрактурах, він нагадує рух гармоніки (рис. 39).



Рисунок 39 – Розтягування

5. Натиснення. Натискання можна виконувати подушечками нігтьових фаланг, долонною і тильною поверхнями пальців, усією долонею або опорною частиною кисті, кулаками. Прийом здійснюють у вигляді переривчастих натиснень на тканині в різному темпі: 25–60 раз за 1 хв однією рукою або з обтяженням. Ефективне натиснення в ділянці хребтного стовпа вразі тугорухливості та ригідності м'язів спини. Для виконання прийому масажист розташовує обидві кисті на відстані 10–15 см упоперек хребтного стовпа так, щоб пальці розміщувалися з одного боку, а зап'ястя – з іншого, і проводить ритмічні натискання, поступово переміщуючи кисті вгору і вниз по хребту. Темп рухів – 20–25 натиснень за 1 хв. Натискання кулаками вздовж паравертебральних зон (увздовж хребта) виконують таким чином: кулаки з опорою на мізинці розміщують праворуч і ліворуч від хребтного стовпа і перекочують у бік вказівних пальців, поступово підсилюючи натиск. Завершивши натиснення на одному місці, кулаки переносять на вище розміщені ділянки. І так по всій паравертебральній зоні. На обличчі, в місцях виходу нервових

закінчень, натискання виконують подушечками пальців (рис. 40).



Рисунок 40 – Натискання

6. Стиснення (здавлювання) м'язів виконують кистями або пальцями у вигляді ритмічних короткочасних рухів, здавлюючи і витискуючи тканини. Стиснення тканин порівнюють із видавлюванням кісточки з ягоди. Цей прийом застосовують для посилення кровопостачання і скоротливої функції м'язів та підвищення їх тонусу (рис. 41).

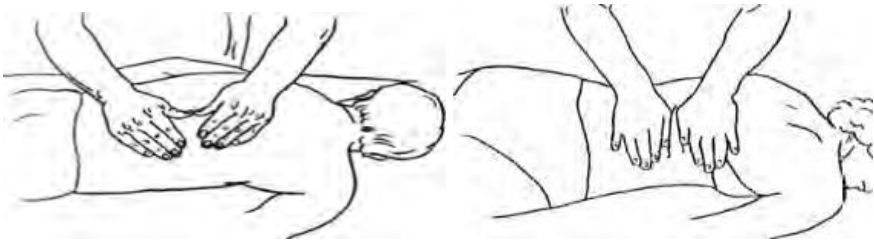


Рисунок 41 – Стиснення

7. Пощипування виконують пучками (подушечками) всіх пальців. Для цього тканини захоплюють, відтягують і відпускають. Рухи нагадують посмикування струн арфи. Пощипування застосовують під час масажу обличчя, спини, нижніх кінцівок, передньої стінки живота при в'ялості м'язів, при глибоких рубцях, парезах і паралічах (рис. 42).



Рисунок 42 – Пощипування

3.4. Методика виконання прийомів витискання

Механічний вплив цього прийому поширюється не лише на шкіру, а й на підшкірну клітковину, поверхневий шар м'язів, сухожилля. Під впливом витискання відбувається швидке відтікання крові з кровоносних судин, а потім швидке їх наповнення, що сприяє прогріванню тканин і підвищенню локальної температури на 1–2 °С, покращуючи тканинний обмін, сприяє ліквідації застійних явищ та набряків і таким чином має виражену болезаспокійливу дію. Використання цього прийому призводить до підвищення тонусу шкіри і м'язів, покращання їх живлення. Витискання використовують при забоях, крововиливах, м'язовій атрофії і тривалому постільному режимі.

На центральну нервову систему витискання діє збудливо, а на організм у цілому – тонізуюче.

Методичні рекомендації до проведення прийомів витискання

1. Прийоми витискання виконують повільно, не спричиняючи больових відчуттів у масажованого.
2. Прийоми витискання здійснюють лише по ходу лімфатичних і кровоносних судин.
3. Витискання можна проводити перед розминанням або після нього.

4. У разі набряку тканин витискання проводять ритмічно й повільно. При швидкому і неритмічному витисканні ускладнюється лімфотечія, травмуються лімфатичні судини та збільшується лімфостаз.

5. У разі набряків витискання повинне починатися з вище розміщеного сегмента, найближчого до групи лімфатичних вузлів, щоб звільнити шлях для просування лімфи і крові із сегментів, що нижче лежать. Наприклад, у разі набряку стопи масажують спочатку стегно, потім гомілку і, нарешті, стопу.

6. Рухи при витисканні на м'язах здійснюють у напрямку м'язових волокон.

7. Сила тиску при витисканні посилюється в місцях проходження великих судин, а також у місцях, покритих достатнім шаром жирової клітковини і м'язів, і зменшується в ділянці кісткових виступів, за наявності болю та підвищеної чутливості тканин.

Класифікація прийомів витискання і техніка їх виконання.

Основні прийоми витискання:

- 1) поперечне;
- 2) ребром долоні;
- 3) основою долоні та бугром великого пальця;
- 4) двома руками (з обтяженням);
- 5) охоплювальне;
- 6) подушечкою великого пальця;
- 7) передпліччям;
- 8) кулаком (кулаками).

1. Поперечне витискання. Кисть установлюють уперек масажованої ділянки долонею вниз, великий палець притиснутий до вказівного, інші з'єднані і злегка зігнуті в міжфалангових суглобах. Прийом виконують бугром великого пальця і великим пальцем, кисть рухається переднім ходом (рис. 43).



Рисунок 43 – Поперечне витискання

2. Витискання ребром долоні. Кисть установлюють ребром долоні впоперек масажованої ділянки. Чотири пальці розслаблені й злегка зігнуті, великий палець притиснутий до вказівного. Рух виконують переднім ходом (рис. 44).



Рисунок 44 – Витискання ребром долоні

3. Витискання основою долоні та бугром великого пальця. В. п. масажиста – поздовжнє щодо масажованого пацієнта. Кисть установлюють уздовж м'яза так, щоб великий палець був спрямований уперед, а його основа приведена до вказівного, чотири пальці злегка відведені й розслаблені. Це положення кисті дозволяє виділити з боку долонної поверхні бугор та основу великого пальця. Витискання проводять бугром великого пальця, інші пальці розслаблені, злегка відведені в бік мізинця і ковзають по шкірі пасивно (рис. 45).



Рисунок 45 – Витискання основою долоні та бугром великого пальця

4. Витискання двома руками (з обтяженням). Техніка виконання прийому – двома руками така сама, як і однією рукою. Відмінність полягає в тому, що рука, яка виконує прийом, обтяжується іншою рукою. При поперечному обтяженні друга рука накладається впоперек масажованої кисті. При перпендикулярному обтяженні 2–4-й пальці впираються в бугор великого пальця (рис. 46) .

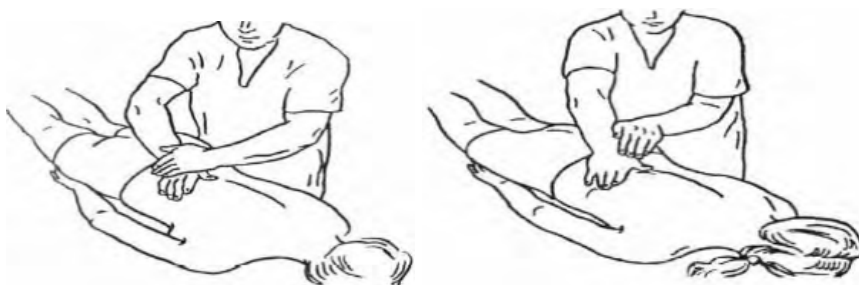


Рисунок 46 – Витискання основою долоні з обтяженням

5. Витискання охоплювальне застосовують на кінцівках. Масажист охоплює кінцівку так, щоб подушечки чотирьох пальців обох рук торкалися одна одну, а подушечки великих пальців з'єднувалися між собою. Рух йде від дистального кінця кінцівок до проксимального.

6. Витискання подушечкою великого пальця. Цей прийом витискання до дуже застосовується на всіх ділянках тіла, але особливий ефект спостерігається на плоских м'язах. Під час його виконання випрямлений великий палець розміщують під кутом 30–45° по відношенню до масажованої ділянки. За допомогою витискання подушечкою великого пальця зручно досліджувати стан шкіри, клітковини, м'язів. Витискання проводять і подушечками двох великих пальців одночасно, розміщених на одній лінії. Витискання проводять дуже повільно, увага спрямована на те, щоб не пропустити будь-яких змін у масажованих тканинах. Витискальні рухи (лінії) повинні проводити на відстані 1–2 см один від одного.

7. Витискання передпліччям. Виконують на різних ділянках тіла з в. п. масажиста – стоячи перпендикулярно до масажованого. Ліктювий бік передпліччя масажист устанавлює поперечно до масажованої ділянки тіла, а інша рука фіксує поперековий, – масажист м'яко, але глибоко проводить відділ хребта витискання. Цей прийом можна посилити за рахунок обтяження кистю іншої руки. На таких великих ділянках тіла, як спина, таз, груди, цей масажний прийом виконують всім передпліччям із боку ліктювої кістки, а на стегні, литковому м'язі – дистальним або проксимальним кінцем передпліччя.

8. Витискання кулаком (кулаками) – виконують як однією, так і двома руками. Пальці стиснути в кулак, захопивши однією кистю великий палець іншої. Кулаки встановлюють поперек масажованої ділянки.

Класифікація допоміжних прийомів витискання і техніка їх виконання:

- дзьобоподібне ліктювою частиною кисті;
- дзьобоподібне лицьовою частиною кисті;
- дзьобоподібне променевою частиною кисті;
- дзьобоподібне тильною частиною (рухом від себе).

Сам прийом виконують кистю руки, складеної у вигляді дзьоба, коли великий палець змикається з мізинцем, вказівний –

тісно стикається з великим, безіменний – над мізинцем, а середній накладається на вказівний і безіменний.

Дзьобоподібне витискання ліктьовою частиною кисті виконують ребром мізинця із просуванням переднім ходом.

Дзьобоподібне витискання долонною частиною кисті виконують мізинцем і великим пальцем із просуванням переднім ходом (рис. 47).

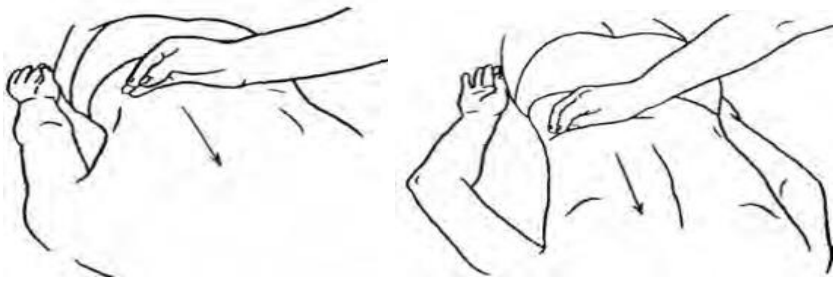


Рисунок 47– Дзьобоподібне витискання ліктьовою та долонною частинами, частиною кисті

Дзьобоподібне витискання променевою частиною кисті виконують ребром великого пальця із просуванням переднім ходом.

Дзьобоподібне витискання рухом від себе виконують тильною частиною із просуванням зворотним ходом (рис. 48).

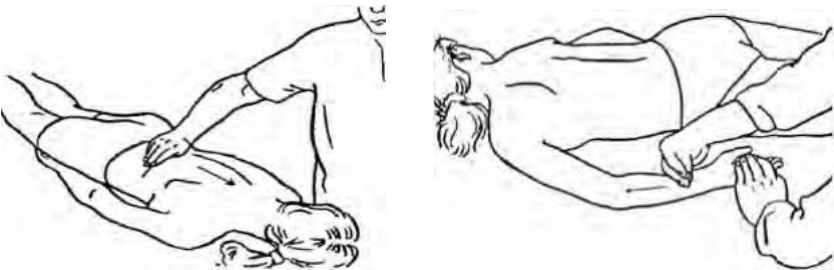


Рисунок 48 – Дзьобоподібне витискання променевою і тильною частинами кисті

3.5. Методика і техніка виконання прийомів вібрації

Переривчаста ручна вібрація підвищує м'язовий тонус і може підсилити ступінь спазму. Дія вібрації поширюється далеко за межі місця її застосування. Вібрацію поділяють на безперервну та переривчасту, ручну й апаратну. Тому її не можна застосовувати як на спастичних, так і на розтягнутих м'язах у зв'язку з прямим та опосередкованим негативним впливом на гіпертонус змінених м'язів. Навпаки, при млявих паралічах така вібрація доцільна, оскільки вона посилює ослаблений м'язовий тонус і підвищує скоротливу функцію м'язів.

Вібрація виявляє виражену рефлекторну дію, різнобічну дію на органи і тканини, особливо на міоневральний апарат. Легкий струс тканин діє на нервову систему заспокійливо, а інтенсивний – збудливо. Вібрація, особливо механічна, спричиняє посилення, а іноді й відновлення згаслих рефлексів. Під впливом вібрації поліпшується функція провідних шляхів, посилюються різні рефлекторні зв'язки головного і спинного мозку з м'язами, судинами та внутрішніми органами.

За певної частоти проведення вібрація виявляє знеболювальну дію, її використовують за різних травм і захворювань опорно-рухового апарату.

Вібрація спричиняє інтенсивне звуження або розширення судин залежно від частоти коливань. Установлено, що при слабких і частих поплескуваннях судини звужуються, а при рідкісних і сильних ударах – розширюються.

Завдяки вібрації різко посилюється приплив крові до масажованої ділянки, що покращує живлення, обмін і регенерацію пошкоджених тканин. Під впливом вібрації значно активізуються регенеративні процеси і різко зменшується термін утворення кісткової мозолі. Вібрація спричиняє глибоку гіперемію, підвищує м'язовий тонус.

Струси, що виникають під дією прийому, збудливо впливають на функцію внутрішніх органів (посилення перистальтики кишечника, функції шлунка, печінки та ін.).

Прийоми вібрації стимулювальне впливають на функцію ендокринних залоз, особливо кори надниркових залоз.

Методичні рекомендації до проведення прийомів вібрації

1. Сутність вібрації полягає в передаванні масажованій частині тіла коливальних рухів певної частоти.

2. Вібрація може виконуватися залежно від завдань масажу кінчиками одного або кількох пальців, долонею, кулаком.

3. Під час виконання цього прийому необхідно стежити за тим, щоб дії, які передаються під час вібрації і поширюються за межі масажованої ділянки, не напружували м'язи, що не беруть участі в русі. Вібраційні впливи повинні бути спрямовані вглиб масажованої ділянки, а не в боки.

4. Вібрація по-різному впливає на організм, і особливо на нервову систему. Так, слабка вібрація підвищує тонус м'язів, а сильна – знижує підвищений тонус м'язів і збудливість нервової системи.

5. Вібрація може виконуватися з переміщенням (лабільна) і без нього (стабільна).

6. Усі прийоми вібрації необхідно виконувати при розслабленій мускулатурі.

7. Постукування, поплескування і рублення застосовують на великих групах м'язів (крім внутрішньої поверхні стегна).

8. Кисті рук під час виконання прийомів необхідно розміщувати на відстані не більше ніж 5 см одна від одної, удари при цьому повинні завдаватися ритмічно і безболісно. У разі появи больових відчуттів їх змінюють погладжуванням.

9. Під час виконання переривчастої вібрації силу, еластичність, м'якість удару дозують залученням до роботи різної кількості важелів: для легких, ніжних впливів до руху залучають тільки кисть; для більш інтенсивних – кисть і передпліччя; сильний вплив здійснюють усією рукою.

10. На час однієї процедури вібрації відводять не більше ніж 1–1,5 хв.

11. Поплескування починають зі спини, потім переходять на бічну поверхню тулуба – рух йде нижче від пахвової западини по середній бічній частині тулуба зверху вниз, на кінцівках – також згори вниз. На внутрішній поверхні стегон вібрації не застосовують або проводять дуже слабо.

12. Під час рублення удари повинні бути то м'якими, то сильними, але безболісними, здійснювати їх необхідно перпендикулярно до поверхні, вздовж м'язових волокон. Не проводять рублення в ділянці нирок та комірцевій і дуже обережно виконують у міжлопатковій ділянці.

13. Під час виконання непереривчастої вібрації інтенсивність залежить від кута між пальцями і масажованою поверхнею. Чим більше кут нахилу наближається до 90°, тим сильніший вплив; при меншому куті нахилу вібрація ніжніша.

14. Тривалість тиску на одну точку – 5–10 с. Прийоми вібрації чергують із погладжуванням. На кожную точку можна впливати кілька разів.

15. Швидкі дрібні вібраційні рухи діють на нервову систему збудливо, тривалі великі вібрації – заспокійливо.

Класифікація прийомів вібрації і техніка їх виконання

Переривчаста:

- 1) постукування;
- 2) поляпування;
- 3) рублення;
- 4) стьобання;
- 5) пунктування;

Безперервна:

- 1) потряхування;
- 2) струшування;
- 3) струс;
- 4) підштовхування;
- 5) точкова вібрація.

Переривчаста вібрація (ударна) – масажний прийом, що являє собою серію поступових ударів, які здійснюють кінчиками напівзігнутих фалангів пальців, ребром долоні (ліктьовим краєм), долонею із зігнутими або стиснутими пальцями, злегка стиснутими в кулак кистю, тильною поверхнею пальців, при складених пальцях «дзьобом», а також дотичними рухами кистей (долонною частиною). Рухи виконують однією, частіше двома руками поперемінно. Застосовують цей прийом на верхніх і нижніх кінцівках, спині, грудях, у ділянці таза, живота; пальцями – на обличчі, голові. Завдяки пружному середовищу тканин організму механічні коливання під дією переривчастої вібрації (ударних прийомів), виникнувши на поверхні, у вигляді хвиль поширюються по тканинах. Залежно від сили й темпу ударних прийомів коливальні хвилі можуть не лише поширюватися по поверхневих тканин і м'язах, а й проникати всередину, спричиняючи вібрацію внутрішніх органів, судин і нервів, що глибоко лежать. Прийоми переривчастої вібрації, виконані в різкому темпі, коротко і слабо, викликають звуження кровоносних судин, при сильному і тривалому впливі судини розширюються. У разі травм легкі й монотонні прийоми переривчастої вібрації діють на нервову систему заспокійливо і знеболювально. Темп рухів при застосуванні прийомів переривчастої вібрації від 70–80 до 200–300 за 1 хв. Переривчасту вібрацію застосовують на розслаблених групах м'язів. На стомлених м'язах, а також при сильній розумовій перевтомі прийоми переривчастої вібрації застосовувати не можна.

1. Постукування. Можна здійснювати двома варіантами.

1) під час виконання постукування пальці напівстиснуті в кулак, повернуті мізинцем вниз і злегка розслаблені, а кисті – на відстані 3–5 см одна від одної. Удари завдаються з боку мізинця, причому сила удару залежить від напруження кисті і довжини важеля рук. Чим більше напружена кисть, тим сильніший удар. Під час удару лише кистю вплив буде значно

меншим, ніж під час удару, виконаному із залученням передпліччя і плеча;

2) кисті перебувають в напівстиснутому стані, повернуті вниз і неповністю розігнуті. Ударів завдають основами долонь однієї або обох рук поперемінно. Постукування підсилює збудливість рухових і чутливих нервів. Показано постукування при атрофії, атонії, парезі. Протипоказано при гіпертонусі м'язів (рис. 49).



Рисунок 49 – Постукування: а) мізинцем, б) кулаком

2. Поляпування, поводять двома варіантами:

1) кисть руки зібрана в розслаблений «дзьоб», де великий палець приведений до вказівного, а 2-й і 5-й пальці не торкаються один одного. Удари завдають внутрішньою частиною долоні (долонною частиною дзьоба) однією або двома руками поперемінно;

2) кисть у цьому варіанті також зібрана в «дзьоб», лише 2-й і 5-й пальці торкаються один одного, а 1-й палець примикає посередині між 2-м і 5-м пальцями. Удари завдають тильним боком кисті однієї або обох рук поперемінно. У разі застосування цього прийому відзначається підвищення температури в зоні впливу, посилюється приплив артеріальної крові, що забезпечує краще живлення масажованої ділянки, покращуються обмін речовин і тургор шкіри (рис. 50).



Рисунок 50 – Поляпування

3. Рублення. Під час рублення кисть витягнута, пальці розслаблені й розімкнуті. Удар завдають мізинцем, а інші пальці в цей час змикаються. Рублення проводять завжди вздовж м'язових волокон на великих групах м'язів. У практиці реабілітаційного масажу допускається проведення його впоперек м'язових волокон для значного підвищення тонічного розслаблення м'язів. Сила і частота ударів під час рублення надають різного впливу – при сильних і рідкісних ударах струсктканин відбувається на великій площі, що викликає в зоні удару скорочення м'язових волокон, яке поширюється по всій довжині м'язів, несильні (легкі), часті удари за своєю дією наближаються до вібрацій. Рублення незалежно від сили та частоти удару, спричиняє активну гіперемію тканин, завдяки цьому збільшується приплив кисню і поживних речовин до масажованої ділянки, поліпшується відтікання лімфи, посилюється функція сальних і потових залоз, підвищується обмін речовин і т. ін. (рис. 51).



Рисунок 51 – Рублення

4. Стьобання являє собою прийом масажу за якого тканинам завдають дотичних ударів. Стьобання можна виконувати одним або декількома пальцями, а також усією долонею однією і двома руками, опускаючи їх на тіло в дотичному напрямку. Застосовують у разі ожиріння і рубцевих змін шкіри. Цей прийом спричиняє активну гіперемію шкіри, підвищує її тургор та еластичність, посилює обмінні процеси й активізує видільну функцію шкіри (рис. 52).



