

АТЛАС МАСАЖИСТА

*Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти
МОЗ України як навчальний посібник для лікарів-слухачів курсів
підвищення кваліфікації закладів (факультетів) післядипломної освіти
(протокол № 1 від 12.04.2005 р.)*

Тернопіль
“Укрмедкнига”
2005

ББК 53.541
В 148
УДК 615.821

Автори: Вакуленко Людмила Олексіївна,
Прилуцька Галина Вікторівна,
Вакуленко Дмитро Вікторович

Рецензенти: **Г.Л. Апанасенко**, д-р мед. наук, проф., завідувач кафедри спортивної медицини та санології Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика;
В.В. Клапчук, д-р мед. наук, проф. кафедри спортивної медицини і лікувальної фізкультури, фізичного виховання та валеології Дніпропетровського державного медичного університету;
Л.І. Зубко, викладач вищої категорії Львівського медичного училища підготовки та підвищення кваліфікації молодших медичних та фармацевтичних спеціалістів;
І.Р. Мисула, д-р мед. наук, проф., завідувач кафедри фізіотерапії, медичної реабілітації та курортології Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського

Вакуленко Л.О. та ін.
В 148 **Атлас масажиста.** – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 306 с.

ISBN 966-673-048-0

У посібнику викладено сучасні погляди на фізіологічні механізми впливу масажу на організм людини. За допомогою численних схем, таблиць, рисунків та пояснень до них описано види масажу, техніку та методику масажу і самомасажу дорослих та масажу дітей. Висвітлено правила побудови і проведення процедури масажу, біоенергетичний захист масажиста та хворого, поєднання масажу з лікувальною фізичною культурою та іншими методами лікування. Велика кількість схем, рисунків, таблиць робить посібник більш доступним і зрозумілим.

Це навчальне видання призначене для післядипломної підготовки (спеціалізації та вдосконалення) медичних сестер з фаху “Лікувальний масаж”, викладачів та студентів вищих медичних навчальних закладів I-IV рівнів акредитації, масажистів, фахівців із сімейної медицини, медико-соціальної реабілітації, лікувальної фізичної культури.

ББК 53.541
УДК 615.821

ISBN 966-673-048-0

© Вакуленко Л.О., Прилуцька Г.В., Вакуленко Д.В., 2005

Зміст

ВСТУП	4
<i>Розділ 1</i> ЗАГАЛЬНІ АНАТОМІЧНІ ТА ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МАСАЖУ	6
<i>Розділ 2</i> ВИДИ МАСАЖУ	32
<i>Розділ 3</i> ТЕХНІКА МАСАЖУ	51
<i>Розділ 4</i> АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНІ ДАНІ ТА ТЕХНІКА МАСАЖУ ОКРЕМИХ ДІЛЯНОК ТІЛА	102
<i>Розділ 5</i> МАСАЖ ДІТЕЙ	244
<i>Розділ 6</i> САМОМАСАЖ	253
<i>Розділ 7</i> ОРГАНІЗАЦІЯ ПРАЦІ МАСАЖИСТА. ПІДГОТОВКА СПЕЦІАЛІСТІВ З МАСАЖУ	267
<i>Розділ 8</i> ПРИЗНАЧЕННЯ МАСАЖУ. ПРОВЕДЕННЯ ПРОЦЕДУРИ МАСАЖУ	274
<i>Розділ 9</i> ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА	282
<i>Розділ 10</i> ПОЄДНАННЯ МАСАЖУ З ІНШИМИ МЕТОДАМИ ЛІКУВАННЯ	293
<i>Післямова</i> БІОЕНЕРГЕТИЧНИЙ ЗАХИСТ СПЕЦІАЛІСТА З МАСАЖУ ТА ХВОРОГО	295
<i>Додаток</i> ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ОКРЕМИХ ЗАСОБІВ АРОМАТЕРАПІЇ ПІД ЧАС МАСАЖУ	303
ЛІТЕРАТУРА	304

*Масажні прийоми, як окремі тони музики,
ніколи не звучать тривалий час поодиночі,
а переходять один в одний,
зливаючись в акорд.*

Dollinger, 1899

*Процедура масажу – як симфонія.
На відміну від справжнього музичного твору,
спеціаліст із масажу повинен вміти не тільки
виконати, але і підібрати необхідні прийоми
та об'єднати їх в процедуру масажу. Прийоми
не бувають постійними, а щоразу міняються,
приспосовуються до стану пацієнта.*

Захар Прилуцький, 2003

ВСТУП

Масаж як оздоровчий та лікувально-профілактичний засіб був відомий давно. Він зародився як засіб народної медицини і розвивався поруч з іншими видами лікування у багатьох племен і народів.

Час виникнення масажу губиться в джерелах стародавньої народної медицини. Намагання філологів пояснити зміст слова “масаж” свідчить про давність походження цього слова. Воно приблизно однаково звучить і відображає зміст впливу арабською, грецькою, латинською, старогрецькою, французькою мовами: торкатися, натискувати, місити, погладжувати, розм'якшувати.

Про історію розвитку та виникнення масажу розповідають старовинні літературні джерела, найбільш відомі з яких створені в країнах Далекого Сходу, в Єгипті, Греції, Римі.

Уже в VI столітті в медичних інститутах Китаю викладали масаж. Там існували лікарсько-гімнастичні школи для підготовки лікарів, які використовували для лікування масаж та гімнастику.

Масаж разом з натиранням тіла маслами і відвідуванням лазні прийшов з Єгипту. В наш час спеціалісти європейських країн вважають, що історія розвитку лікувального і спортивного масажу починається з часів Еллади. Батько античної медицини Гіппократ (460-377 рр. до н.е.) писав з приводу лікування вивихів: “У багатьох речах лікар повинен бути досвідченим, і не менше в масажі, бо масаж може зв'язати суглоби занадто розслаблені і розм'якшити суглоб дуже тугий”.

Стародавній Рим ввів масаж у систему фізичного виховання молоді та воїнів. Клавдій Гален (130-200 рр.) описав 9 видів масажу, техніку погладження, розтирання, розминання.

Видатний таджицький вчений Авіценна надавав масажу великого значення, розглядаючи його як засіб боротьби з втомою і як метод лікування.

Масаж використовували слов'янські племена. Вони застосовували прийоми погладження, розтирання, поплескування. Найчастіше це поєднувалось із купанням в лазнях, що супроводжувалось шмаганням тіла березовими чи дубовими віниками.

У XVIII столітті П. Ланг та його учні створили систему “шведського” масажу, яка фактично перейняла у стародавніх греків, римлян, китайців набір прийомів, елементів та форм масажу.

Видатна роль в розробці та науковому обґрунтуванні масажу належить М.Я. Мудрову. С.Г. Забелін, Н.М. Амбодік пропагували масаж та фізичні вправи як засіб, що сприяє гармонійному розвитку людини.

У кінці XIX століття в Східній Європі виникли центри з підготовки спеціалістів з лікувального масажу. В Києві їх організував В.К. Крамаренко (1886 р.).

Засновником сучасного, так званого класичного масажу вважають І.З. Заблудовського, який в 1882 році захистив дисертацію, присвячену вивченню впливу масажу на організм людини. Його дослідження продовжили М.І. Іоффе, Є.М. Залєсова, О.Ф. Вербов, А.Є. Щербак, І.М. Саркізов-Серазіні, А.А. Бірюков, В.Є. Васильєва, В.М. Мошков, Н.А. Бєлая, Є.Д. Тикочинська, Д.М. Табєєва, А.В. Сироткіна, В.І. Дубровський та ін.

В Україні велику роль в обґрунтуванні та утвердженні масажу відіграли В.К. Крамаренко, В.П. Преварський, Є.Л. Мачерет, Ю.О. Ісаєв, О.Є. Штеренгерц та ін. Дослідження продовжуються в медичних вузах та науково-дослідних інститутах України.

Розділ 1

ЗАГАЛЬНІ АНАТОМІЧНІ ТА ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МАСАЖУ

Масаж — метод оздоровлення, підвищення працездатності, лікування та профілактики захворювань, суть якого полягає в нанесенні тканинам організму дозованих механічних впливів руками масажиста, спеціальними апаратами чи пристосуваннями. Масаж широко використовується в побуті, медицині, косметичній практиці, спорті.

Відмінні особливості масажу.

Природний метод впливу на організм.

Не порушується цілість шкірних покривів (як при голковколюванні) та не виникає алергічних та інших несприятливих реакцій (як при медикаментозній терапії).

Має загальнозміцнювальний та місцевий вплив.

Може використовуватися з оздоровчою, лікувальною метою, для підвищення фізичної працездатності, досягнення високих спортивних результатів та як засіб попередження захворювань у групі ризику, виникнення рецидивів при хронічних захворюваннях, розвитку косметичних порушень.

Зберігає гомеостаз, підвищує реактивність організму, потенціює дію медикаментозних засобів, знижує вірогідність виникнення і тяжкість перебігу алергічних реакцій.

При необхідності може призначатись на тривалий час та має позитивний ефект без негативних наслідків.

Як засіб лікування використовується самостійно або в комплексі з іншими методами: медикаментозною терапією, лікувальною фізкультурою, фізіотерапевтичними процедурами, нетрадиційними методами лікування.

Може застосовуватись у вигляді самомасажу, що сприяє активній участі особи в процесі свого оздоровлення та лікування, підвищенню працездатності.

Матеріально вигідний для використання в лікувальних закладах: не вимагає дорогого обладнання та медикаментозних засобів.

Фізіологічний механізм впливу масажу

В основі механізму впливу масажу на організм лежить складний процес, зумовлений нервово-рефлекторним, гуморальним та механічним впливом. Всі вони між собою взаємообумовлені, так що відокремити практично один від одного неможливо (рис. 1).

Пусковим моментом впливу масажу на організм є механічне подразнення, що наноситься тканинам спеціальними прийомами. Різноманітність використовуваних прийомів дає можливість здійснювати вплив від дуже слабкого до надзвичайно інтенсивного. Прийоми масажу, діючи на тканини, викликають збудження механорецепторів, що призначені для перетворення енергії механічного подразнення в специфічну активність нервової системи — сигнали, які несуть інформацію до нервових центрів. Механорецептори розміщені по всьому тілі. До них належать рецептори шкіри та м'язів, що подразнюються дотиком, натискуванням, вібрацією; рецептори внутрішніх органів (інтерорецептори), які збуджуються при зміні тиску на органи і стінки судин, а також ряд інших механорецепторів.

Механічне подразнення, деформуючи капсулу механорецепторів, призводить до зміни проникності її для іонів натрію, що, в свою чергу, сприяє зниженню мембранного потенціалу спокою і виникненню рецепторного потенціалу, який передається на аферентне нервеве волокно. У результаті процесів сумації рецепторних потенціалів на нервовому волокні виникає потенціал дії, який у вигляді доцентрових (аферентних) імпульсів передається по чутливих шляхах в центральну нервову систему, де аналізується, синтезується в загальну складну реакцію, яка і викликає різні функціональні зміни в організмі (схема 1).