Рисунок 52 – Стьобання

5. Пунктування виконують подушечками нігтьових фаланг вказівного і середнього пальців, роздільно – одним пальцем, спільно – двома пальцями або двома руками поперемінно, використовуючи 2-й і 3-й пальці, можна проводити і чотирма пальцями (2, 3, 4, 5-м), впливаючи одночасно на декілька близько розміщених ділянок шкіри. Водночас удари пальців здійснюють не одночасно, а послідовно, як під час роботи на друкарській машинці. Удари, завдані 2, 3, 4, 5-м пальцями обох рук, називаються пальцевим душем.

Цей прийом застосовують на невеликих ділянках тканин, що щільно лежать на кістковій основі, де мало підшкірної жирової клітковини, в місцях перелому або в ділянці кісткової мозолі, на невеликих м'язах, сухожиллях, зв'язках, нервових стовбурах і в місцях виходу нервів. Під час масажу кісткової мозолі або місця перелому пунктування зазвичай виконують стабільно. При впливі на волосяну частину голови або обличчя рука масажиста переміщається ділянкою в напрямку масажних

ліній, тобто пунктування виконують лабільно. Швидкість під час виконання пунктування – 100–120 ударів за 1 хвилину. Сила удару залежить від кута нахилу пальців щодо масажованої поверхні. Чим більший кут, тим вплив більш сильний і глибокий, при невеликому куті – поверхневий і ніжний (рис. 53).



Рисунок 53 – Пунктування

Безперервна вібрація. Цей вид вібрації полягає в застосуванні швидких коливальних і поштовхувальних рухів, що спричиняє струс тканин. Тривалість застосування прийому вимірюють у секундах. Під час виконання прийому безперервної вібрації рука масажиста, не відриваючись від масажованої ділянки, здійснює коливальні рухи. При стабільній вібрації рука масажиста не пересувається по масажованій поверхні, а при лабільній – пересувається. Безперервну вібрацію виконують кінцевою фалангою одного або декількох пальців залежно від ділянки впливу, за необхідності однією або обома кистями, всією долонею, основою долоні, кулаком. Цей прийом застосовують у ділянці гортані, спини, на м'язах верхніх і нижніх кінцівок, по ходу нервових стовбурів, в місці виходу нерва.

1. Потряхування. Рука масажиста з широко розведеними пальцями накладається на м'яз так, щоб великий палець і мізинець були робочими, а решта – підведеними. Потряхуючих

рухів досягають швидкими коливаннями кисті, яка зміщується то в бік мізинця, то в бік великого пальця. За 1 секунду проводять близько 5–7 рухів. Прийом потряхування застосовуються після розминання. Потряхування сприяє кращому відтіканню крові та лімфи, рівномірному розподілу міжтканинної рідини, діє заспокійливо на центральну нервову систему і розслаблювально – на м'язи, знімає напруженість, що іноді виникає під впливом розминання чи іншого енергійного прийому (особливо у тих, хто не вміє повністю розслабити масажовану ділянку). Завдяки відсмоктувальній дії, потряхування застосовують при ригідності м'язів, лімфостазі й травмах м'язів (рис. 54).



Рисунок 54 – Потряхування

2. Струшування. Струшування проводять на кінцівках після всіх прийомів масажу, тобто в кінці сеансу. На верхніх кінцівках у в. п. масажованого лежачи на спині (плече – на кушетці, а передпліччя піднесене під кутом 90°) струшування роблять таким чином: масажист бере руку пацієнта за промене-зап'ястковий суглоб, піднімає її над кушеткою на 4–7 см і виконує повільні горизонтальні коливальні рухи. У в. п. – масажованого сидячи, стоячи і лежачи на животі масажист бере його кисть обома руками так, щоб великі пальці фіксували промене-зап'ястковий суглоб зверху, а інші пальці перебували знизу, потім, потягнувши кінцівку на себе, відводить її вліво і вправо, роблячи струшувальні рухи вгору та вниз. На нижніх

кінцівках у в. п. масажованого лежачи на спині струшування виконують таким чином: масажист кладе одну руку на тильний бік стопи прямої ноги масажованого (якщо на праву, то доцільніше класти ліву руку) і згинає стопу, відтягуючи її на себе. Іншу руку – на ахіллове сухожилля так, щоб край долоні з боку мізинця впирався в п'яту. Потім масажист піднімає ногу масажованого під кутом $35-40^\circ$ і виконує струшувальний рух вгору та вниз, одночасно відводячи її то вліво, то вправо.



Рисунок 55 – Струшування: а) струшування ВК;
б) струшування НК

У в. п. положенні масажованого лежачи на животі струшування проводять так: зігнувши ногу в колінному суглобі під кутом 90° та обхопивши рукою стопу з боку підошви, масажист піднімає стегно масажованого на 2–3 см і робить струшувальні рухи – від себе й на себе.



Рисунок 56 – Струшування лежачи на животі

3. Струс. Прийом застосовують для впливу на внутрішні органи, суть його полягає в проведенні непрямого (зовнішнього) масажу внутрішніх органів – шлунка, кишечника, печінки, жовчного міхура та ін. Праву руку масажист кладе на ділянку проекції масажованого органа, ліву руку поміщає паралельно правій так, щоб великі пальці обох рук були повернуті один до одного. Швидкими й ритмічними коливальними рухами у вертикальному напрямку, то видаляючи руки одна від одної, то зближуючи, масажист проводить струс органа та прилеглих до нього тканин. Струс органів черевної порожнини та грудної клітки прискорює кровотік у малому і великому колах кровообігу, активізує лімфообіг. Струс залоз внутрішньої секреції підсилює їх секрецію, підвищує тонус гладкої мускулатури, стимулює перистальтику і зміцнює зв'язково-м'язовий апарат. У разі спайкових процесів струс сприяє розсмоктуванню спайок, знімає спастичні явища.

Струс живота (при спайкових процесах у черевній порожнині, атонії кишок, запорі, хронічних гастритах із секреторною недостатністю, в разі слабості гладких м'язів черевної стінки і т. ін.): в. п. масажованого лежачи на животі, руки масажиста охоплюють живіт так, щоб великі пальці розміщувалися на рівні пупка, а інші – на боці та спині. Коливальні рухи виконують у горизонтальному або вертикальному напрямку (рис. 57).



Рисунок 57 – Струс живота

4. Підштовхування застосовують під час масажу внутрішніх органів – шлунка, кишечника та ін. Для виконання цього прийому ліва рука масажиста злегка натискає на ділянку проекції масажованого органа, а права – короткими ритмічними поштовхами натискає на сусідню ділянку і прагне підштовхнути її до лівої руки.

5. Точкову вібрацію виконують подушечкою одного пальця: палець щільно притискають до місця виходу нерва, біологічно активної точки, ущільнення в м'язі [15, 17].

3.6. Методика і техніка виконання активних та активно-пасивних рухів

Рухи – це елементарні рухові акти, які наявні в суглобах залежно від їх фізіологічної рухливості. Цей прийом – ряд фізичних рухів, використовувальних для впливу на окремі м'язові групи і суглоби. Виконують у повільному темпі та з максимальною амплітудою. Обсяг руху в суглобі залежить від його будови і різниці куткових розмірів суглобових поверхонь: навколо фронтальної осі – згинання та розгинання; сагітальної – приведення і відведення; поздовжньої – обертання, а також пронація і супінація; під час комбінованого руху навколо всіх осей – коловий рух.

Рухи займають важливе місце в гігієнічному і лікувальному масажі. За допомогою рухів можна відновити рухливість пошкодженого суглоба, витривалість і міцність суглобово-зв'язкового апарату. На певному етапі відновного лікування на цей прийом відводять до 50–70% від всього масажного часу. Рухи покращують секрецію синовіальної рідини, крово- і лімфообіг у ділянці суглобів, еластичність зв'язок і м'язів.

Усі рухи прийнято поділяти на пасивні, активні, активно-пасивні та з опором, але в реабілітаційному масажі використовують лише пасивні рухи. Під час їх виконання механічне натягнення суглобово-зв'язкового апарату

відбувається без участі масажованого, вибір і поєднання рухів визначає масажист відповідно до мети проведеного сеансу.

Методичні рекомендації до проведення пасивних рухів

1. Рухи необхідно виконувати повільно, рівномірно.

2. Перш ніж приступити до рухів, необхідно переконатися, що м'язи і суглобово-зв'язковий апарат даного суглоба повною мірою підготовлені до їх виконання.

3. Навантаження повинно відповідати можливостям масажованого.

4. Виконувані рухи не повинні викликати больових відчуттів у масажованого, особливо в разі тугорухливості суглоба.

5. Усі рухи необхідно виконувати з урахуванням форми суглоба й осі, навколо якої можливий рух.

6. Під час проведення рухів з опором необхідно враховувати реакцію масажованого на них (стежити за частотою серцевих скорочень, диханням).

Активні рухи виконують без участі зовнішньої сили (самим масажованим за вказівками масажиста) після відповідного масажу м'язів і суглобів. Їх застосовують у тому разі, якщо необхідно посилити роботу центральної або периферичної нервової системи, а також для зміцнення ослабленого м'язового апарату (після травм, захворювань та хірургічних втручань). У кожному конкретному випадку тривалість та інтенсивність активних рухів залежать від завдань і можливостей масажованого. Якщо в пацієнта спостерігається атрофія м'язів або не повністю відновлені функції суглоба, масажист повинен допомагати їх виконанню.

Рухи з опором – це такі рухи, за яких долається опір масажиста або масажованого. Опір повинен відповідати силі м'яза під час його скорочення: на початку руху опір повинен

бути слабким, потім посилюватися і наприкінці руху знову слабшати.

Опір буває двох видів:

- 1) коли його виконує масажований, а масажист чинить опір;
- 2) коли його виконує масажист, а масажований чинить опір.

У разі, якщо масажист чинить опір, він повинен стежити за тим, щоб його рухи були плавними, і не допускати різких і несподіваних розслаблень. Якщо ж масажований чинить опір, а масажист проводить рух, необхідно попередити масажованого, щоб він не тримав кінцівку, а плавно долав опір, створюваний масажистом. Рухи з опором застосовують для зміцнення м'язів і суглобово-зв'язкового апарату, для підтримки їх тонусу і працездатності.

Пасивні рухи безпосередньо стосуються прийомів класичного масажу. Їх виконують на пацієнті, який перебуває в розслабленому стані, не робить ніякого зусилля і не чинить опору під час рухів. Таким чином, пасивні рухи виконують під впливом зовнішньої сили, тобто за допомогою масажиста, а масажований повинен у цей момент бути максимально розслабленим і займати зручне положення. Перш ніж приступити до безпосереднього виконання пасивних рухів, проводять масаж суглоба та м'язів, які його оточують. Рухи потрібно виконувати повільно, з поступовим доведенням амплітуди до максимальної в даному суглобі. Протипоказано виконувати їх різко, грубо, застосовувати зайву силу. Прояв легкого больового відчуття – норма прикладання зусилля, бо без нього не буде бажаного ефекту. Пасивні рухи застосовують у разі малорухливості суглобів (після ушкоджень і хірургічних втручань), при укороченні зв'язкового апарату, м'язових контрактурах, відкладеннях солей. Під впливом пасивних рухів поліпшується живлення м'язових тканин, еластичність м'язів, швидше ліквідуються ексудати, розсмоктуються крововиливи, підвищується скоротливість м'язових волокон, попереджується утворення патологічних змін під впливом тривалого спокою.

Класифікація пасивних рухів

1. Рухи тулубом – згинання та розгинання, нахили вправо і вліво, повороти тулуба вправо і вліво, колові оберти. Для виконання цих рухів в. п. масажованого – сидячи; масажист стоїть позаду, кладе руки йому на плечі і згинає тулуб вперед, потім плавно випрямляє масажованого, трохи розгинаючи назад. Після цього, перенісши руки на ділянку дельтоподібних м'язів масажист плавно повертає тулуб масажованого вправо і вліво, тобто виконує обертання хребетного стовпа (рис. 58).



Рисунок 58 – Рух тулубом

2. Рухи головою – нахили вперед і назад, вправо і вліво, обертання в той чи інший бік. В. п. масажованого – сидячи; масажист стоїть позаду, накладає долоні на скроневу частину голови з двох боків вище вух і робить дуже обережно і м'яко нахили голови вправо – вліво, а також колові рухи головою в обидва боки. Наступний етап – перенесення однієї руки на потилицю, а іншу – на лоб, масажист робить обережні нахили голови вперед – назад (рис. 59).



а)



б)

Рисунок 59 – Рух головою: а) вправо – вліво; б) вперед – назад

3. Рухи в плечовому суглобі – рухи рук вперед – назад, відведення – приведення, пронація – супінація, колові оберти. В. п. масажиста – стоячи позаду сидячого пацієнта, різнойменну руку кладе на його плече, а однойменною береться за передпліччя близько до ліктьового суглоба. Фіксує надпліччя (щоб уникнути руху за рахунок рухливості лопатки), піднімає верхню кінцівку вгору, опускає вниз (відведення – приведення); потім із горизонтального положення плеча (90°) верхню кінцівку відводить вперед – назад; поворот всередину – назовні (пронація – супінація) і колові оберти в плечовому суглобі (рис. 60).

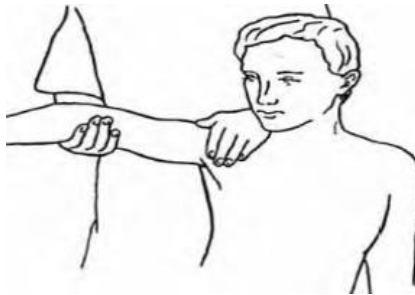


Рисунок 60 – Рухи в плечовому суглобі

4. Рухи в ліктьовому суглобі: згинання – розгинання, пронація – супінація. В. п. масажованого сидячи біля масажного столу, на який кладе передпліччя. Масажист береться однією рукою за плече пацієнта, як можна ближче до ліктьового суглоба, іншою – за передпліччя близько променево-зап'ясткового суглоба і проводить максимально повне згинання – розгинання в ліктьовому суглобі. В. п. масажованого – лежачи на масажному столі, масажист одну руку підводить під ліктьовий суглоб, іншу – під променево-зап'ястковий суглоб і виконує ті самі рухи – поворот долоні вниз – пронація, поворот долоні вгору – супінація (рис. 61).



Рисунок 61 – Рухи в ліктьовому суглобі

5. Рухи кисті: згинання – розгинання, відведення – приведення, колові оберти. Масажист бере однією рукою пальці масажованого, а іншою – фіксує передпліччя вище від променево-зап'ясткового суглоба і проводить згинання – розгинання кисті, приведення – відведення, колові оберти в обидва боки.

6. Рухи пальців: згинання – розгинання, відведення – приведення. Однією рукою масажист фіксує п'ястно-зап'ястковий суглоб, а іншою – проводить згинання – розгинання, відведення – приведення кожного пальця (рис. 62).



Рисунок 62 – Рухи пальців

7. Рухи в ділянці поперекового відділу хребта – розгинання тулуба і скручування хребетного стовпа.

Розгинання тулуба. В. п. масажованого лежачи на животі, під гомілковостопними суглобами – валик, руки вздовж тулуба.

Масажист стоїть перпендикулярно до масажованого, ліву руку він підводить під масажованого від нижче шиї, а праву – накладає на ділянку нижче від лопаток і фіксує поперековий відділ хребта. Лівою рукою виконує розгинання тулуба з одночасним поступовим зміщенням на ділянку крижів (рис. 63).



Рисунок 63 – Розгинання тулуба

8. Скручування хребетного стовпа можна проводити за двома варіантами:

1-й варіант. В. п. масажиста – стоячи перпендикулярно до масажованого, підводить одну руку під дальній від себе плечовий суглоб, пропускаючи її між плечем і тулубом, іншою рукою фіксує поперекову ділянку і рухом вгору на себе виконує скручування хребетного стовпа. Те саме проводить з іншого боку.

2-й варіант. В. п. масажиста – стоячи перпендикулярно до масажованого, накладає долоню лівої руки на ділянку лопатки і фіксує її, а праву руку підводить під гребінь клубової кістки і захопивши його, тягне вгору на себе, скручуючи таким чином хребетний стовп (рис. 64).



Рисунок 64 – Скручування хребта

9. Рухи в кульшовому суглобі: згинання – розгинання, відведення – приведення, пронація – супінація, колові оборти. При згинанні – розгинанні в кульшовому суглобі в. п. масажованого – лежачи на спині, масажист одну руку накладає на гомілковостопний суглоб, іншу – на колінний, та згинає нижню кінцівку в цих суглобах, намагаючись, щоб стегно торкнулося живота. При випрямленій нижній кінцівці масажист підводить руку, що лежить на колінному суглобі, під нього, страхуючи нижню кінцівку від можливого падіння. Відведення – приведення виконуються у в. п. масажованого лежачи на боці, масажист підводить руку під верхню частину гомілки і піднімає випрямлену нижню кінцівку, впираючись іншою рукою в гребінь клубової кістки. Пронацію – супінацію виконують у в. п. масажованого – лежачи на спині, масажист однією рукою впирається в гребінь клубової кістки, іншу – кладе на гомілку нижче від колінного суглоба і повертає нижню кінцівку то всередину, то назовні. При виконанні колових обертів в. п. масажованого лежачи на спині, масажист охоплює знизу стопу масажованого однією рукою, іншу – кладе на колінний суглоб і згинає ногу в колінному і кульшовому суглобах то в один, то в інший бік (рис. 65).



Рисунок 65 – Рухи в кульшовому суглобі

10. Рухи в колінному суглобі: згинання – розгинання, які виконуються у в. п. масажованого – лежачи на грудях. Масажист стоїть перпендикулярно до масажованого, тримає гомілку під гомілковостопним суглобом однією рукою, а іншу руку кладе на нижню частину стегна для попередження травматизму і проводить згинання, потім переміщує кисть у підколінну ямку та підсилює нею натиск на гомілку, намагаючись дістати п'ятою до сідничного м'яза з плавним переведенням гомілки у в. п. (рис. 66).



Рисунок 66 – Рухи в колінному суглобі

11. Рухи в гомілковостопному суглобі: згинання – розгинання, пронація – супінація, обертальні рухи. В. п. масажованого – лежачи на спині, масажист однією рукою тримає стопу знизу, а іншою – фіксує зверху гомілковостопний суглоб і проводить згинання – розгинання, пронацію – супінацію та обертальні рухи стопою в обидва боки.

12. Рухи пальців ніг: згинання – розгинання. В. п. масажиста – стоячи поздовжньо до масажованого, масажист однією рукою притримує стопу, а іншою – проводить згинання – розгинання кожного пальця окремо.

ТЕМА 4. РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ МАСАЖ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ І ТРАВМАХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

4.1. Методика реабілітаційного масажу при артритах та артрозах

Велика група захворювань суглобів – артози (остеоартрози) або деформівні артрози (деформівні остеоартрози), тобто дегенеративно-дистрофічні захворювання суглобів.

Залежно від патології артрози поділяють на первинні та вторинні. До первинних належать артози, які починаються без видимої причини в осіб старше ніж 40 років у незміненому суглобовому хрящі та з одночасним ураженням кількох суглобів. До вторинних належать артрози, що розвиваються в будь-якому віці внаслідок різних причин (травми, судинні ураження, уродженні дисплазії, артрити та ін.) і вражають один або декілька суглобів.

Артрози кульшових суглобів (або коксартроз) є одним із найбільш частих і тяжких дегенеративних уражень суглобів. Найчастіше трапляються вторинні форми коксартрозів, обумовлені дисплазіями, вивихами та підвивихами кульшових суглобів, перенесеними захворюваннями і травмами головок стегнової кістки, вертлюжної западини та іншими причинами.

Клінічна симптоматика коксартрозу: біль, відчуття втомленості, скутість, хруст і обмеження рухомості в суглобах, виражений больовий синдром.

На відміну від артритів, артрози мають перебіг без загальних і місцевих ознак запалення (підвищення температури тіла, прискорене ШОЕ, диспротеїнемія, набряк суглобів, кахексія та інші симптоми), що дозволяє призначати масаж на ранніх термінах від початку захворювання і проводити його на всіх стадіях розвитку дегенеративно-дистрофічного процесу.

У методиці масажу при артрозах суглобів здебільшого випадків застосовують усі основні прийоми класичного масажу. У разі призначення і проведення під час масажу необхідно

враховувати інтенсивність болю, тонус і стан м'язів, стадію захворювання, наявність супутніх порушень (судинних, суглобових та ін.) і захворювань (внутрішніх органів, остеохондроз хребта та ін.), вік і загальний стан масажованого.

Фізіологічний вплив масажу при артрозах суглобів зменшує біль, поліпшує крово- і лімфообіг, трофіку тканин, нормалізує м'язовий тонус та виділення секретії синовіальної рідини, попереджує атрофію м'язів і зміцнює їх, поліпшує функцію суглобів, м'язів і сповільнює прогресування патологічного процесу в суглобах, тонізує та оздоровлює організм пацієнта [10].

4.1.1. Реабілітаційний масаж при плечолопатковому периартриті

Плечолопатковий периартрит – дегенеративне ураження сухожилля обертальної манжети плеча. Етіологія розвитку цього захворювання – вік старше ніж 40 років і остеохондроз шийного відділу хребта, ожиріння, ЦД, синдром гіпермобільності, травми плечового суглоба.