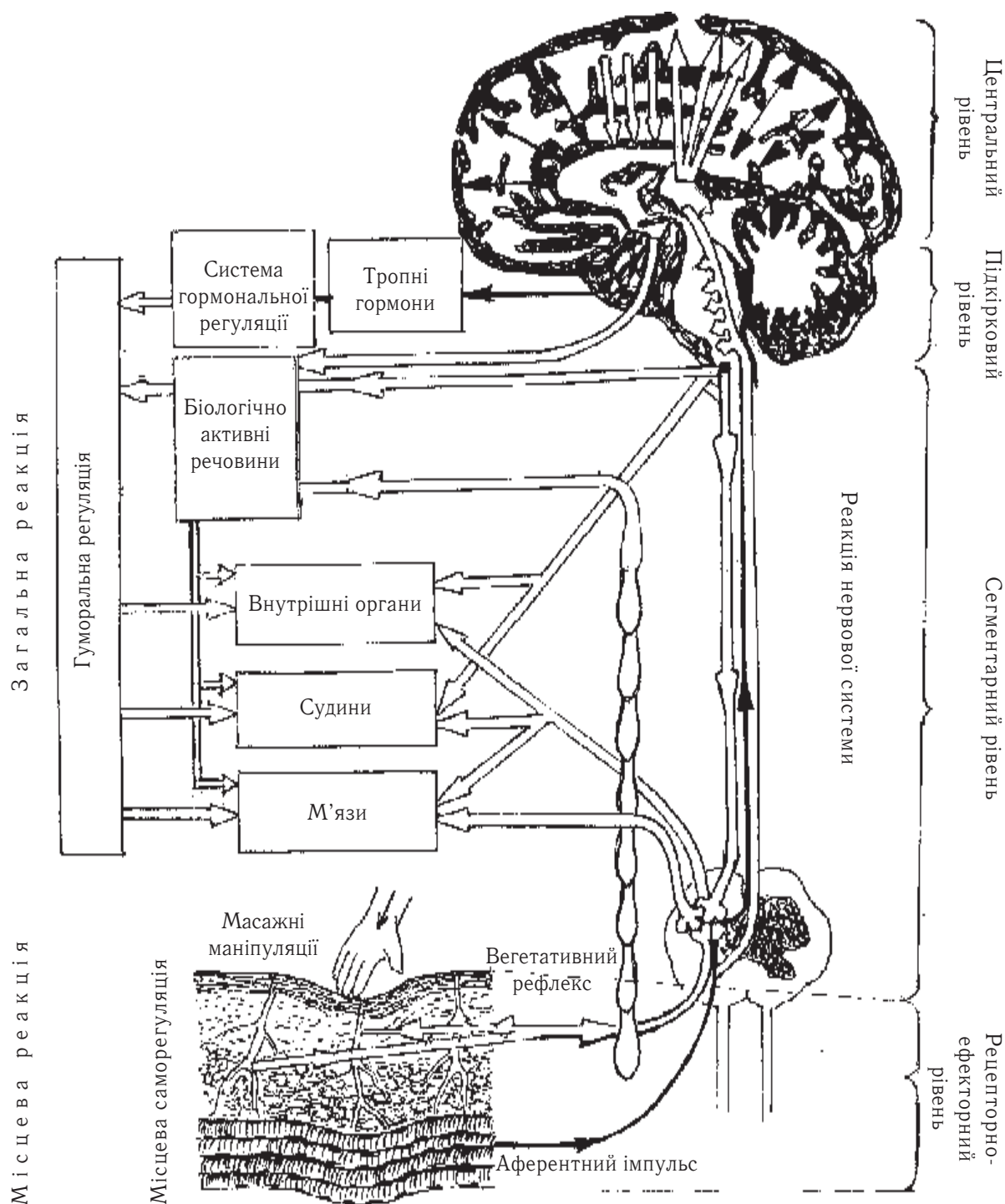


Рис. 1. Схема реакцій організму на застосування лікувального масажу.

Нерво-рефлекторний механізм впливу масажу на організм є основним, але далеко не єдиним. У літературі описаний гуморальний вплив масажу, прямий механічний вплив на м'язові капіляри, трофіку шкіри, м'язову систему, на функцію суглобів та сухожилково-зв'язкового апарату, серцево-судинну систему, газообмін, на систему органів дихання, травлення та ін.

При вивченні механізмів фізіологічного впливу масажу необхідно мати на увазі його комплексний вплив на організм, тобто будь-яке механічне подразнення, що наноситься одним із прийомів масажу, діє як на місці його нанесення, так і, завдяки наявності нерво-

рефлекторних зв'язків цієї ділянки з центральною нервовою системою, впливає на функціональний стан всього організму. Тому для більш детального вивчення фізіологічного впливу на організм ми розглянемо його вплив на системи й органи та їх функцію окремо, пам'ятаючи про комплексний механізм дії масажу на весь організм.



Схема 1. Механізм перетворення механічної енергії масажних маніпуляцій в нерве збудження.

Вплив масажу на шкіру

Шкіра є органом, який утворює покрив тіла і відіграє в життєдіяльності організму важливу роль. У товщі поверхневого (епідермісу) і глибокого (власне шкіра) шарів шкірного епітелію закладені численні кровоносні судини, нервові закінчення, потові та сальні залози, цибулини волосся (рис. 2). Товщина епідермісу коливається в межах від 0,5 до 4 мм. Особливо він виражений на долонях, підшвах, кінчиках пальців, сідничних ділянках. Товщина власне шкіри коливається в межах 0,5-5 мм. Наявність еластичних волокон надає шкірі властивості розтягуватися і повертатися в попереднє положення при розтягуванні та натискуванні.

Живлення шкіри відбувається через широко розгалужену капілярну сітку, яка отримує кров від артерій, що мають здатність регулювати кровотік, змінюючи свій просвіт залежно від потреб. При необхідності шкіра може вмістити більше однієї третини всієї маси крові організму. Цьому сприяє велика кількість артеріовенозних анастомозів у шкірі. Відтік крові від шкіри здійснюється через шкірні вени, що утворюють ряд венозних сплетень.

У сосочковому шарі шкіри розміщене густе сплетення лімфатичних капілярів, що забезпечує їх активну участь у загальному обміні речовин. У шкірі більше 2 мільйонів потових

залоз, які можуть виділити за добу від 600 і навіть до 1 400 г поту. Загальна потовидільна поверхня шкіри становить близько 5 м², тоді як у нирок вона складає близько 8 м². Число сальних залоз, розміщених у шкірі, становить близько 25 000. За добу здорова людина може виділити до 20 г сала. Шкіра бере участь у теплорегуляції організму, обміні речовин, виконує функцію дихання. Це депо енергетичних запасів.

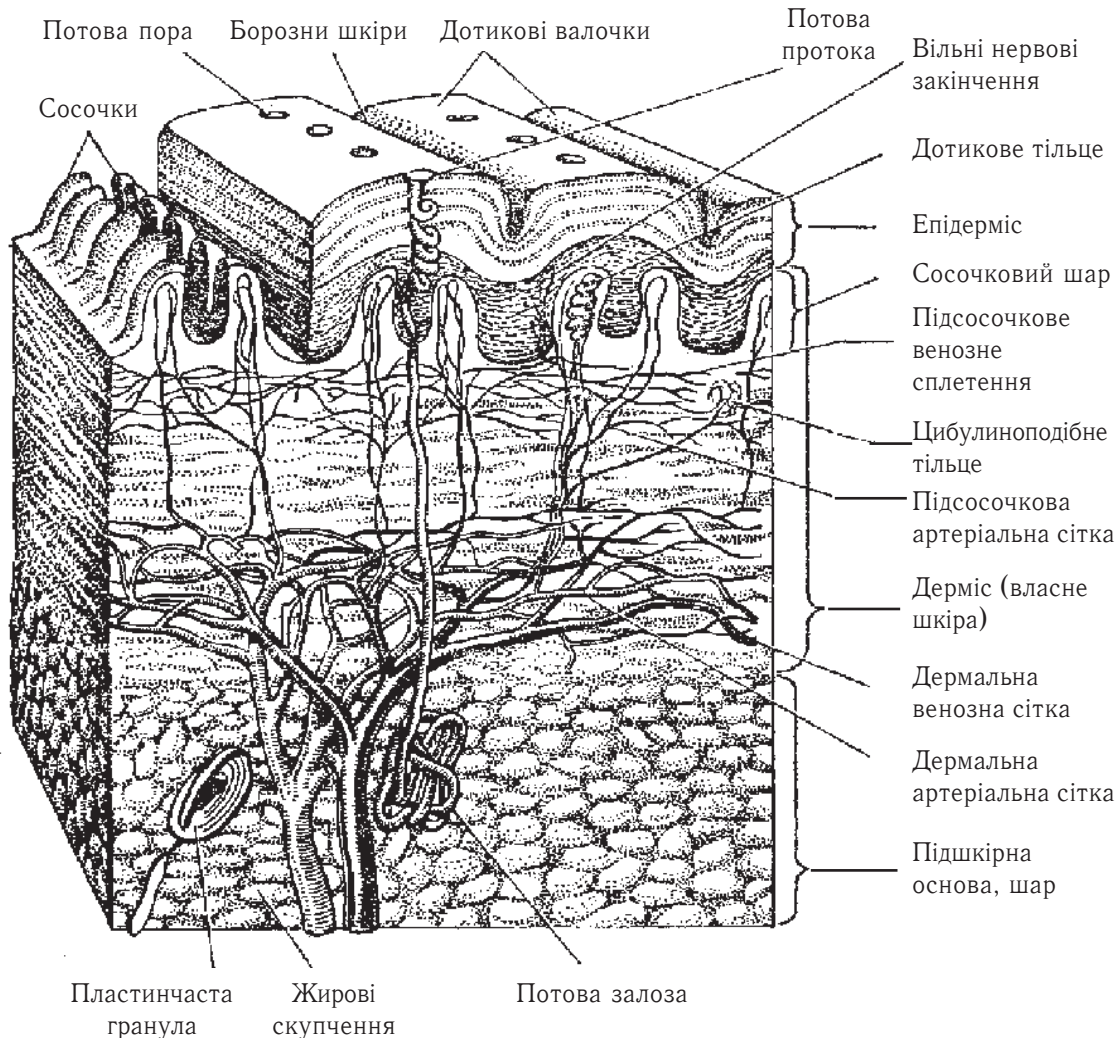


Рис. 2. Будова шкіри (Kiss, Srentagothai).

Рельєф шкіри на окремих ділянках тіла різний і утворений рядом складок, заглиблень, підвищень. На поверхні шкіри є постійні складки, утворені всіма її шарами (носогубні, надбрівні, пахвинні та ін.). Непостійні складки найчастіше утворюються на обличчі та шиї в процесі втрати шкірою еластичності з віком.

Шкіра переходить у підшкірну основу, яка складається зі сполучної тканини, що містить скупчення жирових клітин, неоднаково розвинених у різних місцях. Найбільш виражена вона на передній поверхні живота, в ділянці грудей, таза.

У власне шкірі та підшкірній основі міститься величезна кількість нервових закінчень – рецепторів, які сприймають та проводять подразнення, що поступають із навколишнього середовища (рис. 2). Доведено, що на деяких ділянках шкіри (наприклад, на голові та долонях) на 1 см² її поверхні міститься до 300 чутливих точок, завдяки чому шкіру вважають величезним рецепторним полем.

За функцією нервові закінчення поділяють на дотикові, тактильні, больові, температурні. Співвідношення їх на окремих ділянках шкіри не однакове, що зумовлює її різну чутливість.

У середньому на 1 см² шкірної поверхні припадає 100-200 больових, 25-27 дотикових, 1-2 теплових, 12-15 холодкових точок. Кожному подразнику відповідає свій специфічний вид шкірної чутливості.

При впливі на шкіру масажними прийомами подразнюються всі види рецепторів, але переважно стимулюються ті, які найбільш відповідають виду масажного прийому. Розмаїття дотикових відчуттів та якісні відмінності під час масажу залежать від багатьох факторів (Л.О. Кунічев, 1982):

1. Від сили впливу масажних прийомів: чим сильніше подразнення, тим значніший рецепторний потенціал, тим більше число імпульсів надходить у нервову систему.

2. Від швидкості впливу: чим більша швидкість, тим значніша сила відчуття тиску.

3. Від обширності ділянки впливу: найбільша деформація шкіри, а відповідно, й ефект тактильної чутливості відзначаються при тиску на дуже малі ділянки. При тиску на велику поверхню відчуття зменшується і проявляється переважно по краях натискування.

4. Від чутливості шкіри: найменша тактильна чутливість шкіри спостерігається по середній лінії ділянки спини. Якщо її прийняти за одиницю, то на інших ділянках шкіри чутливість до натискування буде такою:

- на животі 1,0;
- на грудях по середній лінії 1,39;
- на передній поверхні плеча 3,0;
- на тильній поверхні ступні 3,38;
- в ділянці променево-зап'ясткового суглоба 3,8;
- на лобі 7,54.

5. Від тривалості впливу: найбільш яскраво механічне подразнення відчувається шкірою при несподіваному впливі і менш гостро при тривалому.

Нервові закінчення (рецептори) являють собою периферійну частину шкірного аналізатора (рис. 3). Це закінчення відростків нейронів, тіла яких лежать у спинномозковому вузлі. Від спинномозкового вузла збудження поширюється по відростках, що входять до складу заднього корінця, в задні роги спинного мозку, а звідти – по висхідних шляхах у головний мозок. Тому зміни, які виникають на поверхні шкіри, впливають на стан центральної нервової системи, і навпаки, навіть незначні зміни в діяльності нервової системи проявляються на шкірі (І.П. Павлов, 1920).

Кожна ділянка шкіри зв'язана не тільки з певною ділянкою мозку, але і внутрішніми органами, кістками, м'язами, тобто, ділянки мозку, внутрішні органи, кістково-м'язова система мають на шкірі свої проєкційні зони. Ці зони відповідають певним дерматомам і підлягають закономірностям сегментарної будови тіла.

У 1883 році Г.А. Захар'їн та в 1889 році Н. Неад звернули увагу на наявність зон підвищеної шкірної чутливості, особливо до больових подразників, і виявили сегментарний зв'язок між захворюваннями внутрішніх органів та ділянками шкіри, в яких людина відчуває біль. Ці ділянки шкіри отримали назву: "зони Захар'їна-Геда" (рис. 3,14). Конфігурація, величина зони залежать від інтенсивності патологічного процесу, стану хворого, проведеного лікування. У центрі зони можна визначити точку максимальної чутливості, описану англійським вченим Мекензі (зони Мекензі).

У шкірі виділяють також близько 700 біологічно активних точок, вплив на які дає можливість досягнути оздоровчого та лікувального ефекту. Більшість з них була відома в глибоку давнину. На основі цих знань розроблено метод рефлексотерапії. Одним із методів впливу на біологічно активні точки є натискування пальцями – пальцеве чжень.

Шкіра перша сприймає подразнення, що наносяться масажем. Ефект від впливу масажу може бути прямим, в результаті безпосереднього впливу на шкіру, але в більшості випадків відповідна реакція залежить від складного рефлекторного механізму, що діє через нервову та ендокринну системи на весь організм.

Вплив масажу на шкіру такий:

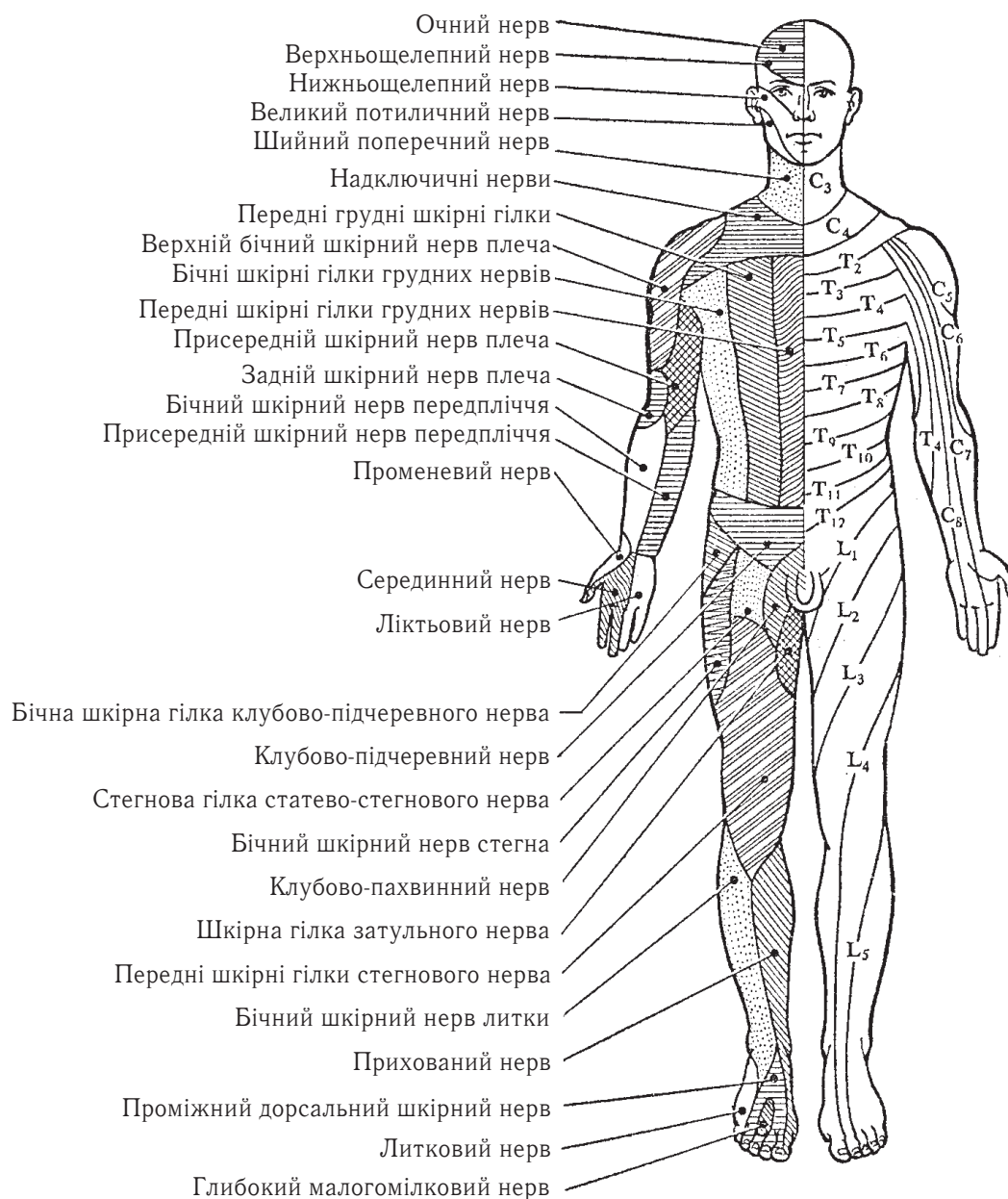
- під впливом масажу злущуються і видаляються змертвілі клітини епідермісу;

– масаж сприяє збільшенню припливу артеріальної крові до масажованої ділянки і навколишніх тканин, завдяки чому підвищується місцева температура, поліпшується живлення тканин, підсилюються ферментативні процеси;

– після масажу підвищується життєдіяльність тканин, покращуються еластичні властивості шкіри: вона стає більш еластичною, гладкою, що має косметичний ефект, сповільнює старіння шкіри;

– під впливом масажу збільшується відтік венозної крові та лімфи, що сприяє зменшенню набряків, застійних явищ не тільки в ділянці масажу, але і в місцях, розташованих ближче до периферії;

– масаж поліпшує видільну, дихальну, терморегулюючу функції шкіри. Підсилює виділення гістаміну, ацетилхоліну, прискорює перехід збудження з одних клітин на інші. Зменшує больовий синдром;



А

Рис. 3. Схема сегментарної та шкірної іннервації (А.П. Ромоданов та співавт., 1979): А – спереду.