Плечолопатковий периартрит (ПП) проявляється м'язово-тонічними, нейродистрофічними порушеннями. У клінічній картині захворювання на першому плані – біль і обмеження об'єму рухів у плечовому суглобі. Біль виникає у ділянці плечового суглоба, надпліччя або плеча без видимої причини або після тривалого фізичного навантаження, посилюється при відведенні руки в бік і заведенні її за спину; нерідко біль заважає вночі та іррадіює у шию та верхню кінцівку. Найбільша вираженість болей відзначається у місцях прикріплення сухожиль і зв'язок до кісткових виступів у ділянці дзьобоподібного (акроміального) відростків лопатки, зовнішнього кінця ключиці, великого і малого бугорків плечових кісток і відвідних від них гребенів, ості лопатки, надосної і підосної ямок, нижнього і зовнішнього кутів лопатки.

У гострій фазі захворювання відзначається підвищення тону м'язів, що приводять плече та всю верхню кінцівку до

тулуба (великий грудний, великий круглий і підлопатковий м'яз), в результаті чого розвивається спочатку нестійка рефлекторно-больова, а через 1–2 місяці – стійка міоартрогенна привідна контрактура в плечовому суглобі.

За тривалого перебігу захворювання розвивається гіпо- і атрофія м'язів плечового пояса (особливо дельтоподібної, а також над- і підосної, підлопаткової, великого і малого круглих м'язів), м'язів плеча, а також у випадках, більш складних до патологічного процесу залучаються м'язи верхньої кінцівки.

Одночасно з порушенням тонусу і сили м'язів у них можуть з'являтися больові ущільнення – міогелози. Аналогічні болісні ущільнення з'являються також і в навколосуглобових (періартикулярних) м'яких тканинах.

Методика масажу залежить від патогенезу плечолопаткового периартрити, віку і загального стану пацієнта.

При плечолопатковому периартриті проводять масаж шийнокомірцевої зони за методикою, що застосовується при остеохондрозі хребта, і масаж верхньої кінцівки (при односторонньому ураженні – однієї, двосторонньому – обох верхніх кінцівок) з акцентом на проксимальні відділи (плечовий пояс, плечовий суглоб, плече) кінцівки.

Масаж верхніх кінцівок здійснюється за загальними принципами масажу при артрозах суглобів. Він залежить від стадії захворювання, зміни тонусу, атрофії м'язів, загального стану пацієнта.

Приблизно 2/3 всього часу відводиться на масаж ділянки плечового суглоба і прилеглих ділянок, а 1/3 – недиференційованому масажу – масаж окремих відділів верхньої кінцівки.

Плечовий суглоб масажують із в. п. масажованого:

1. Сидячи, верхня кінцівка відведена в бік, під кутом 80–90° для кращого доступу до внутрішньої поверхні суглоба.

2. Сидячи, рука лежить на протилежному плечі – для доступу до задньої поверхні плечового суглоба.

3. Сидячи чи лежачи на животі, рука масажованого заведена за спину – для кращого доступу до передньої поверхні плечового суглоба.

Тривалість процедури – від 15 хв до 30 хв, у середньому 20–25 хв щоденно, 1–2 рази на день. 15–20 процедур на курс. Курс реабілітаційного масажу – 15–20 процедур.

4.1.2. Реабілітаційний масаж при артритах та артрозах кульшових суглобів

В. п. масажованого – лежачи на животі чи спині, а за необхідності – й на боці. У цих в. п. здійснюють масаж попереково-крижової ділянки та ураженої нижньої кінцівки (за двостороннього процесу – обох нижніх кінцівок, використовуючи основні й ряд допоміжних прийомів погладжування, розтирання, розминання, вібрації).

Рекомендується починати масаж із поперекової ділянки в напрямі знизу вгору від підсідничної складки до попереку прийомами прямолінійного погладжування долонями, прямолінійного і циркулярного розтирання подушечками пальців, а потім цими самими прийомами – по верхніх краях клубових кісток у напрямі від хребта до боків. Після оброблення сідничних ділянок проводять масаж куприка, крижів і попереку.

Із допоміжних прийомів розтирання дуже ефективним є прийом штрихування.

Після погладжування і розтирання в тих самих напрямках проводять розминання сідничних м'язів і м'язів попереку.

Під час масажу вищезазначених зон необхідно звернути увагу на больові точки в ділянці куприка, великих вертлюгів та підсідничних складок.

Після масажу попереково-крижової ділянки переходять до масажу нижніх кінцівок, починаючи зі стегон. На сідничних ділянках та стегнах здійснюють диференційований масаж: погладжування, легке розтирання, ніжну стабільну або лабільну вібрацію, для м'язів із підвищеним тонусом – більш інтенсивне погладжування, розтирання, вібрацію, а також розминання;

для атрофованих м'язів зі зниженим м'язовим тонусом (зазвичай це сідничні м'язи і м'язи, розміщені на задній поверхні стегон, тобто півсухожилкові та двоголові м'язи стегон).

Кульшові суглоби розміщені глибоко й оточені з усіх боків м'язами, що утруднює доступ до цих суглобів. Проте необхідно впливати прийомами прямолінійного і циркулярного погладжування, розтирання, а по – можливості розминання на усю ділянку кульшових суглобів і навколо цієї зони. Відтак переходять до ретельного масажу капсул суглобів, зв'язок, суглобових сумок, сухожилкових півів, місць прикріплення сухожилків до кісток прийомами погладжування, розтирання, вібрації, особливо на ділянках між сідничними горбами та великими вертелами, де є можливість доступу до самих кульшових суглобів.

За наявності випоту в кульшових суглобах, їх набряклості масаж проводять за методикою «відсмоктування».

Диференційований масаж м'язів та спеціальний вплив на суглобово-зв'язковий апарат починають на 2–3-й процедурі, а на 1–2-й процедурі масажу обмежуються загальним недиференційованим впливом на тканини, включаючи погладжування, розтирання і легку вібрацію.

Після масажу ділянок кульшових суглобів і стегон переходять до масажу гомілок, стоп та інших суглобів нижніх кінцівок, використовуючи основні прийоми погладжування, розтирання, розминання, вібрації.

Інтенсивність і тривалість масажу поступово нарастають від процедури до процедури. Особам молодого і середнього віку з ознаками деякого ожиріння, особам із гіперстенічною конституцією масаж із перших процедур можна проводити з достатньо більшою інтенсивністю і навіть із нерізким больовим відчуттям, у той самий час особам похилого і старшого віку, схудлим, з астеничною конституцією, дітям, особливо дошкільного віку, масаж необхідно проводити обережно, він повинен бути щадним, не викликати больових відчуттів.

Тривалість процедури – від 10 хв до 25 хв щоденно або через 1 день, на курс від 8 до 15, у середньому – 10–12 процедур.

Для підсилення ефекту від масажу необхідно включити елементи кінезіотерапії: пасивні й активні рухи в кульшових суглобах, лікування положенням, витягування.

За відсутності протипоказань необхідно поєднувати масаж із кінезіотерапією, механотерапією, фізіотерапією та з іншими методиками реабілітації.

4.1.3. Реабілітаційний масаж при артрозі колінних суглобів

Артроз колінних суглобів (гонартроз) трапляється також часто, як і коксартроз, але не рідко це захворювання має безсимптомний перебіг.

Клінічна симптоматика відзначається болями за підвищеного навантаження на суглоби, при підніманні та перенесення тягаря, біль у суглобах під час ходьби сходами, особливо під час спускання вниз, ходьбі, після тривалого перебування у в. п. стоячи, а також у вологу, холодну погоду.

Гонартроз, як і коксартроз, може бути вторинним, що виникає після травми, артриту та з іншими причин, і первинний, що виникає без причин, наприклад, у результаті старіння організму або тривалого професійного перенапруження. Часто гонартроз ускладнюється реактивним (вторинним) синовіітом, тобто запаленням синовіальної оболонки колінного суглоба.

У раз одностороннього артрозу колінного суглоба проводять масаж однієї ураженої нижньої кінцівки, двосторонньому – обох нижніх кінцівок у в. п. масажованого лежачи на спині чи животі. Застосовують основні та допоміжні прийоми масажу. Процедуру починають із впливу на дистальні відділи кінцівок (стопи, гомілки), потім переходять до проксимальних відділів (стегна, тазового пояса), роблячи на перших масажних процедурах загальний легкий вплив на всі нижні кінцівки прийомами погладжування, розтирання, легкої вібрації.

Починаючи з 2–3-ї процедури здійснюється диференційований вплив на м'язи і суглоби, особливо колінні, підбираючи відповідні масажні прийоми залежно від стадії захворювання, стану м'язів (змінення тону, ступеня атрофії та ін.), характеру і вираженості болю, наявності або відсутності ускладнень (синовіт, контрактури та ін.), віку і загального стану пацієнта.

Під час процедури масажу необхідно приділяти більшу частину часу і зусиль масажу ділянки колінних суглобів і стегон у ділянці колінних суглобів, проводити ретельний масаж капсули суглобів, зв'язкового апарату, суглобових сумок, місць прикріплення сухожилків до кісток і самих сухожиль, періартрикулярних м'язових тканин.

Впливати на суглобово-зв'язковий апарат колінних суглобів краще всього в місцях найбільшого доступу до них, а саме по задній поверхні нижніх кінцівок у ділянці підколінних ямок, а також із внутрішнього боку сухожилля чотириголового м'яза стегна. Вплив на суглобово-зв'язковий апарат здійснюється прийомами площинного, охоплювального безперервного погладжування, щипцеподібного погладжування подушечками пальців, основою долоні; щипцеподібного, граблеподібного розтирання всієї ділянки суглоба поздовжньо, спіралеподібно, циркулярно у висхідному і низхідному напрямках, а також розминання у вигляді натискання. Кожен прийом рекомендується повторити 3–6 разів.

При артрозі колінного суглоба розвивається вибіркова атрофія м'язів, що особливо виражена в м'язах стегон. Із масажних прийомів при гіпо- і атрофії м'язів використовують поперемінно основні та допоміжні прийоми погладжування (площинне поверхнєве і глибоке, охоплювальне уривчасте і безперервне гребенеподібне, граблеподібне, глашіння, хрестоподібне, щипцеподібне); інтенсивне розтирання, включаючи допоміжні прийоми (гребенеподібне, щипцеподібне подушечками великих пальців рук, ліктьовим краєм кисті, передпліччя, кулаком); розминання поздовжнє і поперечнє, валяння, витискання, розтягування, натискання, інтенсивність

якого повинна відповідати ступеню гіпотрофії м'язів; вібрація (безперервна і перервна), потрушування, рубання, постукування, поплескування), проводять обережно на внутрішній поверхні стегон. Кожний прийом рекомендують повторювати від 3 до 6 разів 1–3 рази на 1 день, тривалість процедури – від 10–15 хв до 25–30 хв. Курс реабілітаційного масажу – 10–15 процедур.

За наявності міогелозів (болючих ущільнень у м'язах), що трапляються найчастіше на ділянках переходу м'язів у сухожилля, проводять спеціальний вплив на ці ущільнення подушечками пальців у вигляді стабільного розтирання в поздовжньому, поперечному або циркулярному напрямках; розминання у вигляді уривчастого натискання, чергуючи з охоплювальним погладжуванням, за наявності болю інтенсивність впливу зменшується або тимчасово припиняється, а через кілька процедур масажу вплив на гелози відновлюється за інтенсивністю, яка не спричиняє значного посилення болю.

За наявності набряку тканин, вторинного синовііту колінних суглобів масаж нижніх кінцівок проводять за відсмоктувальною методикою, починаючи з тазового поясу, переходячи на стегна, потім на гомілки і стопи. Із масажних прийомів використовують в основному глибоке погладжування та інтенсивне розтирання в повільному темпі суворо за ходом відтікання лімфи, в напрямі «від периферії до центра», водночас здебільшого колінні суглоби не масажують.

У процедурі масажу рекомендують включати активні, а за необхідності і пасивні рухи у колінних суглобах, комплекс кінезіотерапії, фізіотерапію, лікування положенням та інше.

За наявності супутнього захворювання – остеохондроз поперекового відділу хребта – в масажованого з артрозом колінного суглоба проводять одночасний масаж попереково-крижової ділянки за методикою, що використовується при остеохондрозі хребта.

4.2. Методика реабілітаційного масажу при захворюваннях і травмах опорно-рухового апарату

При травмах опорно-рухового апарату, як при консервативному, так і оперативному лікуванні, масаж є одним із найважливіших реабілітаційних методів, що сприяють відновленню уражених рухових функцій і працездатності пацієнта, скорочуючи терміни лікування і попереджуючи інвалідизації пацієнтів.

Масаж діє знеболювальне, протинабряково, розсмоктувальна дія на патологічні відкладення в тканинах і випоти в суглобах, а також здійснює регенеративну і зміцнювальну дію на тканини (шкіру, м'язи, кістки).

Масаж широко використовується у травматології під час ураження м'язів, сухожилок, зв'язок, вивихів суглобів, закритих і відкритих переломів кісток, наслідків травм опорно-рухового апарату, контрактурах долонного апоневрозу (контрактурах Д'юпоїтрена), ампутаційних куксів кінцівок.

Масаж найбільш показаний при переломах кісток кінцівок, хребта уповільненій консолідації кісткового мозоля, наслідках травм опорно-рухового апарату, при супутніх ураженнях нервів і нервових сплетень (травматичних невритах).

Методичні рекомендації до проведення реабілітаційного масажу

1. Масаж необхідно використовувати в основному в період розвитку регенеративних і репаративних процесів у тканинах, із початком зрощення кісток після переломів та ін.

2. У гострому періоді травми, тобто на ранніх термінах після ураження, за наявності набряків тканин, кровотеч, наявності рефлекторної напруженості м'язів, кісткових уламків і т. ін. показання до масажу обмежені, тому що додаткові подразнення масажними прийомами може призвести до посилення реактивних явищ і погіршення стану ділянки ураження.

3. У гострому періоді травми для покращання крово- і лімфообігу, трофічних і обмінних процесів у тканинах допустиме лише легке погладження вище від місця ураження, так званий «відсмоктувальний» масаж. За відсутності протипоказань можливий також вплив на сегментарні зони (шийно-комірцеву – для верхніх кінцівок, і попереково-крижову – для нижніх кінцівок) і симетрично уражену кінцівку (здорову), використовуючи основні масажні прийоми у щадному режимі. Пізніше можна застосовувати прийоми розтирання і легкого розминання м'язів поза вогнища ураження.

Під час лікування травм опорно-рухового апарату масаж рекомендують застосовувати в комплексі з фізичними вправами, причому здебільшого масаж необхідно призначати на більш пізніх термінах, ніж застосування фізичних вправ, після загоєння рани м'язів тканин і за наявності ознак зрощення кісток. Це пояснюється тим, що масаж є контактним методом лікування, способом механічного впливу на тканини, які після зняття іммобілізації, зазвичай, атрофовані, ослаблені, на шкірі є садна, висипання, екскоріація, і тому потрібен час для того, щоб тканини зміцніли і їх стан поліпшився.

Під час лікування травматичних уразень інтенсивність масажу повинна бути адекватною стану м'язів тканин, м'язів, кровоносних і лімфатичних судин, шкірних покривів, що легко руйнуються на ранніх термінах після ураження.

Для підготовки тканин до масажу, особливо після зняття гіпсової пов'язки, необхідно спочатку вимити ділянку для масажу теплою водою і туалетним милом або зробити олійний компрес, або протерти спиртом. У процесі проведення реабілітаційного масажу необхідно суворо стежити за чистотою травмованої ділянки шкіри пацієнта, застосувати обтирання, обмивання, душі, ванни, частіше змінювати білизну.

При одночасному використанні масажу та кінезіотерапії масаж здебільшого потрібно проводити перед кінезіотерапією. Найбільш доцільним вважається такий порядок використання методів відновлювального лікування у фазі зрощення кісток:

- 1) фізіотерапевтичні процедури масаж;

- 2) масаж;
- 3) кінезіотерапія;
- 4) лікування положенням.

Травматичні переломи – це ураження кістки з порушенням її цілісності внаслідок травми.

Травматичні переломи залежно від стану шкірних покривів поділяють на закриті й відкриті. За характером ураження кісток розрізняють переломи повні та неповні, поперечні, поздовжні, косі, вколочені, гвинтоподібні, осколкові, Т-подібні, І-подібні, зірчасті, дірчасті, переломи зі зміщенням і без зміщення уламків.

За локалізацією розрізняють діафізарні (переломи тіл кісток), епіфізарні (переломи епіфізів кісток), внутрішньосуглобні та метафізарні (переломи метафізів кісток, навколосуглобові).

Із клінічної точки зору в поняття «перелом» вкладаються не лише порушення цілісності кістки, а й одночасне ураження навколишніх м'яких тканин: м'язів, фасцій, кровоносних і лімфатичних судин, нервів, а при сполучних переломах – і внутрішніх органів.

Переломи характеризуються патологічною рухливістю кісток, кісткових уламків, деформацією кінцівки на місці перелому та її скороченням, болем при пальпації, крововиливом (гематомою), припухлістю, порушенням рухової функції.

На сьогодні загальноприйнятим методом лікування переломів є репозиція, консервативна або оперативна іммобілізація і рухи (кінезіотерапія, масаж та інші види). Таке поєднання, як лікування спокоєм і лікування рухом, забезпечує швидке і повноцінне відновлення структури і функцій ураженого опорно-рухового апарату та організму в цілому.

Особливе значення під час лікування переломів надається масажу. Масаж, особливо в поєднанні з кінезіотерапією нормалізує діяльність центральної нервової системи, внутрішніх органів, поліпшує місцевий і загальний крово- та лімфообіг, стимулює обмін речовин і регенерацію тканин, сприяє більш швидкому утворенню повноцінного кісткового мозоля і

відновленню нормальної функції ураженого сегмента опорно-рухового апарату, запобігає атрофії м'язів, сприяє зрощенню, має зміцнювальний і оздоровлювальний вплив на весь організм.

4.2.1. Реабілітаційний масаж при переломах хребта без пошкодження спинного мозку

Хребетний стовп – основна частина скелета тулуба, він є органом опори і руху, в якому розміщується спинний мозок.

Хребет складається з 33–34 хребців, що умовно поділяються на відділи: шийний – 7 хребців; грудний – 12 хребців; поперековий – 5 хребців; крижовий – 5 хребців; куприковий – 3–4 хребці.

Переломи хребта належать до тяжких уражень опорно-рухового апарату. Переломи хребта виникають у результаті непрямой травми: в разі падіння з висоти на ноги, сідниці, голову або падіння вантажу на спину, голову, і прямої травми – у разі безпосереднього удару в спину. Переломи можуть бути з ураженням і без ураження спинного мозку і корінців спинномозкових нервів, з ураженням міжхребцевого диска (проникні) і без його ураження.

Клінічні прояви перелому хребта різні – від повної відсутності симптоматики за деяких видів уражень до тяжкої клінічної картини: сильні болі, парез кишечника, неврологічні розлади і порушення функцій органів малого таза при важких переломах хребта з ураженням спинного мозку або корінців спинномозкових нервів. Під час пальпації виникає сильний біль на місці перелому, там не утворюється гематома.

Вибір методу лікування та його тривалість залежить від характеру, локалізації, ступеня тяжкості перелому, наявності або відсутності ускладнень, віку і загального стану пацієнта. Переломи хребта лікують різними методами: тривалим витягуванням, методом одномоментної репозиції з подальшим накладанням гіпсового корсета, оперативним методом із застосуванням різних засобів остеосинтезу, комбінованим методом із застосуванням витягування з подальшою

імобілізацією гіпсовою пов'язкою або ортопедичним корсетом, функціональним методом. Функціональний метод поєднує в собі способи реклінації (декомпресії), витягування і раннє відновлювальне лікування. Пацієнта кладуть на спину на ліжко із щитом, головний кінець якого піднімається на 25–30 см від підлоги, і проводять витягування за допомогою підпахових лямок (при переломах у грудному і поперековому відділах) або петлі Гліссона (при переломах шийного і верхньогрудного відділі хребта). У ділянках шийного і поперекового відділів хребта підкладають невеликі валики (реклінація).

Основою відновлювального лікування і всього функціонального методу є вправи і масаж. Курс масажу так само, як і кінезіотерапію, поділяють на чотири періоди (класичний варіант).

У класичному варіанті масаж призначають вже у першому періоді лікування, він триває до двох тижнів від моменту травми. За відсутності протипоказань з 5–7-го дня після травми проводять масаж нижніх кінцівок, а по можливості – і верхніх. Мета масажу в першому періоді лікування – загальнотонізуювальний вплив, профілактика неприємних впливів вимушеного положення і гіподинамії, стимуляція регенеративних процесів. На нижніх кінцівках починають масаж з охоплювального безперервного погладжування від пальців стоп до пахових складок, чергуючи зі спіралеподібним розтиранням подушечками пальців, безперервним поздовжнім і поперечним безперервним погладжуванням. Тривалість масажу кожної ноги – 7–10 хв. Такі самі прийоми масажу застосовують на верхніх кінцівках у напрямі від пальців до підпахових западин. Тривалість масажу кожної руки – 5–7 хв. Під час масажу кінцівок ручну вібрацію не застосовують.

Із перших днів застосування масажу для профілактики пролежнів, особливо в осіб похилого і старого віку, в тяжких пацієнтів, масажують місця можливого утворення пролежнів.

Особам похилого і старечого віку та пацієнтам зі схильністю до запорів масажують також передньобочкову черевну стінку.

Другий період починається з моменту дозволу пацієнтові повертатися на живіт.

Масаж у цьому періоді спрямований на зміцнення м'язів тулуба, кінцівок, утворення м'язового корсету для хребта, прискорення утворення кісткового мозоля в ділянці перелому, протидія негативному постільному режиму, підвищення загального тону організму і поліпшення самопочуття пацієнта.