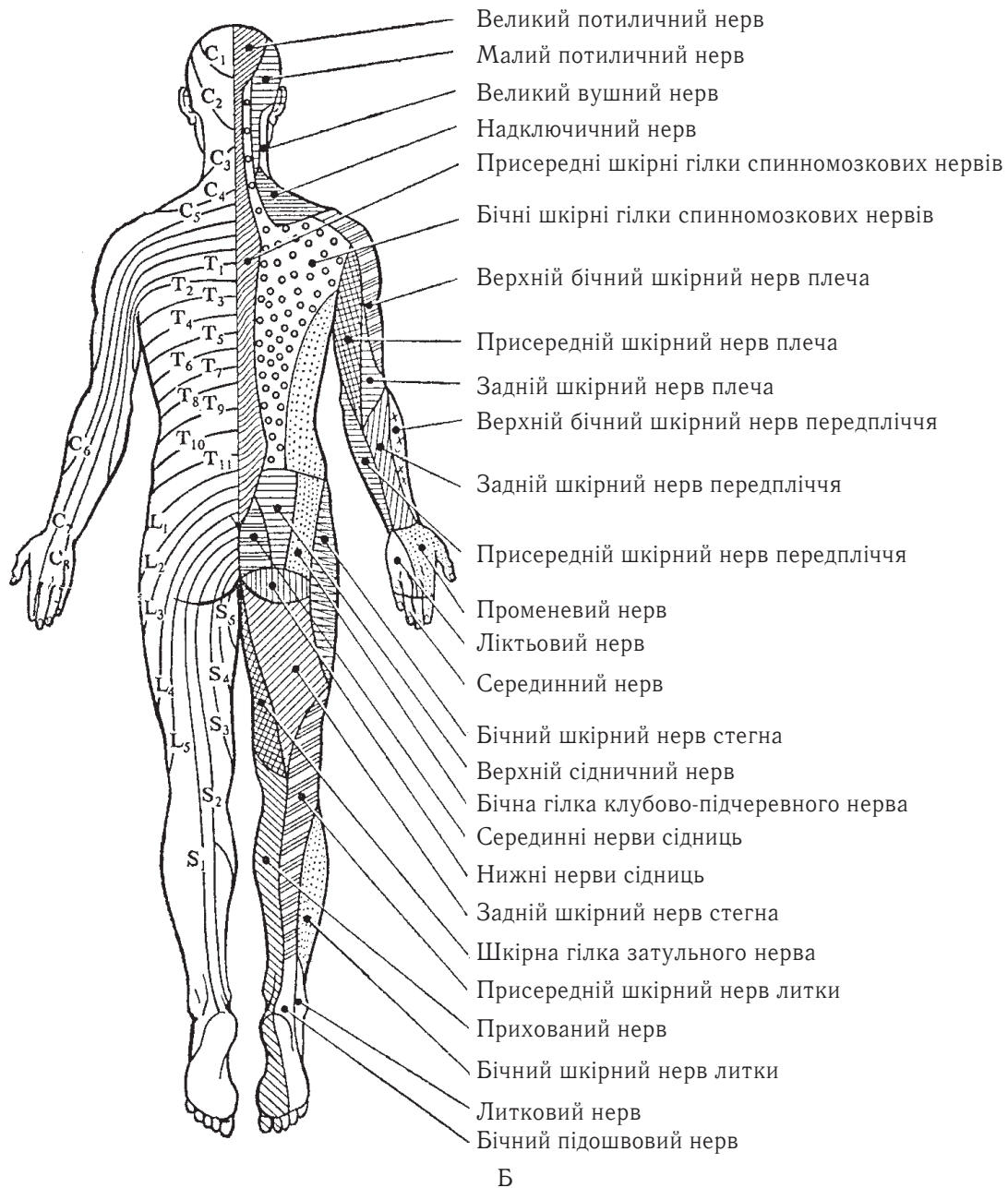


Рис. 3 (продовження). Схема сегментарної та шкірної іннервації (А.П. Ромоданов та співавт., 1979):
 Б – ззаду.

– впливаючи на численні нервові закінчення, закладені в шкірі, масаж сприяє нормалізації функціонального стану нервової системи. Залежно від поставлених завдань за допомогою індивідуально підібраної методики масажу можна досягнути як заспокійливого, так і тонізуючого впливу на нервову систему;

– масаж рефлексогенних зон Захар'їна-Геда та зон Мекензі сприяє нормалізації функціонального стану внутрішніх органів.

Вплив масажу на нервову систему

Вся нервова система являє собою єдине ціле, але для зручності вивчення її поділяють за топографією на центральну і периферійну, за функцією – на соматичну (довільну, анімальну)

та автономну (мимовільну, вегетативну). Соматична нервова система забезпечує зв'язок організму із зовнішнім середовищем. Її поділяють на центральну і периферійну (рис. 4). До центральної нервової системи відносять головний та спинний мозок. До периферійної нервової системи відносять нерви, які відходять від стовбурової частини головного мозку (черепні нерви) та спинного мозку (спинномозкові нерви). Черепних нервів дванадцять. Фізіологічно їх поділяють на три групи: I, II, VIII – нерви органів чуттів (нюху, зору, слуху і рівноваги); III, IV, VI, XI, XII – рухові нерви та V, VII, IX, X – змішані нерви. Спинномозкові нерви утворюються за рахунок поsegmentного злиття рухового черевного корінця та чутливого спинного корінця спинного мозку, утворюючи мішаний короткий спинномозковий нерв. Спинномозкових нервів є 31 пара: 8 шийних, 12 грудних, 5 поперекових, 5 крижових і 1 куприковий. Кожен із спинномозкових нервів, вийшовши з міжхребцевого отвору, розгалужується на дві мішані гілки: спинну та черевну. Спинні гілки іннервують шкіру потилиці, спини і частково

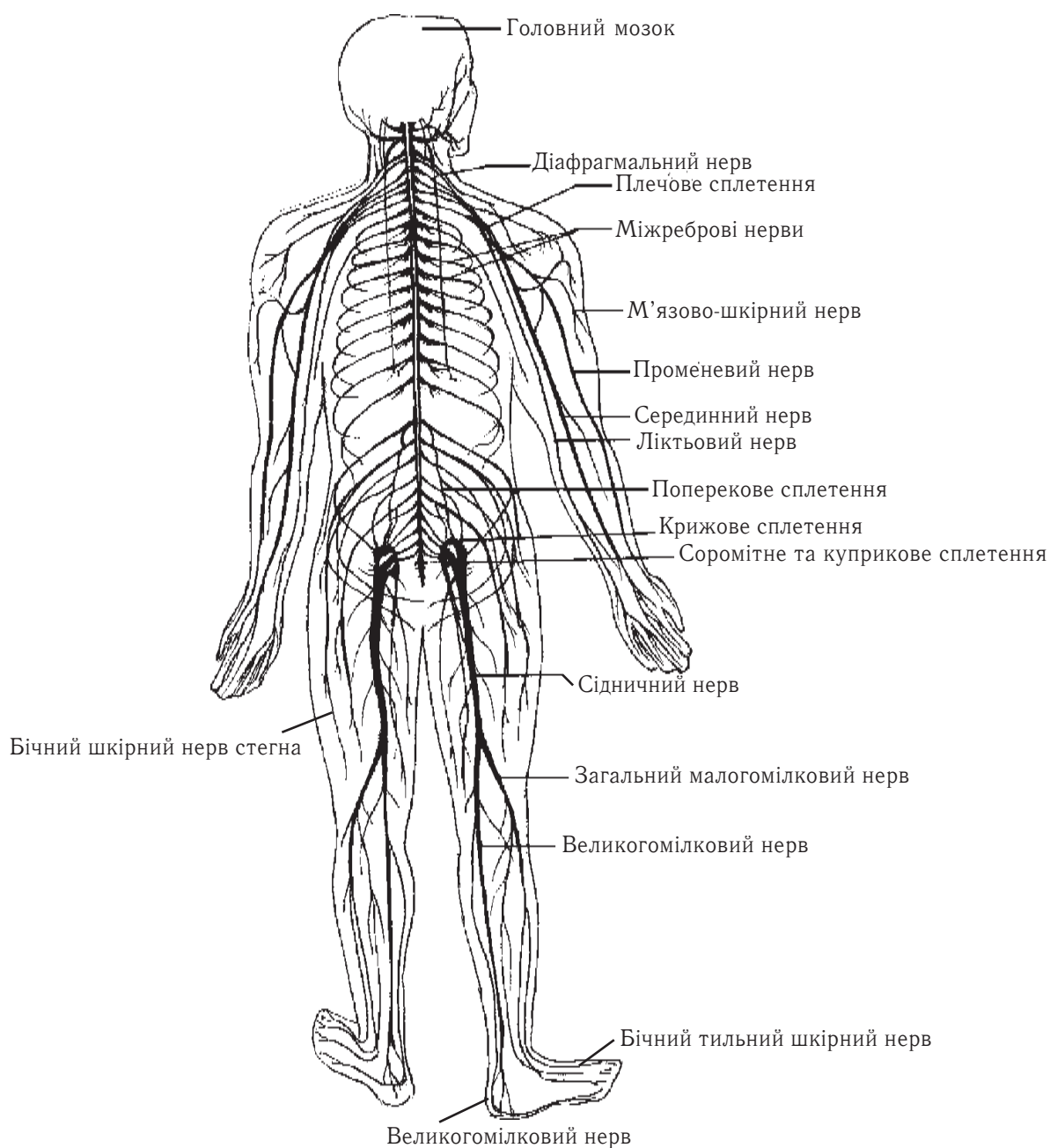


Рис. 4. Центральна і периферійна нервова система.

сідничної ділянки, а також власні м'язи потилиці та спини. Черевні гілки, об'єднуючись, утворюють сплетення: шийне, плечове, поперекове та крижове (рис. 5). Черевні гілки II-XI грудних нервів сплетень не утворюють, вони йдуть в міжребрових проміжках.

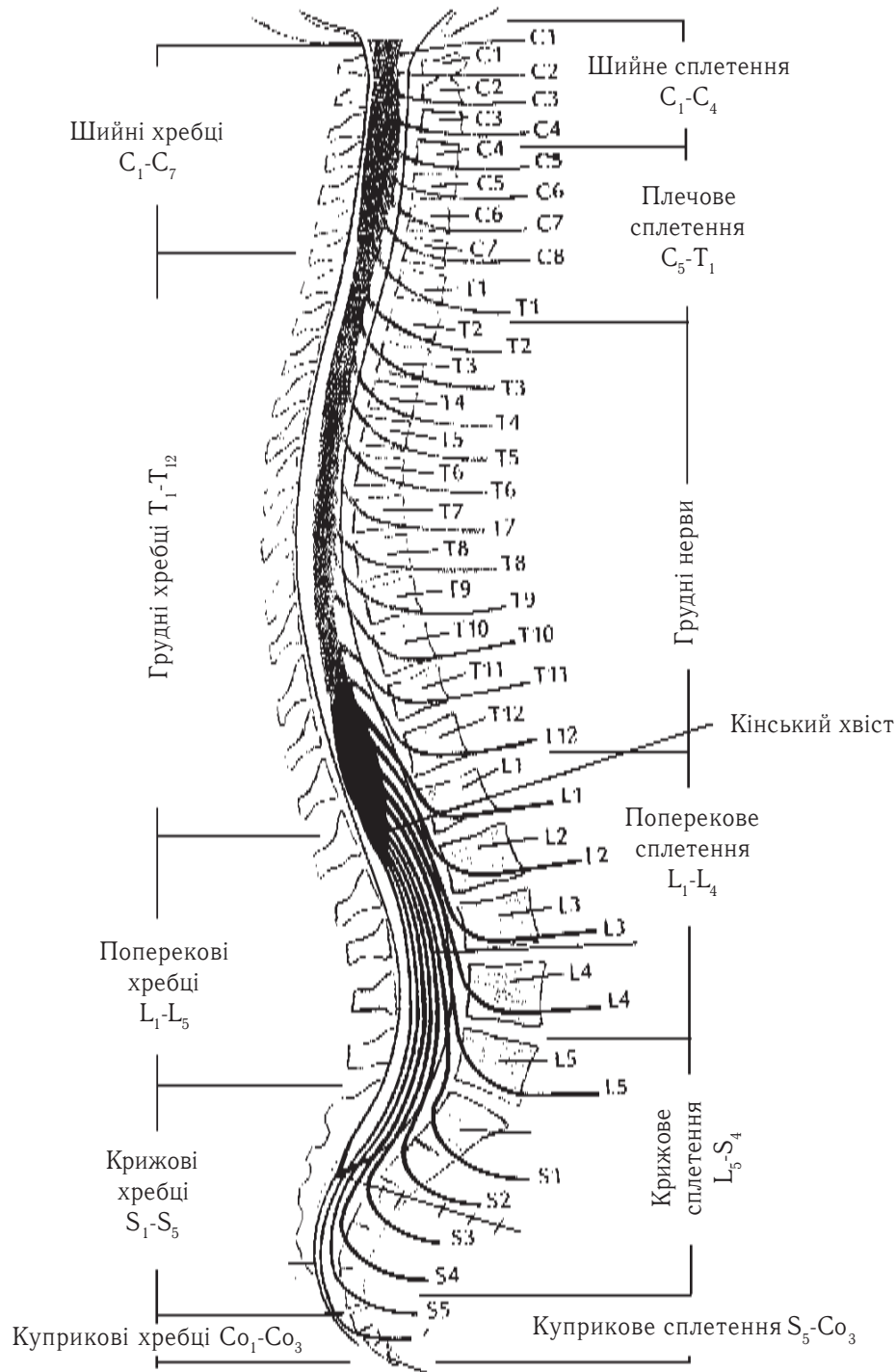


Рис. 5. Спинний мозок (вигляд збоку). Сплетення спинномозкових нервів.

Автономна (вегетативна) нервова система – це та частина нервової системи, що іннервує внутрішні органи (органи серцево-судинної системи, травного, дихального та сечостатевого апаратів, залози внутрішньої секреції), а також усі непосмуговані м'язи та залози організму, де б вони не містились (рис. 6). Функція вегетативної нервової системи полягає в пристосуванні

їх діяльності до постійно змінюваних потреб організму і майже не залежить від нашої свідомості. Свідомо впливати на зміни вісцеральних функцій вдається не кожній людині. За допомогою особливих методів тренувань йоги можуть досягнути здатності самовільно “керувати” діяльністю внутрішніх органів, наприклад, різко сповільнювати частоту серцевого ритму.

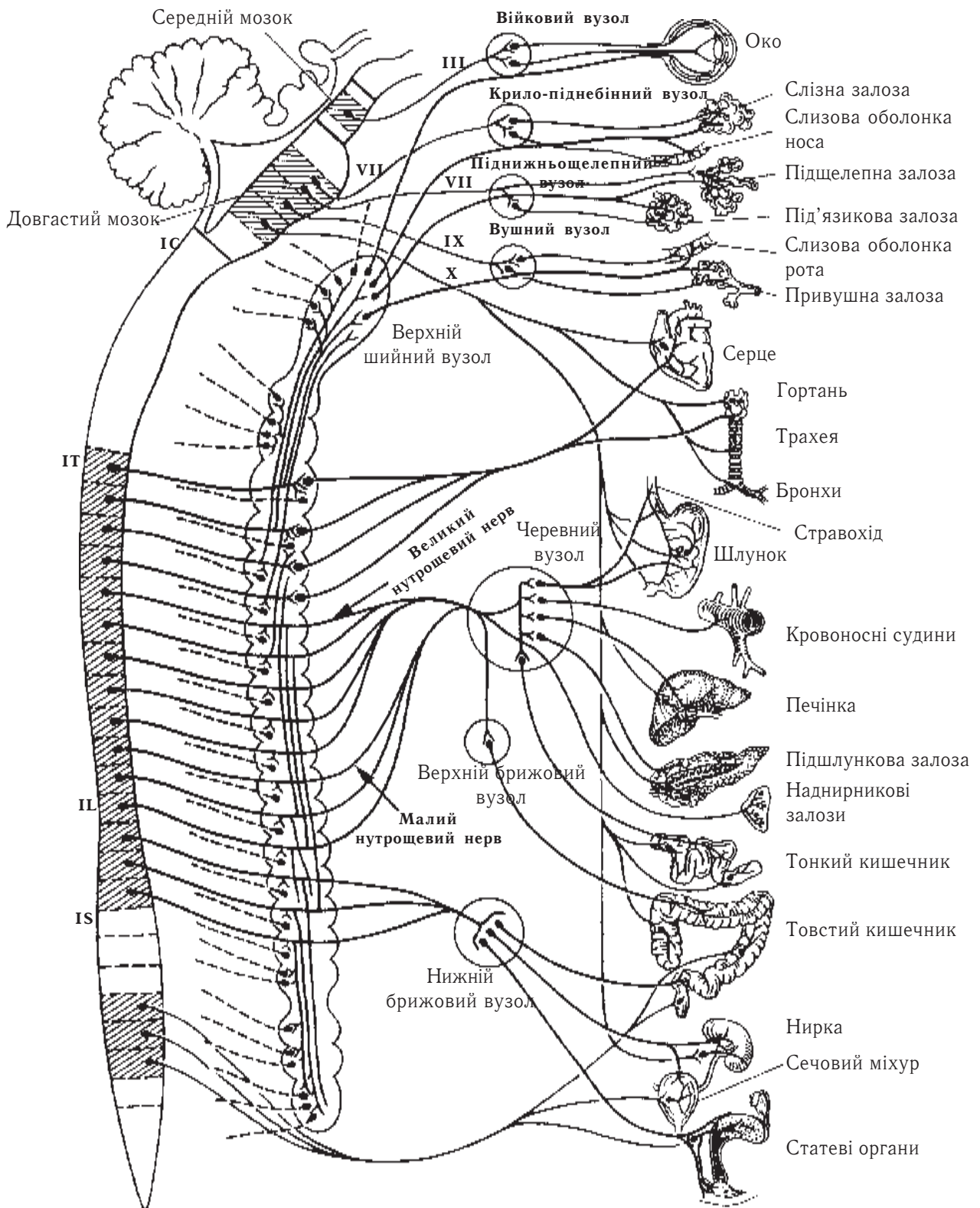


Рис. 6. Схема будови і зв'язків вегетативної нервової системи.

За будовою та функцією вегетативну нервову систему поділяють на симпатичну та парасимпатичну частини. Фізіологічна дія їх подається в таблиці 1.

Таблиця 1

Фізіологічна дія вегетативної нервової системи (О. Глезер, В.А. Даліхо, 1965)

Орган	Збудження симпатичного нерва	Збудження парасимпатичного нерва
Серце	Прискорює скорочення, розширює коронарні судини	Сповільнює серцеву діяльність, звужує коронарні судини
Судини	Звужує	Розширює
Бронхи	Розширює	Звужує
Стравохід	Розслаблює	Спазмує
Шлунок і кишечник	Гальмує перистальтику і функцію залоз	Стимулює перистальтику і функцію залоз
Сечовий міхур	Затримує сечовипускання	Вільне сечовипускання
Статеві органи	Звужує судини	Розширює судини (ерекція)
Зіниці	Розширює	Звужує
Очна щілина	Розширюється	Звужується
Слинні залози	Сприяє незначному виділенню в'язкої слини	Викликає виділення водянистої слини
Потові залози	Сприяє незначному виділенню липкого поту	Викликає виділення водянистого поту
Надниркові залози	Стимулює виділення адреналіну	Гальмує виділення адреналіну
Щитоподібна залоза	Стимулює секрецію	Гальмує секрецію

Симпатична ланка вегетативної нервової системи мобілізує життєдіяльність, обумовлює процеси дисиміляції та захисту, стимулює накопичення енергії та функцію органів, сприяє виникненню більш загальної реакції і може збуджуватись як єдине ціле. Парасимпатична ланка вегетативної нервової системи є ланкою самозбереження та захисту, обумовлює процеси асиміляції (засвоєння), гальмує функції органів, забезпечує накопичення енергії, викликає переважно місцеві реакції. У нормальних умовах обидві ланки намагаються зберегти функціональну рівновагу, яку визначають як вегетативний тонус. Останній характеризує стан людини, є його константою і відправним пунктом для всіх вегетативних функцій (О. Глезер, А.В. Даліхо, 1965) і основою для правильного призначення масажу.

Правильно призначений та виконаний масаж сприяє нормалізації функціонального стану вегетативної нервової системи та органів і систем, які підлягають її впливу.

Використовуючи диференційовані за формою, силою, тривалістю масажні маніпуляції, можна змінити функціональний стан кори головного мозку, зняти або підвищити загальну нервову збудливість, послабити високі і оживити втрачені рефлекси. Масаж поліпшує функціональну здатність центральної нервової системи, її регулюючу та координуючу функції, нормалізує біоелектричну активність кори головного мозку та мотонейронів спинного мозку.

Масаж сприяє нормалізації функціонального стану нервових центрів. Під нервовим центром (у функціональному відношенні) розуміють сукупність нейронів, розміщених на різних рівнях центральної нервової системи і об'єднаних виконанням якої-небудь однієї функції. Кожний центр має своє рецепторне поле, тобто ділянку шкіри, групу м'язів та ін., звідкіля до нього надходить інформація. Якщо через рецепторне поле стимулювати нервовий центр з оптимальною для нього частотою імпульсів короткочасно, то він перейде у стан збудження, що, відповідно, проявиться змінами стану тієї ділянки тіла, функцію якої забезпечує. Якщо ж кількість імпульсів буде значно більшою або вони будуть надходити тривалий час, то в нервовому центрі розвиватиметься гальмування, що носить назву "гальмування після збудження". Це зумовлено функціональними особливостями мембрани нейрона і властивостями міжнейронних синапсів, тобто місць передачі збудження з однієї нервової клітини на іншу. Таким чином, використання поверхневого масажу середньої тривалості сприяє підсиленню процесу збудження в нервових центрах, а використання більш глибокого тривалого масажу з поступовим збільшенням сили впливу сприяє розвитку гальмівних процесів.

Метамерні взаємозв'язки між внутрішніми органами і покривними тканинами тіла пояснюють можливість виникнення метамерних, сегментарно-рефлекторних реакцій в організмі. До таких реакцій належать вісцеро-вісцеральні, вісцеро-шкірні, вісцеро-моторні та інші рефлекси. Впливаючи прийомами масажу на рефлексогенні зони, багаті вегетативною іннервацією і зв'язані з шкірою метамерними взаємозв'язками, можна досягнути рефлекторного терапевтичного впливу на патологічно змінену діяльність різних тканин та внутрішніх органів. Для рефлекторного впливу на функціональний стан внутрішніх органів необхідно знати їх сегментарну іннервацію (табл. 2).

Таблиця 2.

Сегментарна іннервація внутрішніх органів (О. Глезер, В.А. Даліхо, 1965)

Орган	Спинномозкові сегменти
Легені та бронхи	C ₃ -C ₄ ; T ₃ -T ₉
Серце	C ₃ -C ₄ зліва; T ₁ -T ₆ зліва
Стравохід	T ₃ -T ₅ з обох боків
Тонкий кишечник	C ₃ -C ₄ ; T ₉ -T ₂
Висхідна кишка	T ₉ -L ₁
Пряма кишка	T ₁₁ -T ₁₂ ; L ₁ -L ₂
Апендикс	C ₃ -C ₄ ; T ₁₁ -T ₁₂ справа
Печінка, жовчний міхур	C ₃ -C ₄ ; T ₆ -T ₁₀ справа
Підшлункова залоза	C ₃ -C ₄ ; T ₇ -T ₉ зліва
Нирки, сечоводи	C ₄ ; T ₁₀ -L ₂
Сечовий міхур	T ₁₁ -L ₂ ; S ₂ -S ₄
Матка	T ₁₀ -L ₃
Яечник, придатки матки	T ₁₀ -L ₃
Яєчко	T ₁₂ -L ₃
Молочна залоза	T ₄ -T ₆
Шлунок	C ₃ -C ₄ ; T ₅ -T ₉ зліва

Примітка. С – шийні, Т – грудні, L – поперекові, S – крижові спинномозкові сегменти.