Після повернення на живіт перші 2–3 дні проводять легкий масаж задньої поверхні шиї, бокових відділів спини і попереково-крижової ділянки. Виконують площинне поверхневе і глибоке погладжування, охоплювальне безперервне погладжування, спіралеподібне розтирання подушечками пальців. На наступні дні діють на усю задню поверхню тулуба, включаючи паравертебральні ділянки, але обходячи ділянку перелому.

Поступово масажист підвищує силу тиску рук під час виконання вищезазначених масажних прийомів. Розтирання проводять кінцями пальців, фалангами зігнутих пальців (гребенеподібно), основою долоні, додають пиляння і напівколове поперечне розминання, накочування, не впливаючи на ділянку перелому, і щадне, обережне – на паравертебральні ділянки.

Масаж нижніх кінцівок у другому періоді роблять лише особам похилого віку й ослабленим пацієнтам. Масаж ніг проводять із більшою інтенсивністю, ніж у першому періоді, акцент роблять на прийоми розминання. Тривалість масажу кожної ноги також збільшується до 10–12 хв.

Третій період займає в середньому два тижні і продовжується до вставання пацієнта та початку ходьби. Завдання масажу такі самі, як і в другому періоді, плюс підготовка пацієнта до вставання і подальшої ходьби з навантаженням на хребет. У цьому періоді продовжується

поступове збільшення навантаження під час масажу і тривалість процедур.

4.2.2. Реабілітаційний масаж при переломах довгих трубчастих кісток у ділянці ліктьового суглоба

Переломи в ділянці ліктьового суглоба супроводжуються гемартрозом ліктьового суглоба, вираженим набряком, швидко дають стійкі й виражені обмеження рухливості в ліктьовому суглобі, значну атрофію м'язів плеча і передпліччя та інші дефекти. До уражень у ділянці ліктьового суглоба належать також переломи внутрішнього і зовнішнього надвиростків плечової кістки – навколосуглобові переломи.

Вони виникають у результаті прямої дії на цю зону (падіння, удар та ін.), або непрямої – при розігнутому чи злегка зігнутому передпліччі в ліктьовому суглобі. Залежно від характеру перелому, ступеня зміщення уламків, віку пацієнта лікування переломів у ділянці ліктьового суглоба здійснюється консервативним (накладання гіпсової лонгети, відвідної шини ЦИТО, скелетного витягування) або оперативним шляхом (репозиція й остеосинтез).

Під час лікування переломів у ділянці ліктьового суглоба період іммобілізації поділяють на два: іммобілізаційний та постіммобілізаційний.

Тривалість цих періодів зумовлюється характером перелому та його локалізацією.

Для нижчезазначених далі переломів рекомендується така тривалість іммобілізації (за З. М. Атаєвим, Т. В. Волковою, 1973 р.): Т- і У-подібні переломи і переломи частини виростка плечової кістки: абсолютної – 10–12 діб, відносної іммобілізації – 15–20 діб; переломи ліктьового відростка: 7–14 і 7–10 діб; переломи головки променевої кістки: 4– і 10–14 діб.

Масаж рекомендують починати ще в період абсолютної іммобілізації. У цей період проводять масаж шиї, ділянки надпліччя і плечового пояса збоку ураження, міжлопаткової ділянки. Якщо вільні від іммобілізації дельтоподібний м'яз і

ділянка плеча, то в цих зонах використовується «відсмоктувальний» масаж. Прийоми вібрації під час масажу всіх названих зон не використовують!

У період відносної іммобілізації на час проведення масажу гіпсову лонгету знімають і можна здійснювати масаж усієї травмованої верхньої кінцівки, обминаючи зону ураження, тобто ділянку ліктьового суглоба.

Під час проведення масажу ураженої кінцівки в період відносної іммобілізації обмежуються лише охоплювальним безперервним погладжуванням, поступово переходячи до наступних масажних процедур, до інших основних і деяких допоміжних прийомів погладжування (охоплювальне, площинне поверхнєве і глибоке погладжування, граблеподібне, гребенеподібне, поглажування) з поступово наростаючою інтенсивністю і тривалістю. За сприятливої дії масажу до кінця періоду іммобілізації може бути використане легке спіралеподібне розтирання кінчиками пальців. Розтирання й особливо ручну вібрацію не застосовують.

Після зняття іммобілізації дозволяють збільшити тривалість масажу травмованої верхньої кінцівки (в середньому до 15–20 хв).

При внутрішньосуглобових переломах кісток, що утворюють ліктьовий суглоб, масаж ділянки ліктьового суглоба на ранніх термінах після травми протипоказаний, тому що в період відносної іммобілізації і в ранній постіммобілізаційний період можливий розвиток периартикулярної осифікації м'яких тканин і надлишкового кісткового мозоля, що може порушити відновлення функції ліктьового суглоба. Ділянку ліктьового суглоба можна масажувати лише через 2–2,5 місяця після травми, а також пізніше для усунення вторинних змін у капсулі суглоба і в навколосуглобових тканинах.

Застосування масажу в постіммобілізаційний період передбачає поступове збільшення кількості масажних прийомів, їх інтенсивності і тривалості. Крім погладжування, застосовують розтирання і поздовжнє розминання з поступово наростаючою інтенсивністю та тривалістю, а на пізніших термінах після

травми – основні та допоміжні прийоми ручної уривчастої та безперервної вібрації.

Під час проведення масажу травмованої кінцівки враховують стан м'язів верхньої кінцівки, масаж повинен бути зміцнювальним – тонізуювальним – для розтягнутих, гіпотонічних, ослаблених м'язів і розслаблювальним, легким – для гіпертонічних м'язів.

Для ефективності реабілітації важливо додавати до процедур масажу активні і пасивні рухи, а також поєднувати масаж із кінезіотерапією, лікуванням положенням, фізіо- та механотерапією.

Масаж проводять щодня, повторними курсами по 15–20 процедур, з перервами 1,5–2 тижні між курсами. Під час проведення третього курсу масажу, через 9–12 тижнів після травми, можна масажувати і зону ураження, тобто ділянку ліктьового суглоба [15].

Реабілітаційний масаж при переломі променевої кістки в типовому місці

Механізм цього перелому найчастіше пов'язаний із непрямую травмою – падіння на витягнуту руку з упором на долоню; водночас може бути зміщення кісткових уламків. Неправильне співвідношення кісткових уламків відновлюється ручною репозицією з подальшим накладанням гіпсової пов'язки від основи пальців до середньої третини плеча терміном 4–5 тижнів. Іноді для утримання кісткових уламків у правильному положенні використовують фіксацію спицями для витягування терміном до 6 тижнів.

Порівняно частим ускладненням перелому променевої кістки в типовому місці, особливо в осіб похилого та старечого віку, є розвиток синдрому Зудека, або трофоневротичного синдрому, що проявляється сильними болями, сильними набряками, остеопорозом (атрофією, розрідженням кісткової тканини), ранніми і стійкими контрактурами суглобів пальців,

променево-зап'ясткового суглоба та іншими патологічними змінами.

Для зменшення реактивних явищ, профілактики трофоневротичного синдрому (тугорухливості суглобів, кісткової атрофії та інших синдромів) рекомендується ранній масаж травмованої верхньої кінцівки, вільної від іммобілізації, а також масаж шиї, надпліччя, лопатки збоку ураження, міжлопаткової ділянки. У цій ділянці застосовують основні масажні прийоми (погладжування, розтирання, розминання) у щадному режимі. Вже на другий – третій день після травми призначається «відсмоктувальний» масаж плеча і дельтоподібної ділянки з використанням площинного поверхневого і глибокого погладжування, глибокого безперервного охоплювального погладжування, спіралеподібного розтирання, інтенсивного поздовжнього і поперечного розминання. Вільні від іммобілізації пальці також необхідно починати масажувати приблизно в той самий період після травми. На пальцях достатньо застосовувати погладжування і спіралеподібне розтирання великим пальцем упродовж 3–5 хв, щодня, двічі-тричі на день, що запобігає застійним явищам, або ж усуває їх, а також болі й тугорухливість у суглобах пальців.

Після повного зняття іммобілізації інтенсивність і тривалість масажу поступово зростають, додається неінтенсивне поздовжнє безперервне розминання в напрямі від пальців до ліктьового і плечового суглобів. Масааж шиї, лопатки, міжлопаткової ділянки і надпліччя здебільшого випадків припиняють, а більше часу приділяють масажу вільної верхньої кінцівки.

Через 2–2,5 міс. і більше масаж проводять за загальним планом із використанням основних і допоміжних прийомів погладжування, розтирання, вібрації.

Необхідно підкреслити необхідність щадного проведення масажу ділянки перелому (нижня третина передпліччя і зона променево-зап'ясткового суглоба).

Колове розтирання ділянки ураження на ранніх термінах після зняття іммобілізації не проводять, розминання здійснюють обережно, без сильного натискання на тканини, прийоми вібрації, особливо переривчастої, застосовують лише на пізніх термінах після травми.

Особливо важливе застосування масажу в разі трофоневротичного синдрому. Відомо, що в клінічній картині синдрому Зудека є три фази (запалення, дистрофія, атрофія). У той самий час розвиток синдрому може припинитися в будь-якій фазі і, таким чином, наслідки синдрому Зудека і терміни відновлення працездатності можуть бути різними (від 3–6 міс. до одного року). За наявності першої та другої фази, що ускладнює перелом променевої кістки в типовому місці, масаж проводять із більшою обережністю, без натискання на тканини, спочатку вище від зони ураження (плече, середня і верхня частини передпліччя), а відтак і самої ділянки (нижня частина передпліччя, кисть), з використанням у цій зоні лише погладжування і легкого розтирання. У третій фазі показана активна реабілітація: масаж із використанням прийомів легкого розминання, ніжної уривчастої вібрації в поєднанні з активними і пасивними рухами, фізіотерапевтичними процедурами (парафіно-озокеритові аплікації, теплі водянні ванни та ін.), трудотерапією, кінезіотерапією та іншими методами за показаннями.

Масаж під час лікування переломів променевої кістки в типовому місці із синдромом Зудека необхідно проводити повторними курсами по 15–20 процедур із 2–3-тижневими перервами між ними до повного відновлення функцій травмованої верхньої кінцівки.

4.2.3. Реабілітаційний масаж при переломі хірургічної шийки та діафіза плечової кістки

Переломи хірургічної шийки плечової кістки трапляються в осіб похилого віку під час падіння на руку (відведена від тулуба або приведена до нього).

Залежно від характеру перелому, віку пацієнта і деяких інших факторів лікування перелому здійснюють або одномоментним вправленням уламків плечової кістки з подальшим накладанням торакобрахіальної гіпсової пов'язки, або скелетним витягуванням за ліктьовий відросток на відвідній шині терміном від 4 до 6 тижнів.

У пацієнтів похилого віку з переломами хірургічної шийки без зміщення кісток репозицію здебільшого не проводять. У таких випадках накладають пов'язку Дезо з ватним валиком у підпахвовій ділянці, або травмовану кінцівку фіксують на клиноподібній подушці з подальшою заміною пов'язки Дезо пов'язкою типу змійки з бобоподібним валиком у підпахвовій ямці.

Кістковий мозоль утворюється досить швидко внаслідок доброго кровопостачання, однак страждає функція плечового суглоба, що пояснюється навколосуглобовим характером перелому і вираженими реактивними змінами в капсулі суглоба та навколосуглобової сумки.

Масаж починають зі зняття іммобілізації. На перших сеансах проводять «відсмоктувальний» масаж ділянки плечового поясу і надпліччя з боку ураження у в.п. масажованого сидячи з опорою на спинку стільця або підлокотника масажного крісла. Використовують прийоми охоплювального, площинного і щипцеподібного погладження, спіралеподібного розтирання, легкого щипцеподібного розтирання. У міру відновлення структури і функцій травмованої верхньої кінцівки розпочинають масаж інших її відділів: кисті, передпліччя та плеча, проводячи основні та допоміжні прийоми погладження, розтирання і розминання з поступовим наростанням тривалості та інтенсивності.

У перші дні після зняття іммобілізації в ділянці плеча застосовують лише легке уривчасте погладження, обминаючи місця перелому, щоб не спричинити болю, крововиливу, набряку. Через декілька днів до процедури масажу додають поверхневе площинне, а потім і глибоке площинне і охоплювальне безперервне погладження. Під час масажу

передпліччя і кисті використовують погладження, розтирання, легке розминання ослаблених м'язів, вібрацію ручну і механічну.

Тривалість процедури масажу поступово збільшують із 5–10 хв на початку курсу до 15–20 хв у кінці курсу. Масаж проводять щодня впродовж тривалого часу до повного відновлення рухової функції травмованої верхньої кінцівки (на курс – від 20 до 40 процедур). За необхідності після тимчасових перерв (1–3 тижні) проводять повторні курси.

За відсутності протипоказань важливо додавати до процедури масажу активні й пасивні рухи, а також поєднувати масаж із кінезіотерапією, фізіотерапією, механотерапією та іншими методами лікування.

Реабілітаційний масаж при переломі діафіза плечової кістки

Переломи діафіза плечової кістки трапляються часто в середньому відділі в основному в пацієнтів молодого та середнього віку. При переломах плечової кістки в середній третині кістковими уламками нерідко уражується променевий нерв, у результаті чого виникає параліч або парез м'язів, що іннервуються цим нервом.

Лікування переломів діафіза плечової кістки може бути консервативним (накладання торакобрахіальної пов'язки, скелетного витягування за ліктьовий відросток на шині, тракційна гіпсова пов'язка) і оперативним (остеосинтез штифтами, пластинами, накладання дистракційно-компресійних апаратів і т. ін.).

При переломі діафіза плечової кістки з ураженням променевого нерва вибір методу лікування залежить від ступеня ураження нерва (струс, забій, стиснення, надрив, розрив).

За відсутності протипоказань реабілітаційний масаж можна починати у перші дні після травми. На ранніх термінах після травми спостерігається рефлекторне напруження м'язів травмованої руки, яке згодом змінюється на розслаблення і гіпотонію м'язів. При призначенні масажу після травми

проводять масаж шиї, надпліччя і плечового пояса з боку ураження, міжлопаткової ділянки, а також вільних від іммобілізації ділянок кінцівки (кисть, передпліччя). На цих ділянках застосовують прийоми обережного погладжування, розтирання, розминання шийно-комірцевої зони за напрямком до підпахвових западин, на верхній кінцівці – від кінчиків пальців до ліктьового суглоба.

За зміни постійної іммобілізації на зміну або зняття її, у перші дні проводять масаж вище від місця перелому (відсмоктувальний) і нижче від його, обминаючи місце самого перелому. Через кілька днів здійснюють масажний вплив і на ділянку перелому прийомами спочатку охоплювального погладжування – переривчастого, а потім і безперервного, а також площинного поверхневого і глибокого з подальшим переходом на тильне розтирання та легке розминання.

Приблизно через 2–2,5 місяця після травми, в стадії консолідації уламків і перебудови кісткової тканини, інтенсивність і тривалість масажу посилюється, включаючи прийоми стимуляції м'язів і вібрації. Прийоми вібрації, особливо уривчастої (постукування, пунктування, стьобання), рекомендується застосовувати в ділянці перелому в разі сповільненого утворення кісткового мозоля, проводячи їх ніжно, легко, безболісно.

Особливо показане застосування масажу під час супутнього ураження променевого нерва; використовують ручну й апаратну вібрацію задньої поверхні плеча за ходом стовбура променевого нерва, ділянки головки у місці перелому і зміцнення самого перелому, додають неінтенсивне прямолінійне і циркулярне розтирання подушечками пальців, а через кілька днів – і несильне поздовжнє і поперечне розминання. На ранніх термінах після зняття іммобілізації прийоми ручної вібрації в ділянці перелому не проводять через небезпеку зміцнення кісткових уламків, прийоми погладжування, розтирання та особливо розминання в цій зоні проводять обережно.

Вибірковий вплив масажу на плечовий суглоб здійснюють лише за повільного зрощення перелому. В разі

нормального утворення кісткового мозоля або зайвого кісткового мозолю, вибіркового масаж плечового суглоба не проводять. Вибірковий вплив на плечовий суглоб можна здійснювати на пізніх термінах після травми (через 2–2,5 міс.) за наявності контрактури плечового суглоба.

Тривалість масажу під час початкових процедур – 7–10 хв, на наступних процедурах подовжується до 15 – 20 хв. Масаж роблять щодня. Курс реабілітаційного масажу – від 10 до 30 процедур, за необхідності після двох – трьох тижнів перерви курс масажу повторюють.

Масаж необхідно поєднувати з активними і пасивними рухами в суглобах травмованої кінцівки, кінезіотерапією, фізіотерапією, механотерапією, трудотерапією та іншими методами.

4.2.4. Масаж при переломах кісток таза

Таз – це опора для тулуба і нижніх кінцівок та є місцем для деяких внутрішніх органів.

Переломи кісток таза, як і переломи інших частин скелета, можуть бути відкритими і закритими. Переломи кісток таза є тяжким ураженням опорно-рухового апарату, вони виникають найчастіше під час автокатастроф і падіння з висоти. Переломи окремих кісток таза можливі внаслідок безпосереднього удару, або різкого напруження м'язів. У 25–40 % випадків переломи кісток таза сполучаються з ураженням інших кісток або внутрішніх органів. Комбіновані ураження в основному виникають у разі переломів кісток таза з порушенням безперервності тазового кільця. Симптоматика при переломах кісток таза залежить від характеру перелому і наявності супутніх уражень.

Більшість переломів кісток таза проявляється деформацією тазової ділянки, сильними болями при пальпації і рухах, рухливістю тазових кісток і крепітацією кісткових уламків, гематомою в місці ураження, або за поза очеревиною.

У зв'язку з анатомічними особливостями кровопостачання кісток таза і розвиненою мережею судинних сплеть, кровотеча при переломах таза зазвичай буває сильною і тривалою, що обумовлює деформацію масивних позачеревних або внутрішньотазових гематом (2–3 л крові) і розвиток травматичного шоку. Лікування тяжких уражень таза часто починається з проведення протишокових заходів (інфузійна терапія, внутрішньотазова новокаїнова блокада). Переломи тазового кільця без порушення його безперервності, але без зміщення кісток таза здебільшого лікують консервативним методом у так званому положенні «жабки». Пацієнта кладуть спиною на матрац, підкладають під нього дерев'яний щит, ноги пацієнта злегка розведені і зігнуті у стегнових і колінних суглобах, під них підкладають товсті м'які валики. У разі краєвих переломів кісток таза з вираженим діастазом необхідна відкрита репозиція або остеосинтез гвинтом із подальшим укладанням пацієнта в положення «жабки» на 3–4 тижні. Найбільш складним є лікування пацієнтів із переломами кісток таза з порушенням безперервності тазового кільця (особливо з одночасним ураженням переднього і заднього відділів) і зміщенням кісток таза.

При тяжких переломах найчастіше проводять консервативне лікування підвішуванням пацієнта на гамачку з вантажем, закріпленому на балканській рамі, або скелетним витягуванням, інколи накладанням гіпсової пов'язки на ділянку таза і верхню третину стегна. При переломах вертлюжної западини також проводять в основному консервативне лікування шляхом накладання скелетного або нашкірного витягування на шині Белера.

У лікуванні практично всіх переломів таза застосовують масаж. Залежно від характеру перелому, методу лікування, періоду травматичної хвороби мета і методика масажу різні. Так, під час лікування переломів кісток таза консервативним методом, коли пацієнт лежить у в. п. «жабки», масаж може бути призначений на ранніх термінах після травми, ще в першому періоді лікування (імобілізаційному), при затуханні гострих

реактивних явищ і задовільному загальному стані пацієнта. На ранніх термінах після травми масаж протипоказаний за наявності супутніх позачеревних гематом і загальних протипоказань до масажу. Основні завдання масажу в першому періоді лікування: зменшення реактивних явищ (біль, набряклість тканин та ін.), поліпшення крово- і лімфообігу, профілактика тромбозу, пролежнів, запорів, тугорухливості суглобів, атрофії м'язів. Масажують обидві нижні кінцівки, передньобочкову черевну стінку і місця можливого утворення пролежнів (крижі, сідничні бугри). У разі призначення масажу на ранніх термінах після травми на нижніх кінцівках проводять лише легкий масаж гомілок і стегон, використовуючи прийоми поглажування і неінтенсивного розтирання.

На пізніших термінах після травми, але ще у періоді іммобілізації, проводять масаж усіх відділів нижніх кінцівок, включаючи стегна, застосовуючи прийоми поглажування, розтирання, легкого розминання. Масаж нижніх кінцівок по можливості роблять з усіх боків (спереду, ззаду, з боків), але положення ніг не повинно змінюватися. Прийоми поглажування, розтирання, розминання виконують у повільному темпі без сильного натискання на тканини. Прийоми ручної вібрації не застосовують. Основну увагу у масажі нижніх кінцівок в іммобілізаційний період приділяють ділянці гомілок, гомілковостопним і колінним суглобам (кульшові суглоби не масажують). Ці суглоби масажують за принципом загальної методики масажу суглобів. Під час масажу черевної стінки також використовують площинне поверхнєве і глибоке поглажування, глибоке охоплювальне безперервне, а також щипцеподібне і зигзагоподібне розтирання в коловому напрямі, пиляння, перетинання, м'яке поздовжнє і поперечне розминання, валяння, накочування. Прийоми ручної вібрації не використовують.

Загальна тривалість процедури масажу в першому періоді лікування – 18–25 хв (нижні кінцівки – 10–15 хв, передньобочкова черевна стінка – 8–10 хв), масаж проводиться щоденно, на курс 10–15 процедур. Перерви між курсами один –

два тижні. У другому періоді лікування (ранньому після іммобілізаційному, або відновлювальному), який починається після зняття валика і дозволу пацієнтові повертатися на живіт, завдання масажу і його методика змінюються. Основні завдання в цей період: зменшення атрофії м'язів, підвищення їх тону, сили і зміцнення, збільшення рухливості суглобів, усунення залишкових явищ травматичної хвороби та застійних явищ, пов'язаних із тривалим постільним режимом. Основну увагу в процедурі масажу приділяють диференційованому масажу м'язових груп нижніх кінцівок, тазового пояса, живота, спини, тобто тим із них, що беруть найбільшу участь в утриманні тіла, стоянні, ходьбі (м'язи передньобочкової черевної стінки, зовнішня група м'язів таза особливо сідничні м'язи, задня група м'язів стегна, м'яз – випрямляч хребта).

Для зміцнення зазначених м'язів використовують різні прийоми погладжування, розтирання, і особливо основні та допоміжні прийоми розминання. Прийоми ручної вібрації у цьому періоді не використовують.

У другому періоді лікування пацієнтам похилого віку з ослабленим фізичним розвитком із метою підготовки до вставання і ходьби додатково призначають масаж верхніх кінцівок і плечового пояса. Масаж цих зон спрямований на зміцнення м'язів верхніх кінцівок і плечового пояса, його проводять за загальнометодичним планом із використанням основних і допоміжних прийомів погладжування, розтирання, розминання, вібрації. У відновлювальному періоді лікування інтенсивність виконання масажних прийомів більша, ніж в іммобілізаційному періоді, розтирають ділянку масажу, додають масаж тазового пояса і спини, який проводять обережно в ділянці перелому і з виключенням прийому ручної вібрації, збільшують тривалість процедури масажу до 45–50 хв (нижні кінцівки з тазовим поясом – 20–25 хв, передньобочкова черевна стінка – 8–10 хв, спина – 12–15 хв). Масаж проводять щоденно, курс – від 10 до 20 процедур.

У третьому періоді лікування (пізній відновлювальний або тренувальний) основним завданням масажу є повне

відновлення функцій ураженого опорно-рухового апарату та організму. В цілому масаж диференціюється залежно від наявності і ступеня вираженості наслідків перенесеної травми: в одних випадках – атрофія м'язів, тоді в методиці масажу роблять акцент на прийоми розминання та уривчастої вібрації, в інших – контрактури суглобів, і акцент на прийом розтирання і погладжування суглобів, ще в інших – набряк тканин – використовується методика відсмоктувального масажу.

Упродовж тренувального періоду масаж проводять повторними курсами з 2–4 тижневими перервами між ними до повного відновлення функцій опорно-рухового апарату і всього організму.

Переломи кісток зі зміщенням уламків зазвичай лікують накладанням скелетного витягування за стегно чи гомілку збоку зміщення. Масажують нижні кінцівки, передньобоківу черевну стінку і місця можливого утворення пролежнів.

4.2.5. Реабілітаційний масаж при переломах кісток нижніх кінцівок різної локалізації

Серед переломів верхнього кінця стегнової кістки найнебезпечнішими є переломи шийки стегна і верхньої ділянки. Переломи шийки стегна належать до найбільш поширених уражень кісток в осіб похилого та старечого віку. Залежно від локалізації згідно з класифікацією А. В. Каплана переломи шийки стегна поділяють на медіальні (внутрішньосуглобові) і латеральні, або вертельні (зовнішньосуглобові). Медіальні переломи частіше виникають у результаті падіння на бік, навіть у разі падіння на розведені ноги, і тоді перелом може бути вклиненным.

У зв'язку з недостатнім кровопостачанням у ділянці шийки стегна кістковий мозоль утворюється повільно, особливо в осіб старечого віку. Порушення кровообігу, лімфообігу і трофіки тканин ускладнюється тривалим вимушеним спокоєм унаслідок іммобілізації.

Якщо є остеопороз і раннє навантаження на стегнову кістку, на місці перелому утворюється хибний суглоб. Переломи шийки стегна лікують скелетним витягуванням терміном не менше ніж два місяці накладанням високої циркулярної гіпсової пов'язки з тазовим поясом (скорочена кокситна пов'язка) на 3–4 міс., або методом позасуглобового закритого остеосинтезу з використанням різних засобів.

За відсутності протипоказань масаж під час лікування перелому шийки стегна методом скелетного витягування можна починати на різних термінах, приблизно на 3–4-й день після травми. Основне правило під час проведення реабілітаційного масажу травмованої нижньої кінцівки впродовж усього періоду використання скелетного витягування – не порушувати умов іммобілізації. Зважаючи на це, в усіх пацієнтів, які перебувають на скелетному витягуванні, масаж обмежується в основному щадними прийомами (погладжуванням і легким розтиранням).

Для зменшення реактивних явищ на процедурах масажу застосовують лише поверхнєве площинне погладжування і легке охоплювальне безперервне погладжування. За значного зменшення реактивних явищ до процедур масажу можна включати ніжне спіралеподібне розтирання травмованої ноги, що перебуває на витягненні. Причому розтирання необхідно проводити в проксимальному напрямі, другою рукою в цей час необхідно фіксувати ногу.

Масажу по можливості піддається вся уражена кінцівка, але травмована нога повинна бути при цьому нерухливою. Якщо біль, підвищений тонус м'язів та інші реактивні явища зменшуються, а стан ділянки перелому поліпшується, можна поступово збільшувати силу тиску рук масажиста під час виконання погладжування та розтирання.

На пізніх термінах після травми, або під час перебування пацієнта на скелетному витягненні, при задовільній переносності погладжування і розтирання та доброму стані перелому, можливе застосування легкого поперечного розминання (не порушуючи умов іммобілізації).

Усі види уривчастої і безперервної ручної вібрації на травмованій нозі в іммобілізаційному періоді протипоказані.

Для профілактики пролежнів із перших днів застосування масажу масажують ділянку їх виникнення (задня поверхня куприка, ділянка сідничних бугрів). У цих зонах використовують погладження, спіралеподібне розтирання кінцями пальців, почергове натискання. Для цього масажист обережно заводить свою руку під тазову ділянку пацієнта, не змінюючи положення його тіла, і повільно пересуває свою руку, виконуючи зазначені прийоми на ділянках можливого утворення пролежнів.

Тривалість процедури масажу поступово збільшується від 3–5 хв до 12–15 хв.

Крім масажу травмованої ноги, можливе також застосування масажу здорової нижньої кінцівки з використанням основних масажних прийомів, виключаючи глибоку ручну вібрацію, тому що в разі застосування цього прийому має місце струс таза, що може призвести і до порушення консолідації.

Після зняття витягування в пацієнтів із переломом шийки стегна спостерігається контрактура колінного і кульшового суглобів, атрофія м'язів тазового пояса і нижніх кінцівок та інші неприємні зміни, пов'язані з тривалою іммобілізацією. Для зменшення цих патологічних змін іще до підняття пацієнта на ноги і навчання ходьбі рекомендується застосовувати достатньо енергійний масаж попереково-крижової ділянки і спини за загальним планом із використанням основних і допоміжних прийомів розминання. Крім масажу зазначених зон, проводять також масаж нижніх кінцівок, приділяючи основну увагу травмованій нозі, додержуючись обережності під час виконання масажних прийомів у передньоверхньому відділі стегна.

Відразу ж після зняття витягування не потрібно застосовувати глибоке розминання в цій ділянці; щодо вібрації, то в ранній післяіммобілізаційний період може бути використана ніжна безперервна ручна вібрація і допоміжні прийоми уривчастої ручної вібрації (рубання, поплескування,

постукування, постьобування), але лише за наявності м'якого первинного кісткового мозоля. Виконувати ці прийоми потрібно м'яко, ніжно, щоб не пошкодити місце перелому. При накладанні гіпсової пов'язки масажують здорову ногу з використанням основних масажних прийомів, але в щадному режимі. Якщо стопа і гомілка (або частина гомілки) травмованої ноги вільні від гіпсу, то їх теж масажують, застосовуючи всі основні масажні прийоми, за винятком прийому ручної вібрації. Для запобігання тугорухомості колінного суглоба його масажують у ділянці надколінка через віконце, вирізане в гіпсі. Використовують в основному прийоми розтирання та погладження.

Після зняття гіпсової пов'язки масажують усю травмовану кінцівку, але необхідно враховувати, що в покривних тканинах (шкіра, м'язи та ін.) мають також місце порушення трофіки, тканини ослаблені, легко ушкоджуються в разі застосування масажу, тому в перші дні після зняття гіпсу проводять легкий масаж травмованої ноги, застосовуючи поверхневе площинне погладження, охоплювальне уривчасте погладження, і лише через декілька процедур застосовують поверхневе глибоке охоплювальне безперервне погладження й неінтенсивне розтирання. Поступово, коли поліпшиться стан шкіри, м'язів, судин, збільшують силу тиску рук під час виконання зазначених масажних прийомів і додають несильне позовжне і поперечне розминання, котрі в ділянці перелому потрібно проводити з обережністю. Також, як і в процесі лікування переломів шийки стегна скелетним витягуванням, у післяімобілізаційному періоді може бути використаний прийом вібрації, інтенсивність якого може зростати під час перебудови кісткової структури і зміцнення ділянки перелому.

На пізніх термінах після травми, в пізньому післяімобілізаційному періоді, як під час лікування переломів шийки стегна скелетним витягуванням, так і гіпсовою пов'язкою, застосовують основні та допоміжні прийоми погладження, розтирання, розминання, вібрації, питома вага

яких у процедурі масажу різна, залежно від ускладнень (контрактура суглобів, атрофія м'язів, набряк тканин та ін.).

Під час оперативного лікування переломів шийки стегна описану методику масажу застосовують після загоєння операційної рани.

Масаж пацієнтам із переломом шийки стегна під час лікування їх у стаціонарі проводять щодня, тривалий час, аж до виписування їх із стаціонару.

Під час амбулаторного лікування масаж здійснюють окремими повторними курсами по 10–15 процедур, із перервами 3–4 тижні, до повного відновлення травмованої кінцівки.

Для підвищення ефективності лікування до процедур масажу за відсутності протипоказань необхідно включати активні й пасивні рухи. Важливо також поєднувати масаж із фізіотерапією, лікуванням положенням, механотерапією [10, 14].

Реабілітаційний масаж при переломах у ділянці колінного суглоба

Усі переломи в ділянці колінного суглоба виникають у результаті як прямого, так і непрямого впливу великої сили (падіння з висоти на ноги, транспортні аварії та ін.) і нерідко поєднуються з підвивихами гомілки. Залежно від локалізації і характеру перелому, віку пацієнта, лікування переломів проводять консервативним або оперативним накладанням гіпсової пов'язки, скелетного витягування, застосування металоостеосинтезу, компресійного дистракційного остеосинтезу та інших методів. Під час лікування цих переломів важливо не лише відновити цілісність кістки, а й відновити конгруентність суглобових поверхонь, що беруть участь в утворенні колінного суглоба.

Одним із важливих завдань масажу є відновлення нормального обсягу рухів у колінному суглобі. Рухи в колінному суглобі дозволяється проводити лише в разі задовільного положення і консолідації уламків, для чого необхідна тривала іммобілізація травмованої кінцівки. У той

самий час тривала іммобілізація призводить до різного обмеження рухів у колінному суглобі та до інших неприємних змін. Своєчасно розпочатий та цілеспрямований реабілітаційний масаж значно скорочує термін відновлення функції колінного суглоба і всієї травмованої кінцівки.

В умовах скелетного витягування щадний масаж травмованої ноги можна розпочинати в ранньому періоді після травми, під час лікування цих переломів іншими методами масаж призначають після зняття іммобілізації. Масаж при переломах кісток у ділянці колінного суглоба проводять так само, як масаж при переломах стегнових кісток. Масаж колінного суглоба, як і при інших внутрішньосуглобових переломах, проводять на пізніх термінах після травми через 2–2,5 місяця. Рекомендують ретельний масаж ділянки колінного суглоба: навколосуглобових м'яких тканин, сухожильних м'язів, зв'язок, слизових сумок капсули суглоба, використовуючи в основному прийоми погладження і різні види розтирання. Доступ до капсули суглоба краще здійснювати по передньобоківій поверхні при зігнутому коліні. Вплив на капсули колінного суглоба здійснюють також по задній поверхні суглоба і по передній між сухожиллям чотириголового м'яза стегна і боковими (колатеральними) зв'язками.

Тривалість масажу травмованої нижньої кінцівки – 12–15 хв, курс – 10–15 процедур щоденно. Масаж проводять повторними курсами, з перервами між ними 2–3 тижні, до повного відновлення функції нижньої кінцівки.

Реабілітаційний масаж при переломах кісток гомілки

Найчастіше трапляються переломи обох кісток гомілки, рідше – ізольований перелом великогомілкової кістки, а ще рідше – ізольований перелом малоюмілкової кістки. Розрізняють переломи верхньої, середньої, нижньої третини діафіза.

Подвійні переломи великогомілкової кістки виникають унаслідок непрямої травми (ротація гомілки при фіксованій

стопі, падіння на ноги), що зазвичай викликає косий або спіралеподібний перелом великогомілкової кістки або обох кісток гомілки. Рідше трапляються поперечні, косопоперечні і осколкові переломи, що виникають у результаті прямої травми (удар, стискання, згинання). Основним методом лікування переломів кісток гомілки є консервативний метод: гіпсова пов'язка і скелетне витягування, за необхідності застосовують консервативний метод – металоостеосинтез із подальшою гіпсовою іммобілізацією, або позавогнищевий компресійно-дистракційний остеосинтез різними апаратами. Середні терміни іммобілізації при переломах кісток гомілки – 2–2,5 місяця, при сповільненій консолидації терміни можуть бути більшими.

Масаж при переломах діафіза кісток гомілки призначають після зняття іммобілізації. Роблять масаж усієї травмованої кінцівки, включаючи колінний і гомілковостопний суглоби. На перших 2–3-х процедурах масажу застосовують лише охоплювальне уривчасте погладження, надалі, якщо поліпшиться стан шкіри та інших м'яких тканин, додають неінтенсивне спіралеподібне розтирання кінчиками пальців, а потім, при добрій переносимості цих прийомів, – і легке напівколове, поздовжнє і поперечне розминання, валяння. Сила натискання рук масажиста поступово, від процедури до процедури збільшується, однак у місці перелому масажні прийоми необхідно виконувати обережніше, як на інших ділянках нижньої кінцівки.

На пізніх термінах після травми, коли зміцніє кістковий мозоль, на травмованій нозі можна також використовувати прийоми вібрації як безперервної, так і уривчастої. Колінний і гомілковостопний суглоби масажують за загальнометодичними принципами.

Тривалість масажу ноги – від 12 хв до 20 хв щодня, курс – 15–20 процедур. За необхідності курс масажу може бути повторений через 2–3 тижні.

Реабілітаційний масаж при переломах кісточок гомілково-стопного суглоба

З усіх уражень у ділянці гомілково - стопного суглоба найчастіше трапляються переломи. Більшість переломів кісточок відносять до внутрішньосуглобових.

Лікування переломів кісточок проводять як консервативно, так і оперативно, залежно від локалізації, характеру та ступеня тяжкості травми. Більшість свіжих закритих уражень лікують консервативно – накладанням гіпсової пов'язки типу «чобіток» із додатковою лонгетою в 5–6 шарів на підошву. Лонгетні пов'язки накладають терміном від 4–5 тижнів до 8–10 тижнів і навіть 10–12 тижнів. У деяких випадках використовують скелетне витягування (черезкісткова фіксація спицями, гвинтами, спеціальним гвинтом із контргайкою).

Після операції також проводять іммобілізацію гіпсовою пов'язкою на терміном 8–12 тижнів із подальшим відновним лікуванням.

Масаж можна почати ще в період іммобілізації під час лікування переломів гіпсовою пов'язкою. За відсутності протипоказань із перших днів після травми можна робити відсмоктувальний масаж тазового пояса з боку ураження і стегна травмованої нижньої кінцівки (глибоке погладження, спіралеподібне розтирання, поперечне безперервне, спіралеподібне розминання в повільному темпі за ходом течії лімфи і венозної крові).

Після зняття гіпсової пов'язки масажують есю травмовану ногу, включаючи суглоби, крім гомілковостопного, який необхідно обминати. На перших двох – трьох процедурах на гомілці і стопі обмежуються легким охоплювальним уривчастим погладженням, на стегні в цей час можна застосовувати інтенсивний масаж прийомами погладження, розтирання, розминання, вібрації. Надалі під час масажу гомілки включають спіралеподібне розтирання кінцями пальців, а потім і напівколове, поздовжнє і поперечне розминання, валяння. Сила

тиску рук при виконанні зазначених прийомів поступово – від процедури до процедури – збільшується, однак у ділянці перелому масажні прийоми потрібно виконувати обережно, в щадному режимі.

Із виникненням можливості застосування глибокого масажу гомілки (але не в ділянці перелому) необхідність у масажі стегна поступово зменшується.

На пізніх термінах після травми, при добрій консолідації уламків, але за відсутності зайвого кісткового мозоля, необхідно проводити реабілітаційний масаж у ділянці перелому, тобто ділянці гомілковостопного суглоба, використовуючи переважно погладжування і різні види розтирання.

На гомілці і стопі водночас, крім погладжування, розтирання і розминання, можна застосовувати різні види безперервної та уривчастої вібрації.

Тривалість процедури масажу – від 12 хв до 20 хв, щодня, курс – 12–15–20 процедур. За необхідності після 2–3-тижневої перерви курс масажу повторюється. Масаж необхідно поєднувати з активними і пасивними рухами в суглобах, із кінезіотерапією, механотерапією та іншими методами за показаннями.

4.2.6. Реабілітаційний масаж при сколіозі

Сколіоз – виникає в дитячому або підлітковому віці і може привести до серйозних ускладнень з боку серцево-судинної та травної систем, органів дихання (рис. 67).

Основна причина сколіозу – невідповідність розвитку м'язових та кісткових тканин у підлітковому віці. Це означає, що кістковий скелет швидко витягується, а м'язові тканини не встигають створити для нього своєрідного підтримувального корсета. Такий сколіоз називають ідіопатичним і є найбільш поширеним. Провокувальним фактором формування захворювання є носіння важких предметів в одній руці.

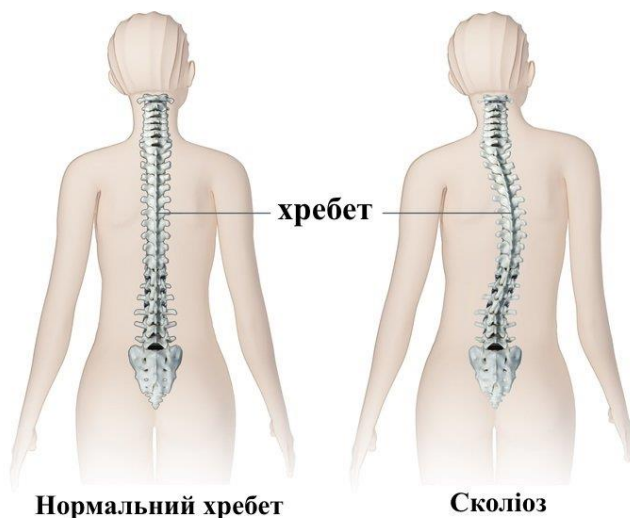


Рисунок 67 – Хребетний стовп

Сколіоз прийнято відносити до хвороб росту. Однак якщо його вчасно не вилікувати, він може залишитися на все життя і з часом привести до тяжких ускладнень.

Ключові симптоми сколіозу – асиметричність тіла (різна висота плечей, лопаток, ліктів, сідниць). Супутні симптоми – малорухливість спини, болі в руках, плечах, у спині та попереку, головні болі, оніміння рук і ніг (рис. 68).

Залежно від величини деформації хребта розрізняють чотири ступені сколіозу:

- сколіоз 1-го ступеня – відхилення хребта на $1-10^{\circ}$;
- сколіоз 2-го ступеня – на $11-25^{\circ}$;
- 3-го ступеня – на $26-50^{\circ}$;
- 4-го ступеня – відхилення більше ніж на 50° .

Масаж використовують у комплексному лікуванні сколіозів як засіб, що сприяє зміцненню м'язів, а також надає загально зміцнювальну дію.

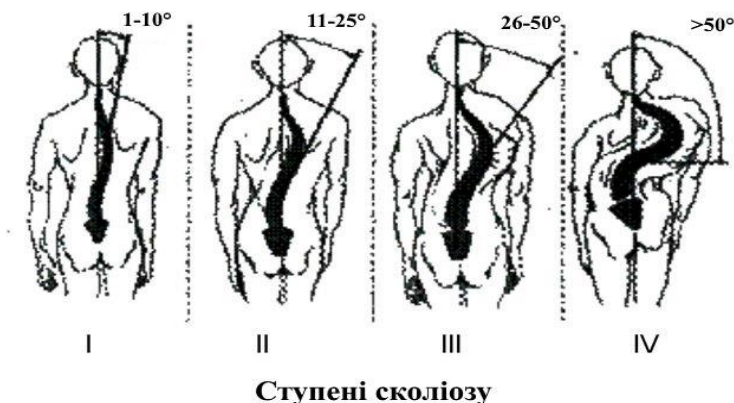


Рисунок 68 – Ступені викривлення хребетного стовпа

Принципи проведення масажу при сколіозі:

– диференційований вплив на м'язи спини: вкорочені, напружені м'язи на боці увігнутості дуг викривлення хребта розтягують і розслаблюють, а на боці опуклості – виконують тонізувальні, стимулювальні прийоми на розтягнутих м'язах;

– диференційований вплив на укорочені і розтягнуті м'язи грудей, живота, сідниць, кінцівок;

– виявлення гіперальгічних зон, локальних м'язових ущільнень у вигляді тяжів, вузликів у тканинах і вплив на ці утворення методиками сегментарно-рефлекторного і точкового масажу.