Високу ефективність має масаж при порушеннях рухових функцій, зумовлених захворюваннями центральної та периферійної нервової системи. Правильно підібраний та проведений масаж дає можливість знизити високий та підвищити знижений тонус м'язів, прискорити соціальну, трудову та психологічну реабілітацію хворих.

Необхідно пам'ятати, що структура і характер реакції організму на масаж кожного разу можуть бути різними, що залежить від співвідношення процесів збудження та гальмування в корі головного мозку, функціонального стану рецепторного поля, яке підлягає масажу, стану пацієнта, ділянки та методів масажу.

Механізм гуморального впливу масажу на організм

Тепло, що утворюється в тканинах під час масажу, збуджує температурну рецепторну систему. Збудження передається у судиноруховий центр, розміщений у довгастому мозку, а потім, переходячи на симпатичні судинозвужувальні нерви, викликає рефлекторну зміну просвіту судин.

Механічний вплив на тканини сприяє утворенню у шкірі хімічно активних продуктів розпаду різних речовин. До них в першу чергу відносять гістамін та ацетилхолін. Гістамін та гістаміноподібні речовини розносяться з течією крові та лімфи, стають подразниками хеморецепторів судин, впливаючи на весь організм в цілому. Крім цього, гістамін впливає на надниркові залози, сприяючи підвищенню концентрації адреналіну в крові, що відіграє важливу роль в мобілізації адаптивних захисних сил організму. Ацетилхолін під впливом масажу

переходить в активний стан, що сприяє посиленню медіаторної функції в холінергічних синапсах, збільшенню швидкості передачі нервового збудження з однієї нервової клітини на іншу і з них на м'язи, поліпшенню м'язової діяльності.

Вплив масажу на лімфатичну систему

Внутрішнім середовищем для всіх клітин організму є тканинна рідина, через яку здійснюється обмін речовин між кров'ю і тканинами. Лімфообіг разом з кровообігом обумовлює постійне оновлення тканинної рідини, що відіграє значну роль в обміні речовин у клітинах всього організму.

Лімфатична система являє собою систему лімфатичних капілярів, лімфатичних судин, лімфатичних вузлів та проток (рис. 7). До лімфатичної системи відносять поодинокі та групові лімфатичні фолікули у стінках травного каналу та мигдалики – язиковий, трубні, піднебінні, глоткові, а також селезінку. На сучасному етапі розвитку морфології і фізіології вищевказані утвори, а також загруднинну залозу і червоний кістковий мозок об'єднують в імунну систему, яка забезпечує цілісність та сталість внутрішнього середовища організму протягом всього життя.

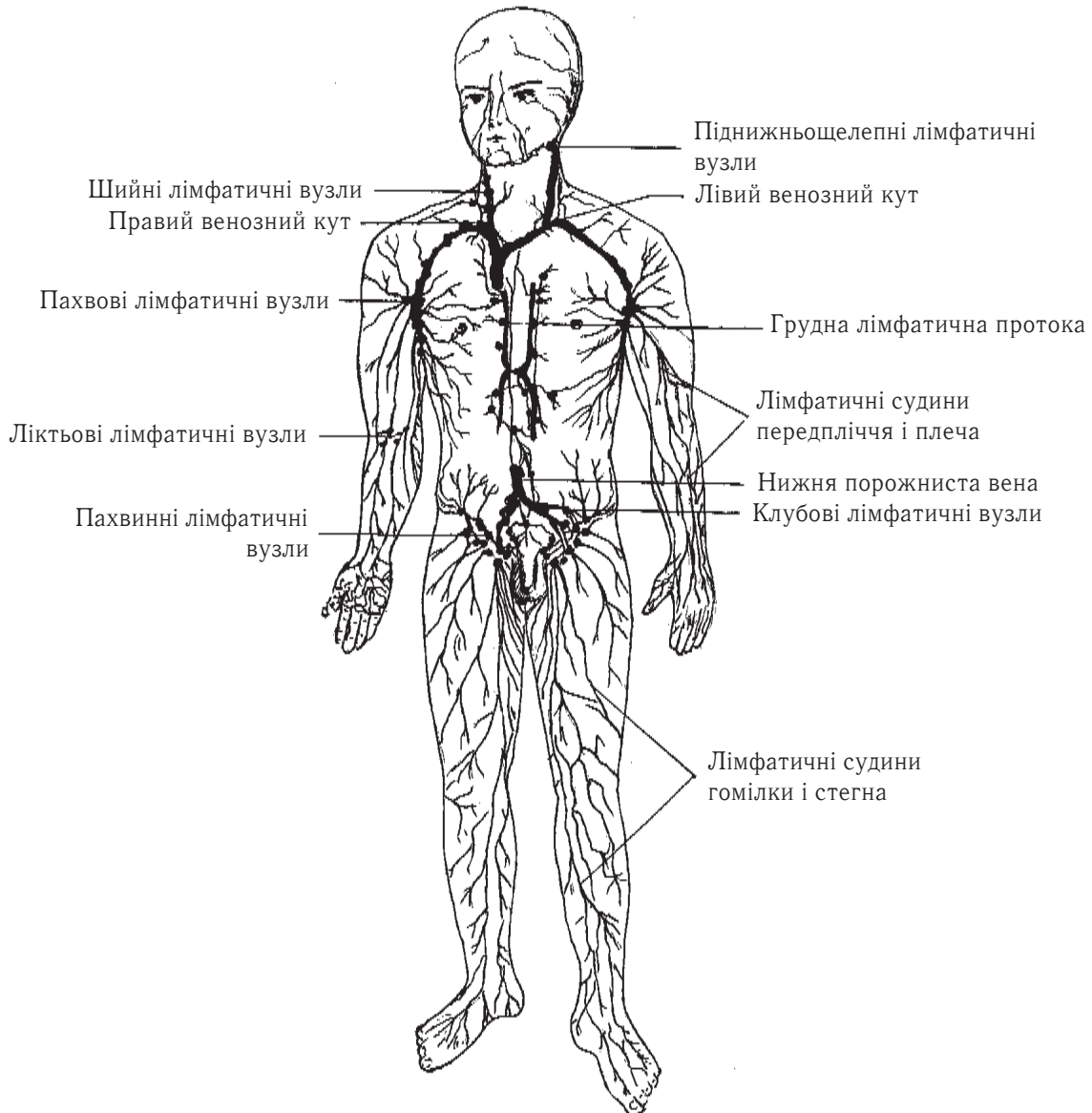


Рис. 7. Лімфатична система.

Процес лімфообігу починається з утворення тканинної рідини кровеносними капілярами і тканинами органів, куди надходять продукти обміну клітин. Проникаючи в просвіт лімфатичних капілярів, тканинна рідина змінює свій хімічний склад, збагачується форменими елементами і таким чином перетворюється у лімфу. За своїм якісним складом лімфа відповідає плазмі крові. Перехід лімфатичних капілярів у лімфатичні судини визначається наявністю в останніх клапанів, які забезпечують течію лімфи в одному напрямку: від тканин до серця. У патологічно змінених судинах розвивається недостатність клапанів, що може зумовити ретроградний (зворотний) рух лімфи. Швидкість лімфотоку залежить від скоротливої здатності стінки судин, енергії лімфоутворення, різниці осмотичного тиску між тканинною рідиною та лімфою.

Переважає більшість лімфатичних судин проходить через ряд вузлів, розміщених найчастіше в місцях, де вони підлягають дії м'язів, торкаються пульсуючих артеріальних стовбурів, що прискорює лімфотік. Функціональне значення лімфатичних вузлів визначається їх участю в процесі кровотворення та імунологічному захисті, що зумовлено фагоцитарною діяльністю ретикулоендотеліальних клітин. Лімфатичні вузли є активним біологічним та механічним фільтром, де лімфа очищується від продуктів розпаду та токсичних речовин. Механічна фільтрація здійснюється завдяки своєрідній архітектурі шляхів, по яких лімфа проходить через вузол. Вони ніжні, легко травмуються, тому масажувати лімфатичні вузли не рекомендують.

З лімфатичних вузлів по магістральних лімфатичних протоках лімфа надходить у венозні судини грудної порожнини. Рух лімфи по тканинах і судинах відбувається дуже повільно. Вся лімфа проходить через грудну лімфатичну протоку всього шість разів за добу, в той час, як повний кровообіг здійснюється за 20-25 с. Послаблення течії лімфи призводить до погіршення живлення тканин, застою лімфи, виникнення набряків. Лімфотік прискорюється завдяки присмоктувальній дії грудної клітки, особливо під час вдиху, скороченню м'язів при виконанні активних та пасивних рухів, під час масажу.

Масажні рухи проводять звичайно за ходом лімфотоку, до найближче розміщених лімфатичних вузлів. Такі напрямки носять назву масажних ліній (рис. 8) чи масажних напрямків.

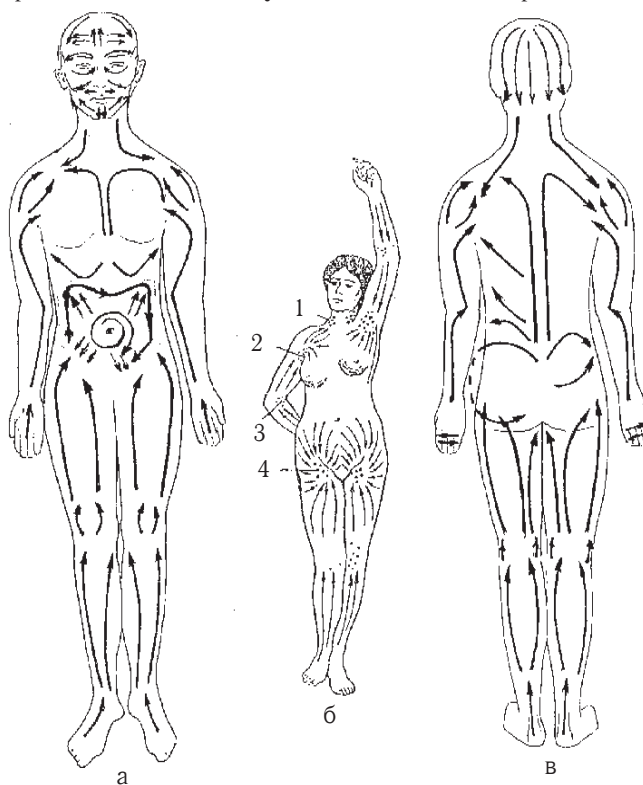


Рис. 8. Схема розміщення груп регіональних лімфатичних вузлів та напрямку руху лімфи по них (б): 1 – шийні лімфатичні вузли; 2 – пахвові лімфатичні вузли; 3 – ліктьові лімфатичні вузли; 4 – пахвинні лімфатичні вузли. Напрямок масажних рухів на передній (а) та задній (в) поверхнях тіла.