У початковий період лікування, на етапі мобілізації викривлення, виконують інтенсивний масаж поверхневих тканин із метою підвищення загального тону організму, активізації репаративних процесів, м'який масаж м'язів з метою усунення локального м'язового гіпертону, міодистрофічних змін.

На етапі корекції деформації та стабілізації досягнутої корекції масаж стає більш глибоким, інтенсивним і тривалим, досягається розтягнення укорочених, спазмованих м'язів і підвищення тону, скорочення розтягнутих м'язів, приділяється більше уваги масажу м'язів грудей, живота, шії,

сідниць, за необхідності нижніх кінцівок, що сприяє закріпленню нового рухового стереотипу.

Застосовують методики масажу, які складаються:

– з використанням спеціальних в. п. пацієнта, що сприяють корекції деформації хребта;

– з усієї розмаїтості технічних прийомів відібраний мінімум найбільш ефективних економічних рухів;

– висота масажного стола зменшена (нижче рівня витягнутих пальців опущених рук) для того, щоб масажист міг використати вагу свого тіла й активну роботу ніг для забезпечення достатньої сили рухів. Стіл повинен бути встановлений таким чином, щоб масажист міг вільно переміщатися навколо нього.

Розглянемо особливості цієї методики на прикладі лікування однієї з найбільш поширених форм сколіозу – грудного сколіозу з напрямком опуклості поперекової дуги вліво, а грудної – вправо.

Процедуру масажу проводять у такому порядку:

1. Кладуть пацієнта на живіт, руки уздовж тіла, голова повернута в бік, протилежний ротації шийного відділу хребта, зумовленої сколіотичною деформацією. Під гомілковостопні суглоби підкладають валик. Масажист стає ліворуч від стола під кутом 45° до нього на рівні тазу пацієнта; ноги злегка зігнуті і широко розставлені – ліва попереду, права позаду. Починають із поздовжнього погладжування одночасно обох половин спини – рухи плавні, ритмічні, довгі – вздовж усього хребта виконуються за рахунок злагодженого руху рук, корпусу і ніг. Поступово переходять від поверхневого до більш глибокого погладжування, використовуючи площинний і охоплювальний варіанти. Особливу увагу приділяють масажу паравертебральних ділянок.

2. Потім виконують глибоке розтирання ребром долоні з обтяженням – довгими рухами уздовж хребта в темпі – один рух за 1–1,5 секунди, по черзі ліворуч і праворуч, по 10–12 рухів із кожного боку. (Неприпустимо жорсткий тиск на кісткові виступи).

3. Потім в. п. масажиста – перпендикулярно до масажованого, ноги злегка зігнуті, розставлені на відстань подвійної ширини плечей. Основою правої і ребром лівої долоні захоплюють шкірно-підшкірну складку як можна більшої товщини і зустрічними коловими рухами – права до себе, ліва – від себе, розтирають складку між долонями; права долоня одночасно здійснює розминання м'язів ковзним тиском. Рухи повинні бути плавними, ритмічними, контакт долонь, які масажують, із тканинами – постійним. Переміщення можливе як у каудальному, так і в краніальному напрямку, тому починати виконання прийому можна і з поперекового, і з верхньогрудного відділу хребта. Виконують по 3–4 «проходи» з кожного боку. Після кожного проходу виконують 1–2 поздовжніх гребенеподібних погладжувань. Ближній і дальній боки масажують з одного в. п. Більш жорсткий варіант масажного прийому: з використанням замість основи правої долоні проксимальних міжфалангових суглобів, як у гребенеподібному прийомі. На цей прийом йде 6–8 хв.

Після виконання перших трьох прийомів повинне з'явитися відчуття тепла і легка гіперемія шкіри спини.

Потім оцінюють стан трапецієподібних м'язів. Якщо виявляється асиметрія тонусу верхньої порції трапецієподібних м'язів, укорочений напружений м'яз розтягують, виконують прийоми м'якого плавного розминання, а розслаблену – розминають різкими уривчастими надавлюваннями, відтягуваннями, пощипуваннями.

У разі млявості сідничних м'язів виконують погладжування, розтирання і глибоке розминання сідничної зони.

4. Потім масажист кладе хворого на правий бік обличчям до себе. Під грудну клітку підкладає щільну подушку товщиною 6–8 см. Праве передпліччя – під головою, ліва рука витягнута вперед. Ліва нога злегка зігнута, лежить попереду правої (це створює невеликий вентральний нахил). На правій нозі в ділянці гомілковостопного суглоба закріплюється браслет. До браслета

прикріплений шнур із гаком, на гак навішують мішечки з піском. Вага мішків становить 10–20 % від ваги пацієнта.

Масажист устанавлює основу правої долоні на медіальний край правого розгинача спини, другий – п'ятий пальці підтримують латеральний край; використовуючи вагу тіла, плавними ритмічними рухами, спрямованими вертикально вниз відтягує м'яз від хребта, поступово просуваючись краніально до верхньопоперекового відділу «переступанням» із тенора на гіпотенор (3–4 проходи за 5–7 хв).

Після цього виконують розминку основою долоні лівого розгинача спини на поперековому рівні різкими уривчастими ритмічними поштовхами (2–3 хв). У цьому самому в.п. виконують масаж і розтягування великого грудного м'яза.

5. Потім хворий лягає на лівий бік, під поперековий відділ хребта підкладають валик, ліва рука витягнута вперед, праве передпліччя впирається в поверхню стола, фіксуючи вентральний нахил; вантаж, що становить 10–15 % від ваги пацієнта, закріплюють на лівій руці аналогічно кріпленню на нозі. Масажист переходить до іншої сторони стола. Виконують пасивне розминання лівого розгинача спини на рівні грудного відділу таким самим способом, як на поперековому рівні (3–4 проходи за 5–7 хв); розминання правого розгинача спини на грудному рівні виконується різкими уривчастими ритмічними рухами (2–3 хв.).

Інтенсивність виконання прийомів підбирають відповідно до загального стану і ступеня фізичного розвитку пацієнта. Неприпустимі болючість і утворення синців.

Масажист не повинен намагатися коригувати деформацію хребта – це є виключною компетенцією лікаря.

Бажано проводити не менше 2 курсів на рік, що включають 20–25 процедур з поступовим збільшенням тривалості від 15–20 хв на перших процедурах, до 40–50 хв на 8–10 процедурі [2, 12].

ТЕМА 5. МЕТОДИКА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МАСАЖУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПЕРЕФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

5.1. Реабілітаційний масаж при остеохондрозі хребетного стовпа

Остеохондроз хребта – захворювання, що характеризується дегенеративно-дистрофічним ураженням міжхребцевих дисків і прилеглої кісткової тканини.

У результаті різних причин: травм, неадекватних фізичних навантажень, малорухливості, уроджених вад розвитку кісток і зв'язок хребта, настає розлад трофіки різних елементів хребта, насамперед міжхребцевих дисків, їх дегенерація, зниження або втрата еластичності, зменшення висоти дисків, їх деформація, розшарування, а іноді й порушення частки або диска.

Найчастіше дегенеративно-дистрофічні зміни хребта розвиваються у похилому і старечому віці, а в більш молодих людей під час занять деякими видами спорту (важка атлетика, гімнастика та ін.) або за наявності шкідливих професій (водії, вантажники, друкарки, швачки).

Найчастіше клінічними проявами остеохондрозу є радикулярні (корінцеві) синдроми, за яких болі в ділянці іннервації корінців спинномозкових нервів сполучаються із симптомами периферичних паралічів, порушенням чутливості в кінцівках, вегетативно-трофічні порушення. Крім того, шийний остеохондроз може спричинити рефлекторний спазм судин головного мозку (у вертебробазиллярному басейні, що живить кров'ю задньонижні відділи головного мозку) або спинного мозку, що потім призводить до стійкого порушення мозкового або спінального кровообігу.

Масаж використовують, звичайно в підгострій і хронічній фазах захворювання і спрямований на поліпшення трофіки міжхребцевих дисків і м'язких тканин ураженого відділу хребта, нормалізацію тонуусу і сили м'язів, зменшення або

ліквідацію застійних явищ, поліпшення кровообігу в головному, спинному мозку, кінцівках, зниження або усунення болей, профілактику прогресування остеохондрозу.

Масаж при шийному остеохондрозі проводять у в. п. масажованого сидячи на стільці або лежачи на животі і спині. Масажист стоїть позаду або збоку від пацієнта. В усіх випадках масажують шийнокомірцеву ділянку, за необхідності також проводять масаж спини, верхніх кінцівок, волосистої частини голови. У процедурі масажу особливу увагу приділяють масажу м'язів трапецієподібних, найширших м'язів спини, м'язів плечового пояса, грудинно-ключично-соскоподібних м'язів, а також масажу больових ділянок і точок.

При шийно-грудному остеохондрозі застосовують основні і ряд допоміжних прийомів масажу, які потрібно диференціювати залежно від стану і ступеня тяжкості захворювання, віку пацієнта, наявності або відсутності супутніх захворювань та ускладнень.

За легкого ступеня тяжкості захворювання на початковій стадії у пацієнтів молодого і середнього віку за відсутності супутньої патології використовують всі основні й більшість допоміжних прийомів масажу з достатньо великою інтенсивністю. За доброї витривалості акцент у масажі роблять на інтенсивне розминання м'язів, особливо паравертебральних ділянок шийного і верхньогрудного відділу хребта. За відсутності протипоказань застосовують не інтенсивну безперервну вібрацію, а також обережні активні рухи в уражених сегментах хребта.

На другій (середній) стадії, особливо в людей похилого і старечого віку, необхідно значно обмежити або виключити вібрацію, а прийоми розминання проводити легко, м'яко, ніжно.

На третій (тяжкій) стадії захворювання за наявності супутньої патології, найчастіше захворювань серцево-судинної системи, необхідна більша обережність під час проведення масажу. Із масажних прийомів використовують погладжування та інтенсивне розтирання, за відсутності протипоказань і доброї витривалості допустиме легке розминання.

Напочатку курсу масажу на 1/3 масажних процедур проводиться недиференційований вплив в основному прийомами поглажування на вибрану для масажу зону, на наступних процедурах здійснюється цілеспрямований масаж даної зони з використанням усіх можливих прийомів. Цілеспрямований масаж починається із диференційованого масажу м'язів прийомами розтирання, розминання, вібрації. Починаючи з четвертої – шостої процедури здійснюється також спеціальний вплив на больові ділянки, точки і нервові стовбури. Проводять послідовний масаж болючих точок, зон, нервових стовбурів спочатку прийомами поглажування, а потім розтирання і безперервної вібрації. Під час зменшення болей і поліпшення стану пацієнта збільшується набір масажних прийомів, зростає інтенсивність і тривалість процедур масажу.

Тривалість процедур масажу залежить від характеру і тяжкості хвороби, віку і стану пацієнта, а також від площі поверхні: від 5–10 хв до 25–30 хв щоденно. Курс – від 8–10 до 12–15 процедур.

За наявності виражених болів, пов'язаних із вторинним ураженням різних відділів симпатичної нервової системи, необхідна методика масажу, що передбачає вибір щадних масажних прийомів, слабку інтенсивність використання їх, скорочену тривалість процедури, сувору послідовність і поступовість у поширенні методики масажу.

За стійких виражених болів і відсутності протипоказань до застосування масажу для підвищення його ефективності і посилення знеболювальної дії допустиме використання мазей, гелів, рідин, що мають знеболювальну дію.

Масаж при поперековому остеохондрозі. Масаж призначають у підгострому періоді захворювання після значного зменшення гострих явищ, стихання болів, зменшення вираженості симптомів натягіння нервових стовбурів, зниження пальпаторної болючості больових ділянок і точок, ослаблення рефлекторного напруження м'язів.

Масаж необхідно широко використовувати в хронічному періоді остеохондрозу при залишкових явищах захворювання,

що проявляється наявністю окремих, нерізко виражених симптомів (незначних болів, пошкодження чутливості, помірних парезів тощо).

Масаж проводять у в.п. пацієнта лежачи на животі (з підкладеною під нього подушкою, злегка зігнутими колінами, з валиком, підкладеним під гомілковостопні суглоби).

Здебільшого масажу піддається попереково-крижова ділянка й уражена нижня кінцівка (при двосторонньому ураженні – обидві нижні кінцівки).

Методика масажу будується з урахуванням клінічних даних: характеру, стадії, локалізації і ступеня вираженості патологічного процесу, стану м'язів; уражених нервових стовбурів, супутніх порушень чутливості, трофіки тканин, вегетативних функцій, віку і загального стану пацієнта.

Масаж повинен зменшувати, а по можливості й усувати клінічні прояви остеохондрозу, знижувати підвищений тонус м'язів, відновлювати їх силу, усувати порушення кровообігу і поліпшувати трофіку тканин, відновлювати чутливість, зменшувати біль, поліпшувати стан і самопочуття пацієнтів. Неприпустиме посилення болю та інших проявів захворювання під час використання масажу в пацієнтів з остеохондрозом хребта.

Методика масажу при попереково-крижовому остеохондрозі така сама, як і при шийно-грудному остеохондрозі.

Ураховуючи можливість спеціального впливу на нервові стовбури, больові ділянки, точки – це вплив прийомами масажу на стовбур сідничного нерва та його гілок, а також на стегновий нерв. На стовбур сідничного нерва діють по задній поверхні стегна за лінією від середини підколінної ямки до середини сідничної складки прийомами площинного поверхневого та глибокого погладження, глибокого розтирання, розминання (зокрема натискання), вібрації безперервної й уривчастої, а також пунктування, постукування, рубання підвищують силу натискання в напрямку до сідничної ділянки. Аналогічному впливу піддається малогомілковий нерв у ділянці головки

малогомілкової кістки, кінцеві розгалуження великогомілкового нерва в ділянці медіальної і латеральної борозен підошви. На стегновий нерв діють у зоні стегнового трикутника (верхня частина передньовнутрішньої поверхні стегна). При дії на стегновий нерв обмежуються прийомами погладжування і легкого розтирання. За наявності показань вплив на нервові стовбури завершується їх обережним витягуванням.

Описану методику масажу застосовують також для впливу на болючі точки в паравертебральних ділянках, міжкостистих проміжках, у ділянці крижово-хребтових сполучень, великих вертлюгів стегнових кісток.

Проводячи масаж нервових стовбурів, больових ділянок і точок, урахтовують переносимість пацієнтом цих впливів, і за наявності вираженої болючості спочатку здійснюють масаж навколо ділянок і точок, і лише при зменшенні болючості переходять до безпосереднього впливу на нервові стовбури, больові зони і точки.

Тривалість процедури масажу залежить від різних причин: від характеру, локалізації, стадії і ступеня тяжкості захворювання, наявності й відсутності ускладнень і супутніх захворювань, зони масажу, віку та стану пацієнта.

На початку курсу тривалість процедур становить лише 5–10 хв, наприкінці може сягати 35–40 хв, у середньому – 25–30 хв. Курс лікування – від 8–10 до 15–20 процедур, в середньому 12 – 15 процедур, які проводять щоденно або через 1 день. Ефективність масажу підвищується, якщо поєднувати його з тепловими процедурами (солюкс, парафіно-озокеритові аплікації, сауна) та іншими фізіотерапевтичними методами, з лікувальною фізкультурою, відповідним ортопедичним режимом, звичайно за відсутності протипоказань до їх застосування.

Протипоказання до масажу.

Крім загальних протипоказань до масажу – сильних болів у хребті, кінцівках, та інших ділянках, що потребують використання наркотиків та інших сильнодійних ліків, також відносять наявність пухлин або підозру на пухлини спинного

мозку або периферичних нервів, супутні ураження відділів (стовбурів, вузлів) симпатичної нервової системи.

5.2. Реабілітаційний масаж при невралгії і невриті сідничного нерва

Невралгія чи неврит може розвинутися як ускладнення при грипі, ангіні, бруцельозі, а також при остеохондрозі, травмах хребта, при запальних процесах у малому тазі.

План масажу: вплив на паравертебральні ділянки крижових, поперекових і нижньогрудних спинно-мозкових сегментів; масаж сідничних м'язів, крижів, гребенів клубових кісток, реберних дуг, нижніх кінцівок. В. п. масажованого лежачи на животі в середньофізіологічному положенні з максимально розслабленими м'язами тулуба і кінцівок.

Масаж паравертебральних ділянок від нижчерозміщених сегментів до вищерозміщених. У ділянці таза виконують погладжування, розтирання, розминання, вібрації сідничних м'язів. Розтирання і вібрації ділянки сідничних бугрів і суглобів.

У гострій стадії при різкому больовому синдромі починають масаж на здоровій кінцівці.

Широкими штрихами роблять погладжування, розтирання, розминання, вібрацію, безперервну вібрацію м'язів гомілки і стегна, потрушування м'язів стегна, струшування здорової кінцівки.

Під час масажу хворої ноги на гострій стадії уражений нерв потрібно щадити, через що застосовують лише такі прийоми: погладжування поверхневе площинне й охоплювальне, розтирання суглобів і м'язів передньої групи стегна і гомілки, ніжне валяння м'язів; вібраційне поверхневе погладжування і безперервна з малою амплітудою вібрація м'язів гомілки і стегна.

На підгострій стадії, при стиханні різко-болісних явищ проводять масаж ураженого сідничного нерва; площинне глибоке погладжування подушечкою великого пальця за ходом

нерва від середини підколінної ямки до сідничної складки і до нижнього краю сідничного горба.

Розтирання за ходом нерва обома великими пальцями, які рухаються один за одним у напівколових напрямках. Пунктування кінцями другого і третього пальців.

Масаж больових точок на задній поверхні стегна в ділянці сідничної складки, на межі верхньої і середньої третини стегна і на межі середньої і нижньої третини стегна. Роблять погладжування і розтирання циркулярно, безперервну вібрацію кінцями пальців, пунктування.

Активні й пасивні рухи в суглобах ураженої кінцівки. Рухи на витягування задньої групи м'язів стегна. Тривалість процедури – 10–20 хв щоденно або через 1 день. Курс лікування – 12–15 процедур [1, 17].

5.3. Реабілітаційний масаж при травмах периферичних нервів

Ураження периферичних нервів спостерігається у вигляді повного або часткового розриву, забою або стискання (крововилив, стороннє тіло, пухлини, рубці). Ураження нервового стовбура приводить до параліча або парезу м'язів (м'який параліч), порушення чутливості, трофіки; зникнення м'язових і сухожилкових рефлексів.

За легких форм ураження без анатомічних порушень (розривів нервового стовбура) проводять консервативне лікування: застосування фізіотерапії, масажу, кінезіотерапії та інших методів забезпечує загоєння травмованих тканин і відновлення функції.

Показання.

Масаж починають у період анатомічного відновлення, коли гострі явища зменшуються, небезпека кровотечі та інфекції минула. Завданням масажу є прискорення процесів відновлення нерва, зменшення атрофії м'язів і больових відчуттів.

Ще до загоєння рани призначають сегментарно-рефлекторний масаж. Після загоєння, коли на перший план

виступають параліч або парез м'язів з ознаками атрофії, переходять до місцевого масажу.

Масаж поєднують з фізіотерапією. Якщо консервативне лікування проводять упродовж 2–3-х місяців і це не дає позитивних результатів, а лише збільшуються різкі болі і розлади трофіки тканин, показано зшивання нерва.

На 2–3-й день після операції, коли мине небезпека кровотечі й інфекції, необхідно приступати до масажу. Ніжними обережними маніпуляціями впливають на паралізовані м'язи і стимулюють кровообіг; добмагаються м'язових скорочень.

При ураженні променевого, серединного і ліктьового нервів масажують спочатку верхньогрудні і шийні паравертебральні ділянки. При ураженні сідничного, великогомілкового і малогомілкового нервів масажують попереково-крижові і нижньогрудні паравертебральні ділянки спинно-мозкових сегментів.

У післяопераційний період всі прийоми масажу проводять ніжно, без зусиль, у повільному темпі, виконують поверхневе площинне й охоплювальне погладжування, напівколове розтирання кінцями пальців, натискування, стискання.

Тривалість процедури – 3–5 хв. Лікування положенням (гіпсова лонгета, мішечки з піском), лікувальна гімнастика. Коли післяопераційний рубець достатньо зміцніє, застосовують глибоке погладжування, розтирання, розминання, зсування, валяння, розтягування, пунктування, постукування, лабільну вібрацію за ходом нервового стовбура, потрушування. Тривалість процедури – 15–20 хв щоденно або через 1 день. Курс лікування – 15–20 процедур.

ТЕМА 6. МЕТОДИКА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МАСАЖУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

6.1. Реабілітаційний масаж при стенокардії

Стенокардія є однією з основних форм ішемічної хвороби серця і характеризується нападом гострого болю за грудниною або в ділянці серця. Біль може іррадіювати (віддавати) в ліву руку, лопатку або підлопаткову ділянку, в шию і нижню щелепу. Крім болю, напад стенокардії супроводжується загальною слабкістю, відчуттям туги або почуттям страху смерті. Прийом таблеток нітрогліцерину знімає біль через 1–3 хв.

Показання: атеросклероз із первинним ураженням коронарних судин.

План масажу: вплив на паравертебральні ділянки шийного, грудного і верхньоперикричних сегментів, масаж груднини, ділянки серця, міжлопаткової ділянки і лівого плеча, дихальні вправи, масаж верхніх і нижніх кінцівок.

Масаж спини: площинне погладження паравертебральних ділянок від нижчерозміщених сегментів до вищерозміщених, тобто від поперекової зони вверх до трапецеподібних м'язів, задньої поверхні шиї і груднино-ключично-соскоподібних м'язів, зсування м'язів спини, переривчаста вібрація кінцями пальців, ніжне поплескування долонею. Масаж верхньої частини груднини спереду, ділянки серця, міжлопаткової ділянки і верхньої поверхні лівого плеча у вигляді поверхневого і глибокого колового погладження, граблеподібного погладження міжреберних проміжків від груднини до хребта; розтирання ділянки серця, груднини, міжлопаткової ділянки і міжреберних проміжків від груднини до хребта. Розминання великих грудних м'язів і валяння лівого плеча; погладження міжлопаткової ділянки серця.

Масаж нижніх і верхніх кінцівок проводять у в. п. пацієнта лежачи на спині. Застосовують прийоми

погладжування і розминання широкими штрихами. Тривалість процедури – 15–20 хв через 1 день, курс лікування – 10–12 сеансів.

6.2. Реабілітаційний масаж при хронічній ішемічній хворобі серця та її ускладненні. Масаж при інфаркті міокарда

Інфаркт міокарда – це гостре захворювання, обумовлене розвитком осередків ішемічного некрозу в серцевому м'язі внаслідок порушення його кровопостачання. Інфаркт міокарда виникає в результаті спазму кровоносних судин, що живлячих серце, або тромбозу гілки коронарної артерії. Найчастіше ранньою ознакою гострого інфаркту міокарда є гострий біль інтенсивного тривалого характеру, який знімають нітрогліцерином. Біль триває від 20–30 хв до 1 доби і більше. Виникає різка загальна слабкість, холодний піт, блідість шкіри. У пацієнта з'являється відчуття страху смерті, збудження, неспокій.

Показанням до масажу є задовільний стан пацієнта, зникнення болю у ділянці серця, нормальний артеріальний тиск, ритмічний пульс.

За легкого перебігу хвороби масаж можна починати через 7–10 днів; за середньої тяжкості, якщо перебіг хвороби без ускладнень, – через 15–20 днів; за важкого перебігу – через 4–6 тижнів від початку хвороби. Хворим після інфаркту призначають методики масажу поетапно.

I-й етап: масаж у лікарняний період. В. п. пацієнта лежачи на спині.

Методика реабілітаційного масажу

Масаж нижніх кінцівок. Виконують такі прийоми: поверхневе погладжування стоп і гомілок, ніжні циркулярні розтирання подушечками пальців тильних поверхонь стоп, гомілковостопних, колінних суглобів, чергуючи з погладжуванням; неглибоке розминання м'язів гомілок у поздовжньому напрямку, валяння м'язів.

Поверхнєве погладжування і розтирання кистей, передпліч, ліктьових суглобів, нижнє поздовжнє розминання м'язів передпліч; площиннє погладжування бічних поверхонь грудної клітки. Через 5–7 днів від початку процедур масажу, якщо хворому дозволяють повернутися на правий бік, проводять масаж спини і ділянки сідниць; ніжні погладжування чергуються з поверхневими розтираннями паравертебральних ділянок попереково-крижової ділянки і сідничних м'язів. Тривалість процедур – 3–7 хвилин щоденно.

II-й етап: масаж у післялікарняний період лікування (санаторно-курортнє лікування).

Положення пацієнта – сидячи з опорою голови на руки, на валик або подушку і лежачи. Масаж спини: погладжування і розтирання паравертебральних зон від нижчерозміщених до вищєрозміщених сегментів, найширших м'язів спини і м'язів ший; граблеподібнє розтирання міжреберних проміжків у напрямку від груднини до хребта. Розтирання лівої лопаткової і міжлопаткової ділянок; розминання м'язів спини і верхніх країв трапецеподібних м'язів.

Масаж нижніх кінцівок. Широкими штрихами погладжування і переривчастє розминання гомілок і стегон; погладжування та розтирання стоп і суглобів нижніх кінцівок; зсування міжкісткових м'язів стопи. Пасивні рухи. Розтирання гребенів клубових кісток і ділянки крижів. Масаж ділянки серця.

Погладжування ділянки серця, груднини, реберних дуг, розтирання лівого великого грудного м'яза груднини; розминання великих грудних м'язів і м'язів лівого плеча; вібраційнє погладжування ділянки серця. Дихальні вправи. Площиннє поверхнєве колове погладжування м'язів черевного прєса.

Масаж верхніх кінцівок. Масаж верхніх кінцівок загальними штрихами (погладжування, розминання). Тривалість процедур – 10–15 хв щоденно або через 1 день, курс – 12–15 процедур. Застосовують також лікувальну гімнастику, дозовану ходьбу, плавання в теплій воді в морі або басейні.

Пацієнтам із хронічною ішемічною хворобою серця (ІХС) та її ускладненнями показаний щадний масаж, який виключає енергійні впливи.

Прийоми, які спричиняють больові відчуття, не застосовують, тому що больові подразнення рефлекторно викликають ряд несприятливих реакцій, що може призводити до погіршення стану здоров'я пацієнта.

6.3. Реабілітаційний масаж при гіпертонічній хворобі

Гіпертонічна хвороба – це хронічне захворювання, що характеризується постійним або майже постійним підвищенням артеріального тиску.

Підвищення артеріального тиску може мати місце за різних захворювань внутрішніх органів і залоз внутрішньої секреції (нирок, надниркових залоз, щитоподібної залози та ін.), і також розрізняють гіпертонію (гіпертензію) як хворобу, обумовлену порушенням регуляції артеріального тиску. Пусковим механізмом гіпертонічної хвороби вважається нервово-перенапруження.

Першопричиною цього механізму є негативні емоції, психоемоційні стреси різного походження. В осіб, які мають гіпертонічну хворобу, у відповідь на психоемоційне напруження відзначається значне підвищення артеріального тиску.

Установлені фактори ризику гіпертонічної хвороби. Крім психоемоційних стресів, ожиріння, спадкова схильність, паління, зловживання алкоголем, тривалий та інтенсивний вплив деяких неприємних факторів (високий рівень шуму, вібрація, інтоксикація).

Виділяють дві основні форми гіпертонічної хвороби: швидко прогресуючу і повільно прогресуючу, остання трапляється значно частіше і має три стадії, кожна з яких поділяється на дві фази.

На 1-й стадії виділяють такі фази:

А – латентну або передгіпертензійну;

В – лабільну.

У фазі А артеріальний тиск звичайно нормальний і підвищується більше, ніж у здорових людей лише в момент емоційного напруження, під впливом болю, холоду і деяких інших зовнішніх чинників.

У фазі Б рівень артеріального тиску не стабільний, а періодично підвищується в середньому до 160–180 на 95–105 мм рт. ст., в основному під впливом зовнішніх чинників і повертається до нормального рівня без лікувальних заходів (після сну, відпочинку і т. д.)

На другій стадії також виділяють дві фази: А – лабільну, В – стабільну.

У фазі А – артеріальний тиск підвищений постійно, під впливом щадного способу життя (відпочинок, нормальний сон, режим праці) артеріальний тиск на деякий час може нормалізуватися.

У фазі Б рівень артеріального тиску значно і стійко підвищений до 180–200 на 105–115 мм рт. ст. і знизити його можна лікуванням. На 2-й стадії хвороби, особливо у фазі Б, нерідко виникають гіпертонічні кризи.

Пацієнти скаржаться на головний біль, запаморочення, швидко втомлюваність, приливи крові до голови, поганий сон, серцебиття, ниючі болі в ділянці серця, шум у вухах, «мерехтіння мушок» перед очима.

Розвиваються дистрофічні зміни з боку внутрішніх органів (серця, нирок) і головного мозку внаслідок розладу кровообігу в них.

Третя стадія хвороби відповідає тому періоду захворювання, коли в різних органах унаслідок тривалого підвищення артеріального тиску формуються атеросклеротичні зміни. Артеріальний тиск сягає високого рівня 200–230 на 115–130 мм рт. ст. Можливі і більш високі підвищення артеріального тиску, що звичайно спостерігається при часто виникаючих гіпертонічних кризах.

На третій стадії часто відзначаються ускладнення гіпертонічної хвороби у вигляді інсультів, інфарктів міокарду, стенокардії та ін. В окремих пацієнтів, не зважаючи на значне і

стійке підвищення артеріального тиску, впродовж багатьох років не спостерігається тяжких судинних ускладнень.

Лікування гіпертонічної хвороби повинне бути всебічним і комплексним. Використання одних лише ліків, спрямованих на зниження артеріального тиску, недостатнє і повинне поєднуватися з низкою загальнотерапевтичних заходів. Усім пацієнтам, хворим на гіпертонічну хворобу, показані заходи загального характеру: боротьба зі стресами, аутогенне тренування, правильний режим праці, достатній відпочинок, повноцінний сон, заняття лікувальною фізкультурою під наглядом лікаря, загартовування, масаж.

Проведення цих заходів найбільш ефективно на ранніх етапах розвитку захворювання (на 1-й і 2-й А стадіях) і дозволяє нормалізувати артеріальний тиск навіть без використання ліків. На більш пізніх стадіях захворювання (2-га Б і 3-тя стадія), не зважаючи на постійне вживання ліків, також необхідне застосування загальнотерапевтичних заходів, включаючи масаж.

Застосування масажу при гіпертонічній хворобі спрямоване на нормалізацію діяльності центральної нервової системи й апарату кровообігу, зниження тону судин і артеріального тиску, поліпшення обміну речовин і загального стану пацієнта.

Показання до масажу: перша і друга стадії гіпертонічної хвороби, якщо немає загострення, за відсутності виражених склеротичних змін у внутрішніх органах і загальних протипоказань до масажу.

Зазвичай, проводять масаж шийно-комірцевої ділянки, тобто задньої поверхні шиї, ділянки надпліччя, верхньої частини спини до рівня 4-го грудного хребця і грудей до рівня 2-го ребра. Крім масажу шийно-комірцевої ділянки, можна також проводити масаж спини, волосистої частини голови, обличчя, живота.

В. п. масажованого – лежачи на животі з опорою голови на кушетку або сидячи з опорою голови пацієнта на підголовник, на спинку стільця, на валик.

У цілому при гіпертонічній хворобі проводять щадний масаж. Принцип щадіння полягає у виключенні інтенсивних масажних прийомів, щадному і скороченому виконанні масажних прийомів, обмеженій тривалості процедури масажу. Прийоми вібрації не використовують.

Велике значення має виконання масажних прийомів у суворій послідовності та повільному темпі.

Застосовують в основному такі прийоми: погладжування, розтирання, розминання (з обмеженням). Дуже обережно необхідно проводити масаж задньої поверхні шиї, особливо в осіб похилого і старечого віку із супутньою патологією з боку серця.

Починають масаж паравертебральних ділянок шийних, верхньогрудних спинномозкових сегментів за напрямком зверху вниз і від «центра» до «периферії», тобто від шиї і хребта до лопаток і плечових суглобів. Використовують поверхневе і глибоке погладжування, зокрема гребенеподібне, граблеподібне, погладжування; розтирання прямолінійне, циркулярне, спіралеподібне, гребенеподібне, штрихування, стругання; несильне розминання, зокрема, натискання, зсування, розтягування, щипцеподібне розминання, легка безперервна лабільна вібрація.

На задній поверхні шиї та в ділянці надпліччя масаж проводять за ходом м'язових волокон трапецієподібних і дельтоподібних м'язів зверху вниз і зсередини назовні, використовуючи такі самі прийоми, що і на паравертебральних ділянках.

На верхній частині грудей у напрямі від грудини до підпахвових западин за ходом волокон великих грудних м'язів здійснюють погладжування, розтирання, розминання.

Під час масажу голови застосовують такі прийоми: охоплювальне і глибоке погладжування паралельно двома руками в напрямку до потилиці, від тім'яної ділянки до заушних ділянок; граблеподібне погладжування двома руками від лобної ділянки до потилиці і до скроневих ділянок; граблеподібне розтирання подушечками пальців шкіри

черепа циркулярно; розтирання кінцями пальців лобового і потиличного м'язів; переривчасте натискання кінцями пальців; глибоке погладжування опорною поверхнею кисті двома руками; зрушення м'яких покривів черепа поздовжньо і поперечно.

Проводячи масаж голови, звертають увагу на больові точки і ділянки, що розміщуються по середній лінії голови і тим'яної ділянки, між бровами, а також у місцях прикріплення груднинно-ключично-соскоподібних м'язів і в ділянках, розміщених ззовні від потиличного горба. Погладжування, розтирання і ніжна безперервна вібрація названих ділянок і точок зменшує болі в цих місцях.

Процедуру масажу рекомендують закінчувати широкими штрихами погладжування голови, шиї, надпліч, міжлопаткової зони.

Тривалість процедури – від 8–12 хв до 18–22 хв, масаж проводять щоденно (по можливості 2 рази на день), курс – від 10–12 до 20–24 процедур, у середньому – 12–15 процедур.

За відсутності протипоказань масаж поєднують із кінезіотерапією, фізіотерапією, аутогенним тренуванням. Не проводять масаж у період загострення гіпертонічної хвороби (гіпертонічний криз).

6.4. Реабілітаційний масаж при гіпотонічній хворобі

Гіпотонічна хвороба характеризується зниженням АТ, загальною слабкістю, головними болями, болями в ділянці серця, запамороченням, особливо при зміні положення тіла, зниженням працездатності, розумовою втомою.

План масажу: вплив на паравертебральні ділянки попереково-крижових і нижньогрудних, масаж ділянки крижів, сідничних м'язів і гребенів клубових кісток, масаж нижніх кінцівок, масаж живота і кишок. В. п. масажованого – лежачи.

Методика реабілітаційного масажу паравертебральних ділянок від крижів до середини грудної клітки: виконується погладжування площинне та обхоплювальне; колоподібне

розтирання кінцями пальців, ліктьовим краєм і опорною частиною кисті, штрихування, пиляння, перетинання, розтирання гребенів клубових кісток; поздовжнє розминання поперекової ділянки, попереково-бічних поверхонь стінки живота; вібраційне погладжування, ніжне поплескування.

Масаж задніх поверхонь нижніх кінцівок: площинне й охоплювальне погладжування гомілок і стегон кінцями пальців, долонею, стругання, пиляння, розминання в поздовжньому і поперечному напрямках; струшування, поплескування, постукування долонями і кулаком поперечно, ніжне рубання в поздовжньому напрямку, вібраційне погладжування.

Масаж передніх поверхонь нижніх кінцівок: площинне й охоплювальне погладжування гомілок і стегон, циркулярне розтирання долонною поверхнею і кінцями пальців, розминання в поздовжньому і поперечному напрямках, валяння, вібраційне погладжування, поплескування, рубання, струшування кінцівок.

Масаж живота: площинне колове глибоке погладжування; охоплювальне погладжування в напрямку: верхню половину живота до пахвових, а нижню – до пахових лімфатичних вузлів; розтирання пальцями, ліктьовим краєм, долонною поверхнею, штрихування; розминання передньої стінки живота у поздовжньому і поперечному напрямках, накочування, струшування живота. Тривалість процедур – 15–20 хвилин через 1 день. Курс 15–20 процедур. Процедури масажу поєднуються з кінезіотерапією, дозованою ходьбою, бальнеотерапією (обливання, обтирання, плавання); ванни кисневі, хвойні, перлинні [17].

ТЕМА 7. МЕТОДИКА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МАСАЖУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ДИХАЛЬНОЇ ТА ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

7.1. Реабілітаційний масаж при хронічних неспецифічних захворюваннях легень

Показання: хронічні неспецифічні захворювання легенів (емфізема, пневмосклероз, бронхіальна астма між нападами, хронічна пневмонія) за нормальної температури тіла.

План масажу: вплив на паравертебральні зони грудної клітки, масаж найширших м'язів спини, міжлопаткової ділянки, над- і підключичних зон, грудно-ключичних і плечових суглобів.

Спочатку – масаж паравертебральних ділянок поперекових, грудних і шийних. Виконують погладжування площинне поверхнєве і глибоке, напівколове розтирання пальцями і ліктьовим краєм долоні (пиляння), штрихування, стругання, розминання в поздовжньому напрямку, зсування, натискування, розтягання і стискання, вібрація безперервна у вигляді потрушування, пунктування.

Масаж найширших м'язів спини і трапецієподібних м'язів: виконують погладжування, розтирання, розминання, вібрація, поперечне розминання знизу вгору найширших м'язів спини в ділянці пахвових западин і надверхівкових країв трапецієподібних м'язів від потилиці до плечових суглобів.

Масаж грудно-ключично-соскоподібних м'язів: виконують щипцеподібне погладжування і розминання, пунктування і безперервну вібрацію кінцями пальців. Масаж міжлопаткової ділянки і надлопаткових ділянок: погладжування подушечками пальців і долонею в напівколових напрямках; розтирання кінцями пальців, опорною поверхнею кисті та ліктьовим краєм кисті, пунктування кінцями пальців, безперервна вібрація у вигляді потрушування.

Масаж над- і підключичних ділянок: погладжування кінцями пальців і ліктьовим краєм долоні від грудини до

плечових суглобів, розтирання кінцями пальців у циркулярному напрямку, штрихування, пиляння, пунктування пальцями і безперервна вібрація.

Масаж груднино-ключичних і плечових суглобів, великих грудних і зубчастих м'язів. Масаж міжреберних проміжків у вигляді граблеподібного погладжування кінцями пальців від груднини до хребта.

Тривалість процедури – 12–18 хв через 1 день. Курс лікування – 10–12 процедур. Протипоказання до масажу при захворюваннях органів дихання: ексудативний плеврит у гострій стадії, гострий гарячковий стан; бронхоектатична хвороба на стадії тканинного розпаду; легенево-серцева недостатність III ст.; гнійні захворювання легенів; туберкульоз легенів на гострій та підгострій стадіях; новоутворення (пухлини).

7.2. Реабілітаційний масаж при хронічному гастриті

План масажу: вплив на паравертебральні і рефлексогенні ділянки спини, шиї і живота, масаж шлунка, масаж м'язів черевного преса. В. п. пацієнта – лежачи.

Методика реабілітаційного масажу. Масаж паравертебральних ділянок спинно-мозкових сегментів D₁₂-D₅ і C₄-C₃: площинне глибоке погладжування, розтирання циркулярно кінцями пальців, штрихування, пиляння, позовжне розминання, вібрація безперервна у вигляді потрушування, поплескування.

Масаж найширших м'язів спини і трапецеподібних м'язів: погладжування, розтирання, штрихування, пиляння, розминання, вібрація. Погладжування, розтирання пальцями і ліктьовим краєм кисті внутрішнього краю і кута лівої лопатки. Масаж груднино-ключично-соскоподібних м'язів.

Масаж передньої поверхні грудної клітки: погладжування великих грудних м'язів, погладжування міжреберних проміжків 3–4-го ребер зліва, граблеподібне розтирання від груднини до хребта, погладжування і розтирання над- і підключичних ділянок зліва і реберних дуг від груднини до хребта.

Масаж рефлексогенних ділянок сонячного сплетіння: погладжування і розтирання циркулярно кінцівками пальців і долонною поверхнею кисті від груднини до пупка. Масаж шлунка: колові погладжування справа наліво в ділянці шлунка, спочатку ніжні погладжування, потім, при розслабленні м'язів, глибоке погладжування. Граблеподібне ніжне розтирання м'язких тканин у ділянці лівого підребер'я. Безперервна вібрація шлунка долонею; струс шлунка граблеподібно поставленими пальцями на епігастральній ділянці зліва, підштовхування шлунка. Ніжна поверхнева переривчаста вібрація в ділянці сліпої кишки. Масаж м'язів живота: погладжування, стругання, пиляння, перетинання; розминання поздовжнє і поперечне, стискання, зсування, накочування; безперервне вібраційне погладжування, ніжне поплескування. Струшування живота. Тривалість процедури – 10–15 хв через 1 день. Курс лікування – 12–15 процедур.

7.3. Реабілітаційний масаж при хронічних колітах і дискінезіях шлунково-кишкового тракту

Показання: хронічні коліти, що супроводжуються спастичними й атонічними запорами, послаблення рухової функції шлунка і кишечника, посилення рухової функції шлунка.

План реабілітаційного масажу: вплив на паравертебральні й рефлексогенні ділянки тулуба, масаж живота і таза, дихальні вправи та рухи для зміцнення м'язів черевного преса. В. п. масажованого – лежачи.

1. Масаж паравертебральних ділянок спинно-мозкових сегментів D₁₂–D₅, C₄–C₃: площинне поверхнєве і глибоке погладжування; розтирання кінцівками пальців циркулярне, штрихування, пиляння, розминання поздовжнє, зсування, натискування; безперервна вібрація долонею, переривчаста вібрація кінцями пальців, поплескування, рубання. Погладжування, розтирання і розминання найширших м'язів спини і трапецієподібних м'язів.

2. Масаж міжлопаткової ділянки зліва: розтирання, вібрація, погладжування і розтирання внутрішнього краю і кута лопатки, реберних дуг і гребенів клубових кісток.

3. Масаж живота: площинне поверхнєве і глибоке колове погладжування справа наліво навколо пупка; погладжування в напрямку до підпахвових і пахвинних залоз. Розтирання тканин передньої черевної стінки: штрихування, пиляння, перетинання. Поздовжнє розминання прямих м'язів живота в напрямку знизу вверх. Погладжування і розминання косих м'язів живота, пунктування, ніжне поплескування долонями, вібраційне погладжування. Струс живота в поздовжньому і поперечному напрямках. Струс таза.

4. Масаж ділянки сонячного сплетення: колове погладжування, розтирання і ніжна вібрація від мечоподібного відростка до пупка.

5. Масаж ділянки шлунка: площинне колове погладжування, ніжне розтирання кінцями пальців шкіри, підшкірної клітковини і м'язів лівої підреберної ділянки; легке потрушування тканин кінцями пальців, поставлених граблеподібно. Підштовхування шлунка, вібраційне погладжування.