На волосистій частині голови масаж проводиться від тім'я до лімфатичних вузлів потилиці, вух, шиї. При масажі обличчя – від серединної частини обличчя до підщелепних лімфатичних вузлів. На шиї – зверху вниз, від потиличних ділянок до над- та підключичних, пахвових лімфатичних вузлів.

У ділянці тулуба межею лімфоподілу є поясна лінія, яка з'єднує клубові гребені. На передній, бічній та задній поверхнях тулуба вище поясної лінії масажні рухи здійснюються в напрямку підключичних та пахвових лімфатичних вузлів. Ділянки тулуба нижче поясної лінії масажуються в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів.

На верхній кінцівці, відповідно до ходу лімфи, тильну та долонну поверхні пальців необхідно масажувати у поперечному напрямку, всі інші відділи – в кінцевому результаті – до пахвових і підключичних лімфатичних вузлів. На нижніх кінцівках напрямок масажних рухів аналогічний верхнім кінцівкам.

При масажі стискаються лімфатичні судини. Це, з одного боку, поліпшує процес лімфотворення за рахунок збільшення фільтраційного тиску й активації процесу обміну речовин у тканинах, що призводить до збільшення кількості лімфи, з другого – прискорюється рух лімфи за рахунок підсилення відсмоктування лімфи з тканин і скорочення м'язів. Експериментально доведено, що під впливом масажу відбувається прискорення лімфотечії, кількість лімфи, яка витікає з ділянки масажу, збільшується у 6-8 разів.

Таким чином, прискорюючи рух лімфи та процеси її утворення, масаж збільшує приплив поживних речовин до тканин масажованої ділянки, звільнює клітини від продуктів обміну та токсичних речовин, сприяє зменшенню набряків, підвищує імунітет.

Вплив масажу на серцево-судинну систему

Життя людини залежить від безперервного постачання необхідних речовин та виведення продуктів обміну. Цю функцію виконує серцево-судинна система (рис. 9). До неї належать серце, діяльність якого зумовлює рух крові, та судинна система, яка поділяється на кровоносну і лімфатичну. Кровоносні судини, залежно від будови стінок та напрямку руху крові в них відносно серця, поділяються на артерії та вени. Артерії – це судини, по яких кров під значним тиском тече від серця. Частина кровоносної системи, по якій кров під незначним тиском тече до серця, називається венозною, а судини венами. Існує надзвичайно велика кількість уроджених та набутих захворювань серця, артеріальних та венозних судин. Для лікування більшості з них використовується масаж.

Вплив масажу на серцево-судинну систему здійснюється нервово-рефлекторним, гуморальним та механічним шляхами. Це проявляється перш за все розширенням судин та збільшенням кількості функціональних капілярів. Krogh (1922) показав, що під впливом масажу в м'язі число розкритих капілярів на 1 мм² поперечного розрізу збільшується з 31 до 1400, а загальна місткість капілярів зростає у 140 і більше разів. На стан судинних стінок впливають хімічні речовини, що появляються в крові в процесі масажу (адреналін, гістамін, гістаміноподібні речовини, ацетилхолін, аденозинтрифосфорна кислота та ін.). Увесь складний комплекс, що відбувається під час масажу і впливає на кровообіг, координується центральною нервовою системою, яка регулює не тільки величину просвіту судин, але і проникність стінок капілярів, змінюючи обмін між кров'ю та тканинами навіть у ділянках, віддалених від місця масажу.

У результаті активного відкриття капілярів прискорюється рух крові по артеріях та венах, що полегшує роботу серця, знижує навантаження на міокард. Поліпшення кровопостачання серцевого м'яза сприяє підвищенню його скоротливої здатності.

Масаж сприяє нормалізації артеріального тиску. При правильно підібраній ділянці та методиці масажу знижується підвищений і підвищується знижений артеріальний тиск.

Під впливом масажу нормалізується функціональний стан вегетативної нервової системи, що сприяє нормалізації церебральної та периферійної гемодинаміки.



Рис. 9. Кровоносна система.

Масаж комірцевої зони викликає сповільнення ритму серцевої діяльності, а живота – його частішання. Масаж рефлексогенних зон ділянки серця зменшує серцевий больовий синдром, сповільнює прискорений ритм серцевої діяльності, знижує чутливість шкірних рецепторів до больових подразників, сприяє підсиленню гальмівного впливу центральної нервової системи.

Вплив масажу на м'язи

За визначенням І.М. Сеченова (1866), вся різноманітність вищих проявів мозкової діяльності в кінцевому результаті завжди приводить до одного явища – м'язового руху. Рух є складним актом діяльності організму і здійснюється за механізмом рефлексу рядом ланок, об'єднаних під назвою “руховий апарат”. Він включає скелетні м'язи, сукупність нейронів, розміщених на різних рівнях центральної нервової системи, з їх нервовими волокнами, кістки скелета, суглоби, зв'язки.

М'яз, як і кожний орган, побудований з багатьох тканин, основою яких є м'язова. До складу м'яза входять також сполучна тканина, судини та нерви. За мікроскопічною будовою м'язову тканину поділяють на скелетну (поперечносмугасту, посмуговану), гладку (непосмуговану) та серцеву посмуговану. Посмугована (довільна) м'язова тканина забезпечує як статичну діяльність, фіксуючи тіло в певному положенні, так і динамічну, забезпечуючи переміщення тіла у просторі, зміну положення окремих частин тіла одна відносно одної, зміну розмірів порожнин тіла (при диханні), зміну положення і напрямку складок шкіри тощо. Непосмугована (мимовільна) м'язова тканина входить до складу м'язових оболонок травного апарату (за винятком верхньої частини стравоходу), бронхів, сечового міхура, сечоводів, сім'яносних проток, матки, стінок кровоносних судин тощо.

Масажним впливам підлягають переважно посмуговані м'язи (рис. 10). Про них масажистам необхідно пам'ятати таке.

Залежно від розміщення м'язів щодо скелета їх поділяють на скелетні, суглобові та шкірні. За формою вони бувають веретеноподібні, квадратні, трикутні, колові, хрестоподібні тощо (рис. 11). За розмірами – довгі, короткі та широкі.

У більшості м'язів розрізняють черевце – найтовщу і найширшу частину та кінці (головка та хвіст). Кожен з кінців м'яза переходить у міцний сполучнотканинний утвір – сухожилок, яким м'яз прикріплюється до кісток.

За функцією всі м'язи розподіляються на згиначі та розгиначі, відвідні і привідні, привертачі та відвертачі, а також м'язи-стискачі. Відповідно до цього м'язи, що здійснюють той або інший рух, поділяють на: агоністи, антагоністи, синергісти та фіксатори. Агоніст – це м'яз чи група м'язів, які виконують необхідний рух, антагоніст – м'яз чи кілька м'язів, що протидіють цьому. Синергісти – м'язи, що сприяють агоністам, а фіксатори – ті, які виключають з руху частину скелета, не потрібну для його виконання. Кожен з м'язів людини може бути спочатку агоністом, потім синергістом і навпаки. Необхідно пам'ятати, що підвищення тонусу одних м'язів (згиначів, відвідних, привідних) зумовлює розтягнення їх антагоністів (розгиначів, відвідних, відвертачів і т.д.). Тому при проведенні масажу кожну з груп м'язів необхідно масажувати диференційовано.

Скелетний м'яз – не тільки орган руху, але і своєрідний орган відчуття. Закладені в ньому механорецептори (пропріорецептори) – м'язові веретена та сухожилкові тільця Гольджи – збуджуються при скороченні та розтягненні і посилають свої сигнали в центральну нервову систему. Інформація від пропріорецепторів відіграє важливу роль в координації (узгодженні) рухів, у підтримці м'язового тонусу і пози, а також у здійсненні тонізуючих впливів на кору великих півкуль мозку. Кора сприймає інформацію, сумує, аналізує і при необхідності коректує стан м'язів. Перерозтягнені чи напружені м'язи подають у кору патологічну імпульсацію. Якщо цей стан тривалий (як, наприклад, при сколіозах), то тривала патологічна імпульсація призводить до порушення функціонального стану всіх рівнів відповідних нервових центрів.

Функціональною одиницею нервово-м'язового апарату є нейромоторна, або рухова, одиниця, до складу якої входить мотонейрон та іннервована ним група м'язових волокон. Невеликий м'яз містить десятки рухових одиниць, великий – сотні. Чим більше нейромоторних одиниць буде захоплено в дію і чим частіше вони будуть збуджуватись, тим більша буде сила м'язового скорочення і навпаки. Почергова робота нейромоторних одиниць забезпечує підтримку м'язового тонусу.

Тонус скелетних м'язів – незначне постійне мимовільне напруження м'язів, яке зберігається навіть у стані спокою. Тонус м'язів залежить не тільки від активності рухових одиниць, мотонейрони яких активуються впливом з боку вищерозміщених моторних центрів та периферійних рецепторів, але і від їх власного стану: еластичності, щільності, умов кровопостачання, стану водно-сольового обміну в організмі. Людина здатна свідомо регулювати тонус м'язів, особливо після спеціальних тренувань. Тонус м'язів мимовільно підвищується після тяжкої фізичної праці, психоемоційних напружень. Тонус м'язів змінюється при окремих захворюваннях: так, при центральному паралічі він підвищується, при периферійному – знижується.