6. Масаж кишечника: колове погладжування передньої стінки живота, переривчаста вібрація кінцями пальців і почергове натискування на черевну стінку.

7. Масаж товстої кишки здійснюються за ходом годинникової стрілки. Застосовують погладжування кінцями пальців за ходом кишечника і погляжування тильною поверхнею кисті – поверхнєве і глибоке; колове розтирання кінцями пальців і обтяженою кистю, штрихування, вібрація безперервна і переривчаста кінцями пальців, ніжне натискування, струшування і підштовхування окремих ділянок товстої кишки; ніжна вібрація ділянки сліпої кишки. Закінчують масаж прийомами ніжного поплескування і струшування живота, колового площинного погладжування. Дихальні рухи.

Вправи для зміцнення м'язів черевного преса. Тривалість процедури – 12–15 хв через день. Курс лікування – 10–12 процедур.

7.4. Реабілітаційний масаж при хронічних захворюваннях печінки і жовчних шляхів

Масаж починають із впливу на рефлексогенні зони грудної клітки, масаж ділянки сонячного сплетення, масаж живота, печінки і жовчного міхура. Дихальні вправи. В. п. – лежачи на спині.

1. Масаж паравертебральних ділянок спинно-мозкових сегментів С₃–С₄, Д₆–Д₁₀, виконується площинне і охоплювальне погладжування, розтирання циркулярне кінцями пальців, штрихування, гребенеподібне розтирання, пиляння, поздовжнє розминання, зсування, розтягування, вібрацію, пунктування, поплескування, постукування кулаком поперечно, вібрацію трапецієподібних м'язів, погладжування і розтирання ділянки правої лопатки, кута і внутрішнього її краю; граблеподібне погладжування і розтирання міжреберних м'язів у ділянці 7–9-го ребер справа і в ділянці правої підпахвової западини.

2. Масаж шії: поперечне розминання, розтирання і погладжування; щипцеподібне погладжування і розминання груднино-ключично-соскоподібних м'язів.

3. Масаж грудної клітки: погладжування площинне й охоплювальне від білої лінії живота до підпахвових западин; розтирання і розминання великих грудних м'язів; погладжування і розтирання над- і підключичних ділянок справа і ділянки грудини, вібраційне погладжування грудної клітки. Погладжування і розтирання реберних дуг.

4. Масаж ділянки сонячного сплетення: колове погладжування, розтирання і переривчаста вібрація від мечоподібного відростка до пупка. Струс грудної клітки.

5. Масаж живота: площинне поверхнєве погладжування в напрямку справа наліво навколо пупка, ніжне колоподібне

розтирання і штрихування шкіри кінцями пальців, підшкірної клітковини і м'язів правої підреберної ділянки.

6. Розминання передньої черевної стінки поздовжньо і поперечно, зсування і розтягування. Масаж правого прямого м'яза живота: розтирання, розминання, вібрація. Ніжний, малої амплітуди струс живота в поздовжньому і поперечному напрямі.

7. Масаж печінки: ніжне погладжування кінцями пальців і долонею в ділянці печінки знизу зліва і направо вверх у напрямку до воріт печінки; розтирання кінцями пальців у циркулярних напрямках правого підребер'я, ніжна переривчаста вібрація кінцями пальців краю печінки під реберною дугою, переривчаста ніжна вібрація ділянки печінки долонею. Підштовхування печінки. Струс печінки. При атонії стінок жовчного міхура – масаж жовчного міхура: ніжне площинне циркулярне погладжування, розтирання і безперервна вібрація кінцями пальців, ритмічне легке неглибоке натискування. Закінчується масаж погладжуванням живота і грудної клітки, дихальними вправами. Тривалість процедури – 12–15 хвилин через 1 день. Курс – 12 процедур.

7.5. Реабілітаційний масаж при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки

Показання: виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки на стадії ремісії за відсутності болючості під час пальпації, нудоти, блювання та інших симптомів загострення запального процесу.

План масажу: вплив на рефлексогенні ділянки спини, грудної клітки та ділянки шийних симпатичних вузлів, масаж ділянки шлунка; дихальні вправи. В. п. масажованого – сидячи або лежачи.

Масаж паравертебральних ділянок спинно-мозкових сегментів D₉–D₅, C₇–C₃: площинне глибоке погладжування, розтирання ліктювим краєм кисті, пиляння, стругання, поздовжнє розминання, зсування, натискування, поплескування, рубання, вібраційне погладжування, масаж найширших і

трапецієподібних м'язів, погладжування, розтирання і розминання, вібрація.

Щипцеподібне погладжування і розминання грудниноключично-соскоподібних м'язів. Погладжування і розтирання міжлопаткової і лівої лопаткової ділянок, внутрішнього краю і кута лівої лопатки, міжреберних проміжків і реберних дуг. Погладжування і розминання грудних м'язів. Розтирання кінцями пальців груднини; погладжування і розтирання під- і надключичних зон зліва від мечоподібного відростка груднини до пупка.

Масаж живота, поверхнєве погладжування справа наліво навколо пупка. Ніжне розтирання кінцями пальців лівої підреберної ділянки. Розминання передньої черевної стінки поздовжньо, поперечно, зсування, розтягування, накочування. Ніжні малої амплітуди струси ділянки шлунка і товстої кишки від правої здухвинної ділянки вверх до правого реберного краю в напрямку до лівого підребер'я вниз по низхідній ободовій кишці. Закінчують масаж живота коловими площинними погладжуваннями. Стискання і розтирання грудної клітки, струс грудної клітки і живота з малою амплітудою в напрямку зліва направо і знизу вверх. Струс таза. Дихальні вправи. Тривалість процедури – 15 хв через 1 день. Курс лікування – 12 процедур.

Масаж протипоказаний у гострій стадії захворювань внутрішніх органів, при захворюваннях шлунково-кишкового тракту із схильністю до кровотеч, при туберкульозних ураженнях, новоутвореннях органів черевної порожнини, гострих і підгострих запальних процесах жіночих статевих органів, під час вагітності, в післяабортний період упродовж 2 тижнів.

7.6. Реабілітаційний масаж при опущеннях органів черевної порожнини

Малорухомий спосіб життя, надмірна вага тіла, астенизація та зниження функціональної здатності організму і тонусу м'язів, значні фізичні навантаження, пологи можуть

стати причиною спланхноптозу (греч. *Splanchna* – нутроці, *ptōsis* – падіння, опущення) – опущення внутрішніх органів (шлунка, печінки, товстої кишки, нирок). Опущення внутрішніх органів може бути набутим або зумовлюватися конституційними особливостями, більш схильні особи з астеничним типом конституції.

Завдання масажу: нормалізація функціонального стану нервової, зокрема вегетативної нервової системи, рухової і секреторної діяльності травної системи, покращення крово- та лімфообігу, тканинного обміну в черевній порожнині, підвищення тону м'язів спини, передньої черевної стінки. Лімфатичні судини з верхньої половини передньої черевної стінки несуть лімфу в пахвові вузли, а з нижньої половини – в пахвинні вузли. З глибоких прошарків надчеревної ділянки лімфа надходить до міжреберних вузлів, із черевної – до поперекових вузлів, із підчеревної – до клубових вузлів.

Протипоказання: загострення захворювання, запальні процеси з боку внутрішніх органів, загальні протипоказання.

План масажу: вплив на паравертебральні зони L₅–L₁, T₁₂–T₄, C₇–C₃ хребців, масаж спини, живота, ребрових дуг, гребенів клубових кісток, шлунка, кишок. При опущенні матки додається масаж паравертебральних та рефлексогенних зон S₅ – S₁ спинномозкових сегментів, сідничних ділянок, стегон.

Методика: масаж проводять на кушетці з піднятим на 10–12 см ножним кінцем у в. п. масажованого лежачи на спині, животі та на лівому боці.

Масаж паравертебральних ділянок L₅–L₁, T₁₂–T₄, C₇–C₃: площинне поверхнєве та глибоке погладжування долонею від нижче- до вищєрозміщєних сегментів; розтирання кінцями пальців поздовжнє, поперечнє, циркулярнє, пиляннє, штрихування долонною поверхнєю кінця середнього пальця, який щільно прилягає до шкіри, зміщеннє її в напрямку до хребта; розминання щипцеподібно поставлєними пальцями, зміщеннє, розтягування прямих м'язів спини, натискання на них; вібрація безперервна. Погладжування та розтирання міжлопаткової ділянки, нижнього кута та внутрішнього краю

лопаток. Масаж найширших м'язів спини та трапецієподібного м'яза: прогладжування поверхневе і глибоке в напрямку до пахвових ділянок відповідного боку; розтирання долонною поверхнею кистей, штрихування, пиляння; розминання натискуванням, зміщенням, розтягуванням, країв м'язів – поздовжнім та поперечним розминанням. Безперервна лабільна вібрація в ділянці спини в напрямку від крижів до надпліччя, легке поплескування, рубання.

Масаж живота. Площинне поверхневе та глибоке прогладжування справа наліво навколо пупка; розтирання тканин передньої черевної стінки: штрихування, пиляння, перетирання, пересікання. Поздовжнє розминання прямих м'язів живота в напрямку від лобкового зрощення до мечеподібного відростка. Погладжування та розминання косих м'язів живота. Вібрація прийомами пунктування, ніжного поплескування долонею та вібраційного погладжування. Стрясання живота в поздовжньому та поперечному напрямках. Стрясання таза.

Масаж ділянки черевного сплетення – колове прогладжування, розтирання та ніжна вібрація від мечеподібного відростка до пупка. Погладжування. Розтирання ребрових дуг та гребенів клубових кісток. Масаж ділянки шлунка: площинне колове прогладжування, ніжне розтирання кінцями пальців шкіри, підшкірної основи та м'язів лівої підреберної ділянки, легке потрушування тканин надчеревної ділянки зліва кінцями пальців. Масаж шлунка: з метою підвищення тону мускулатури шлунка використовують переривчасту вібрацію у вигляді стрясання, за якого, поклавши кінці граблеподібно поставлених пальців на підреберну ділянку зліва, виконують короткі, поштовхоподібні рухи, спрямовані знизу догори і ззовні до середини, то прискорюючи, то сповільнюючи масажні рухи. Потім, повернувши хворого на лівий бік, зігнутими пальцями руки, що масажує, по можливості повніше охопивши шлунок знизу, виконують його стрясання, послідовно прискорюючи та сповільнюючи рухи.

Масаж кишок виконують у положенні хворого на спині, під колінами валик. Після розслаблення м'язів передньої

черевної стінки проводять масаж товстої кишки за годинниковою стрілкою: спочатку висхідний, потім поперечний та низхідний відділи. Використовують прогладжування та ніжне розтирання кінцями пальців, натискання за ходом кишки та лабільну безперервну вібрацію, прискорюючи та сповільнюючи масажні рухи. Закінчують масаж прийомами поверхневого площинного прогладжування та спеціальними гімнастичними вправами.

Тривалість процедури – 15–20 хв щоденно. Курс лікування – 12–15 процедур. Повторення масажу через 2–3 місяці. Заняття кінезіотерапії – безперервні [13, 16].

ТЕМА 8. МЕТОДИКА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МАСАЖУ ПРИ ПОРУШЕННІ ОБМІНУ РЕЧОВИН

8.1. Реабілітаційний масаж при ожирінні

Під ожирінням розуміють порушення обміну речовин, що характеризується зайвим відкладанням жирової тканини в організмі – підвищенням ваги тіла людини.

Завдання масажу: покращання кровообігу і лімфообігу в тканинах і органах, зменшення жирових відкладень в окремих ділянках тіла.

Методика залежить від особливостей тіла пацієнта і можливості проведення одного виду масажу. Якщо пацієнт не може лежати на животі через великі відкладення жиру в даній ділянці, то його кладуть на спину, підклавши під голову валик або подушку, можна також підкласти валик під коліна. Починають масаж із нижніх кінцівок одночасно по передній і задній поверхні стегна, переходячи на гомілку і стопу за відсмоктувальною методикою. Використовують прийоми: погладжування, розтирання, розминання, вібрації. Необхідно звернути особливу увагу на місця переходу м'язів у фасції; прийоми вібрації комбінувати з прийомами розминання. Закінчують масаж нижніх кінцівок охоплювальним погладжуваннями по всій поверхні нижніх кінцівок від стопи до таза. Якщо пацієнт може лягти на живіт, то масаж починають робити на спині, після цього переходять на шийний відділ, спину, таз; усі прийоми проводять з акцентом на розминання, особливо бокових поверхонь. Після цього проводять масаж кінцівок за відсмоктувальною методикою. Далі пацієнт повертається на спину. Масаж проводять на лівій нозі по передній її поверхні, потім – на лівій руці від плеча до пальців кисті. Після цього переходять на праву ногу і руку. Закінчують сеанс масажем грудей і живота, стоячи справа від пацієнта. На животі всі рухи роблять за годинниковою стрілкою.

У кінці струшують нижні і верхні кінцівки та живіт.

Курс лікування – 15–20 процедур, чергуючи загальний масаж із прийомами місцевого – масаж ділянки живота, стегон і грудей. Щоденно проводять масаж, поєднуючи з іншими видами впливу.

Методичні вказівки до проведення масажу.

1. Найкращий час для проведення лікувального масажу при ожирінні – вранці, після легкого сніданку, а для ослаблених пацієнтів – перед обідом.

2. Ураховують особливість клінічних форм, таких як слабкість черевного преса, наявність запорів, вік, через це деякі прийоми на застосовують.

3. Інтенсивність і тривалість процедур поступово збільшується від 15 до 60 хвилин і більше.

4. Загальний масаж із деякими відхиленнями проводити не більше 1–2 разів на тиждень і враховувати реакцію пацієнта на масаж.

5. У разі погіршення стану, самопочуття, появи слабості та інших несприятливих явищ, масаж за дозуванням зменшують або тимчасово відмінюють.

6. Після процедури необхідно провести пасивний відпочинок 15–30 хвилин. Бажано перед масажем відпочити 10–15 хв, особливо людям на захворювання серцево-судинної системи.

7. Якщо дозволено лікарем, то широко використовують масаж у банях із відвідуванням парної.

Щоденне дотримання дієти впродовж багатьох місяців і років – найбільш раціональний шлях поступового, а так і безпечного зниження маси тіла і позбавлення від ожиріння.

8.2. Реабілітаційний масаж при цукровому діабеті

Цукровий діабет (цукрова хвороба) – це ендокринне захворювання в результаті недостатності інсуліну.

Завдання масажу: покращити загальний стан пацієнта, масаж із використанням дихальних вправ сприяє утилізації

глюкози із крові та її повному використанні м'язами, що значно зменшує вміст цукру в крові.

Методика реабілітаційного масажу.

В. п. масажованого – лежачи на животі. Починають масаж із ділянки спини. Усі прийоми проводять із незначною силою та інтенсивністю, застосовуючи погладження, розтирання, розминання, вібрацію безперервну лабільну, звертаючи особливу увагу на місце переходу м'язів у сухожилля, апоневрози, великі м'язові групи, проводячи прийоми вибірково (щипцеподібне розминання, циркулярні розтирання, накочування). Усі маніпуляції проводять за напрямком до найближчих великих лімфатичних вузлів. Роблять масаж надпліччя і комірцевої зони – рухи в напрямку від нижньої ділянки потилиці до плечових суглобів; погладження охоплювальне, щипцеподібне, граблеподібне, розтирання щипцеподібне колове, перетинання, пиляння; розминання поперечне, щипцеподібне, натискання, зсування, розтягування; вібрація лабільна безперервна однією або двома руками.

Під час масажу поперекової ділянки, таза і нижніх кінцівок по задній поверхні, всі прийоми проводять у напрямку до найближчих лімфатичних вузлів, акцентуючи увагу на переходи м'язів у сухожилля і місця прикріплення м'язів до кісток, особливо великих м'язів. Масаж нижніх кінцівок починають із задньої поверхні стегна, відтак переходять на гомілку, стопу. Продовжують масаж по передній поверхні стегна, гомілки, стопи.

Завершують сеанс масажем ділянки грудей і живота, чергуючи його з дихальними вправами. Тривалість процедури – 30–40 хв, краще через 1 день. Курс лікування – 12–15 сеансів.

8.3. Реабілітаційний масаж при подагрі

Це захворювання обумовлене порушенням пуринового обміну, що характеризується підвищенням рівня сечової кислоти в крові і відкладенням уратів в епіфізах кісток,

суглобових хрящах, навколосуглобових тканинах, нирках та інших органах.

Завдання масажу: сприяти видаленню з організму сечової кислоти, поліпшити крово- і лімфообіг в ураженій кінцівці. Масаж проводять в період між нападами. При захворюванні верхніх кінцівок масаж починають із шийно-комірної ділянки в ділянці сегмента D₅₋₁, C₇₋₂. Далі масажують плечовий суглоб, плече, ліктьовий суглоб, передпліччя, променезап'ястковий суглоб, кисть, пальці.

Методика реабілітаційного масажу:

В. п. – сидячи. Проводять масаж за відсмоктвальною методикою, роблячи акцент на ділянки суглобів і місця прикріплення сухожиль до кісток. Тривалість процедури – 15–20 хв, можна через 1 день. На курс – 12–15 сеансів.

При захворюваннях нижніх кінцівок в. п. пацієнта – лежачи на животі. Починають масаж з поперекової ділянки, включаючи паравертебральний вплив. Відтак масують сідниці, кульшові суглоби, задню поверхню стегна, гомілки, стопи обох ніг. По передній поверхні окремо масують колінний і гомілковостопний суглоби, місце прикріплення п'яткового сухожилля до п'яткового бугра, внутрішню і зовнішню кісточки. Тривалість процедури 20 – 25 хв. На курс 15 – 20 процедур, можна через день.

Методичні вказівки.

1. Під час масажу суглобових поверхонь урахувати доступність до масажованої ділянки.

2. При безпосередньому впливі на ділянку ураження необхідно частіше застосовувати прийоми розтирання ніжно і чергувати з охоплювальним погладжуванням.

3. Якщо пацієнтові після процедури стане погано, масаж тимчасово потрібно припинити.

4. Застосовувати активні й пасивні рухи.

5. Рекомендувати комплексне лікування з кінезіотерапії, теренкуром (дозована ходьба), водними процедурами і дієтотерапією [16, 17].

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Белая Н. А. Массаж лечебный и оздоровительный / Н. А. Белая. – Москва : Т-Око, 1994. – 270 с.
2. Белоголовский Г. Г. Анатомия человека (для массажистов) / Г. Г. Белоголовский. – Йокнеам Иллиит, 2007. – 635 с.
3. Бирюков А. А. Лечебный массаж : учеб. [для студентов высших учеб. заведений] / А. А. Бирюков. – Москва : Академия, 2004. – 368 с.
4. Васичкин В. И. Энциклопедия массажа / В. М. Васичкин. – Москва : АСТ- ПРЕСС, 2001. – 656 с.
5. Васичкин В. И. Методики массажа / В. И. Васичкин, Л. Н. Васичкина. – Москва : ЭКСМО-Пресс, 2000. – 384 с.
6. Глязер О. Сегментарный массаж / О. Глязер, В. Далихов. – Москва : Медицина, 1965. – 124 с.
7. Дубровский В. И. Массаж : учеб. [для сред. и высш. учеб. заведений] / В. И. Дубровский. – Москва : ВЛАДОС, 2001. – 496 с.
8. Залесова Е. Н. Массаж от А до Я / Е. Н. Залесова. – Минск : Изд-во АСТ, 2000. – 400 с.
9. Исаев Ю. А. Сегментарно-рефлекторный и точечный массаж в клинической практике / Ю. А. Исаев. – Киев : Здоровья, 1993. – 320 с.
10. Еремушкин М. А. Классическая техника массажа при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата / М. А. Еремушкин. – Санкт-Петербург : Наука и техника, 2010. – 192 с.
11. Еремушкин М. А. Медицинский массаж. Теория и практика / М. А. Еремушкин. – Санкт-Петербург : Наука и техника, 2009. – 544 с.
12. Лечебный классический массаж. Приемы, планы массажа отдельных частей тела / И. Н. Макарова, В. В. Филина. – 2 изд., испр. и доп. – Москва : Триада-Х, 2006. – 88 с.

13. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник / В. М. Мухін. – 3-ге вид., переробл. та допов. – Київ : Олімпійська література, 2009. – 488 с.

14. Попова С. Н. Физическая реабилитация : учебник для студентов высших учебных заведений / С. Н. Попова. – Ростов-н/Дону: Феникс, 2004. – 608 с.

15. Степашко М. В. Масаж і лікувальна фізкультура в медицині / М. В. Степашко, Л. В. Сухостат. – Київ : Медицина, 2010. – 352 с.

16. Тюрин А. М. Массаж традиционный и нетрадиционный / А. М. Тюрин. – Санкт-Петербург : Сирин, 1992. – 158 с.

17. Трипольская И. Л. Соединительно-тканый массаж : учебное пособие / И. Л. Трипольская, Н. В. Чаплыгин. – Москва : АНМИ, 1999. – 176 с.

18. Фокин В. Н. Полный курс массажа : учеб. пособие / В. Н. Фокин. – Москва : ФАИР-Пресс, 2004. – 512 с.

Електронне навчальне видання

Степаненко Олександр Сергійович,
Ольховик Аліна Віталіївна,
Король Світлана Анатоліївна,
Воропаєв Дмитро Сергійович

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ МАСАЖ

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

для студентів спеціальності
227 «*Фізична терапія, ерготерапія*»
денної форми навчання

Відповідальний за випуск О. О. Єжова
Редактори: Н. З. Клочко, С. М. Симоненко
Комп'ютерне верстання О. С. Степаненко

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 9,06. Обл.-вид. арк. 9,93.

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.