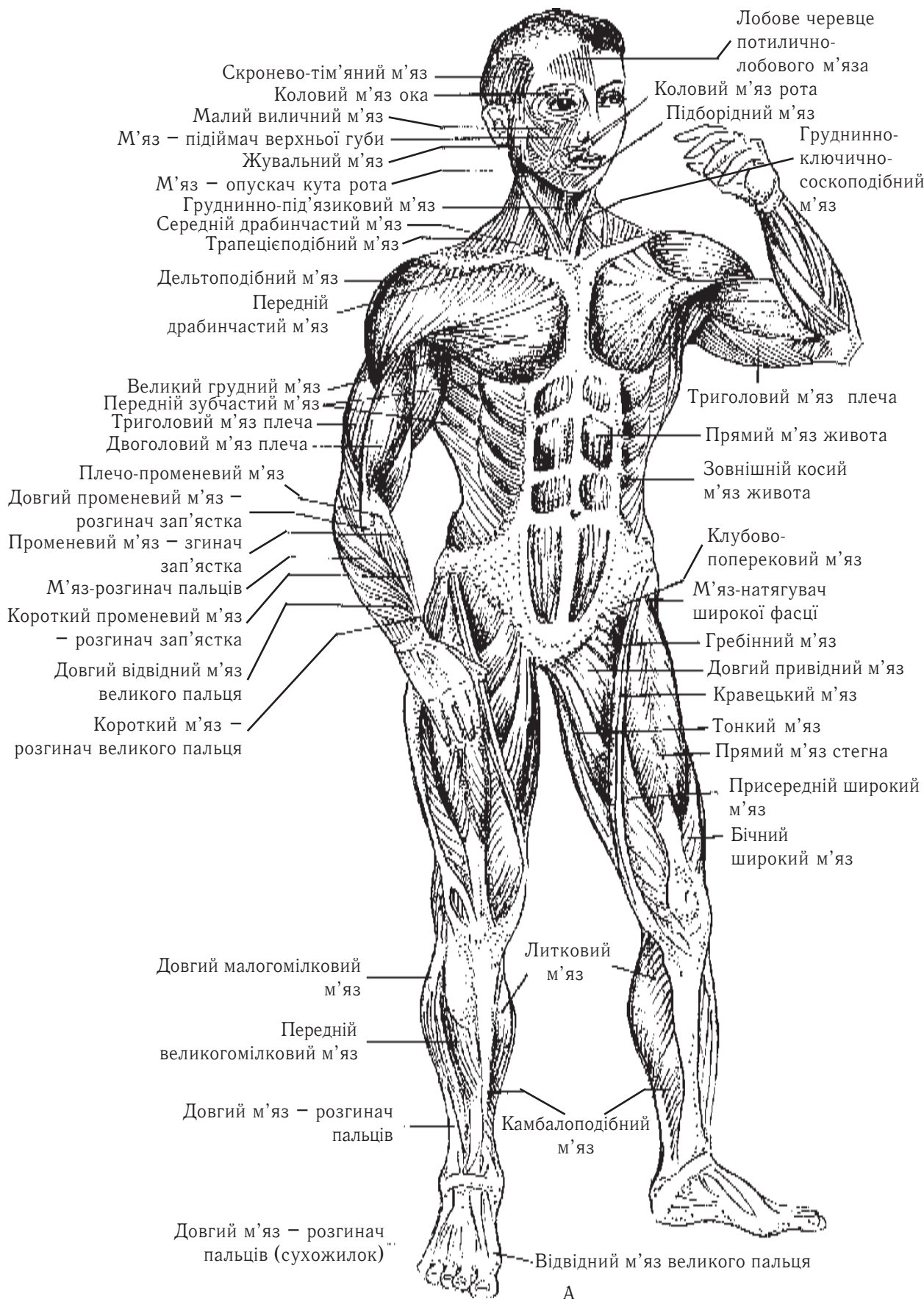


Рис. 10. М'язи тіла людини: А – вигляд спереду.

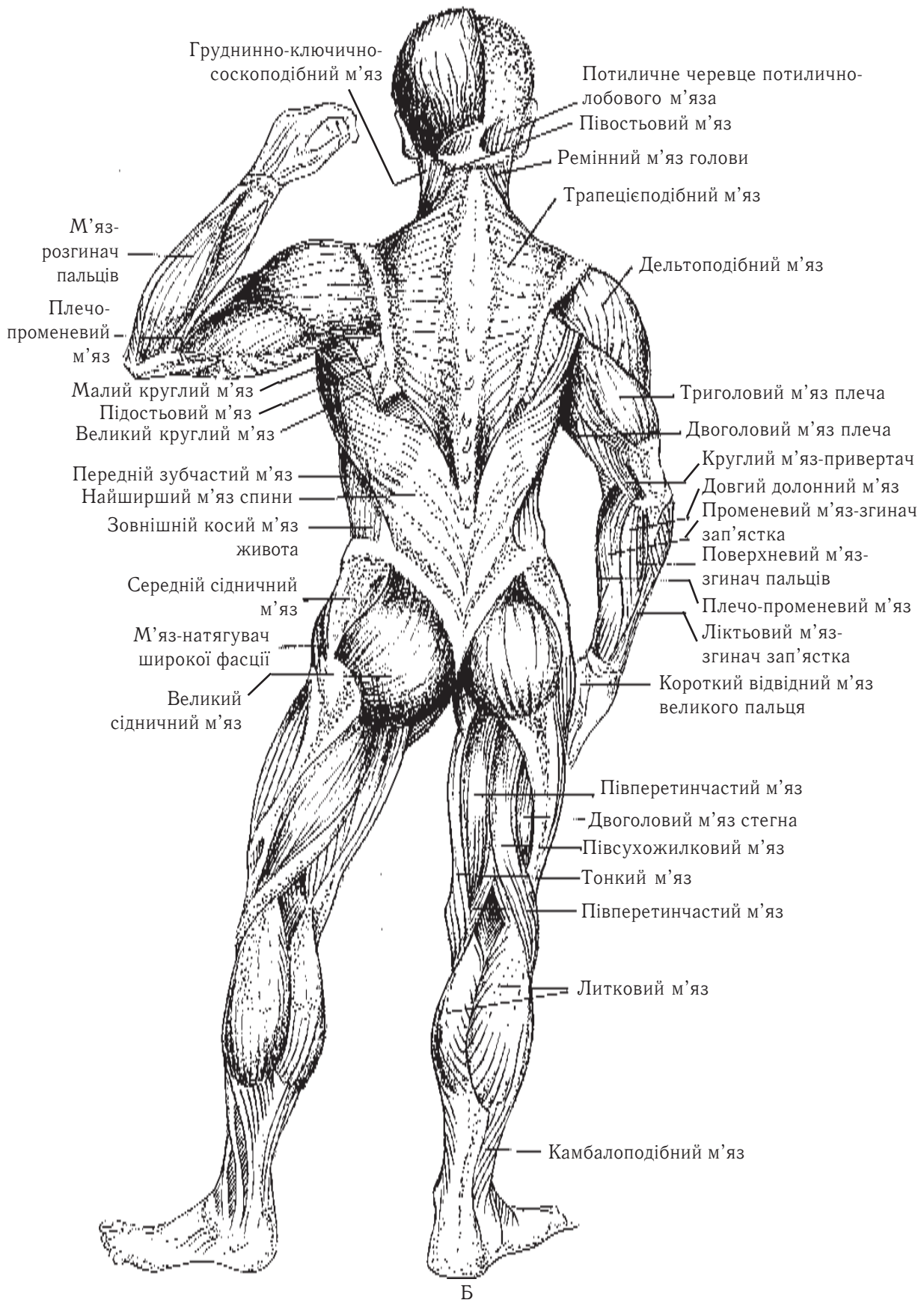


Рис. 10 (продовження). М'язи тіла людини: Б – вигляд ззаду.

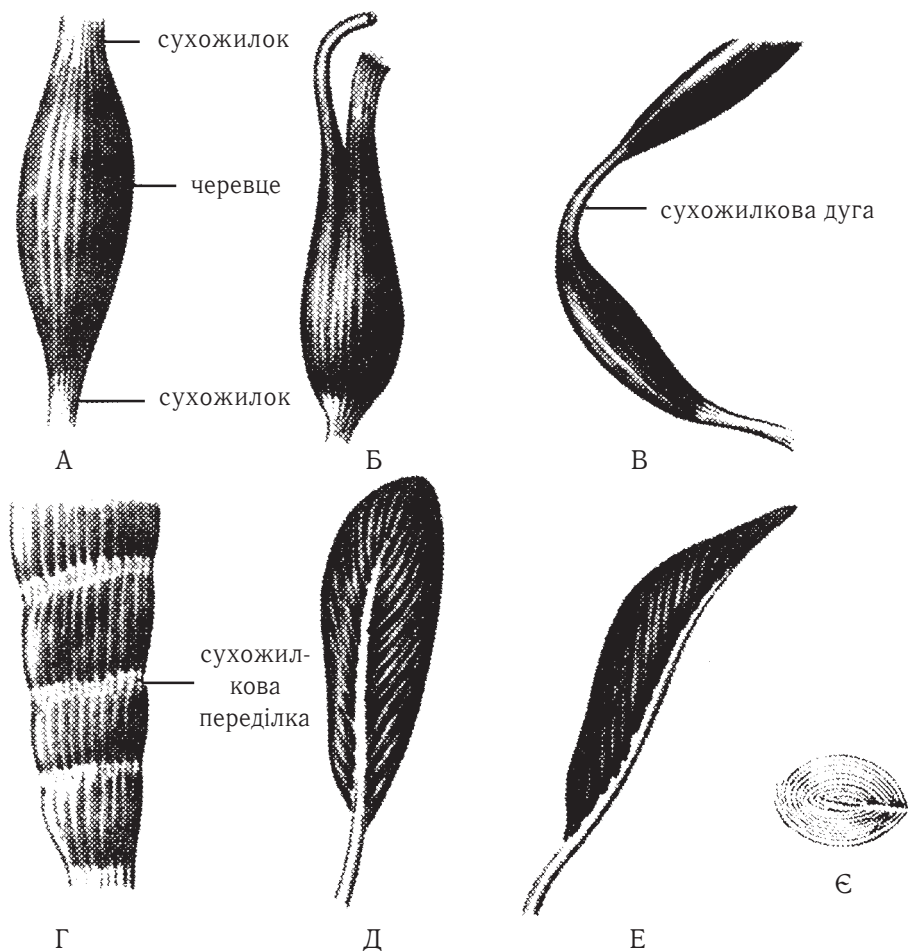


Рис. 11. Форма м'язів та напрямок м'язових пучків: А – веретеноподібний м'яз; Б – двоголовий м'яз, В – двочеревцевий м'яз, Г – м'яз з сухожилковими переділками; Д – двоперистий м'яз, Е – одноперистий м'яз, Є – коловий м'яз.

Скоротливим механізмом м'язового волокна є міофібрили, які проходять від одного кінця волокна до іншого. Міофібрили складаються з білків актину та міозину. При збудженні м'язового волокна відбувається взаємодія між ними, в результаті чого виникає механічне напруження, що зумовлює скорочення волокна.

Скоротливий механізм запускається в дію електричними процесами, що відбуваються на поверхневій мембрані м'язових клітин. Різниця потенціалів між зовнішньою та внутрішньою поверхнями мембрани в стані спокою отримала назву потенціалу спокою. При подразненні клітини (в тому числі під час масажу) відбувається перезарядка (зміна зарядів) мембрани, що призводить до зміни її проникності. Явище зміни потенціалу спокою отримало назву потенціалу дії. Так виникає збудження у м'язовій клітині, яке з допомогою хімічних речовин (медіаторів) передається з однієї частини м'язового волокна на іншу і через синапси по аферентних шляхах у центральну нервову систему (рис. 12).

Електричні явища на мембрані м'язової клітини призводять до цілого ряду хімічних процесів, важливішим з яких є розщеплення аденозинтрифосфорної кислоти (АТФ), що є безпосереднім джерелом енергії для м'язового скорочення. Тобто, в процесі розпаду АТФ відбувається перетворення хімічної енергії в механічну, що супроводжується скороченням м'язів та виділенням тепла.

Аналізуючи вищесказане, можна зрозуміти, що явища зміни потенціалу мембрани клітин, тобто електричні явища та хімічні процеси, які при цьому виникають, значною мірою залежать від сили, швидкості, тривалості подразнення клітин, які ми можемо змінювати, підбираючи відповідні методи масажу.

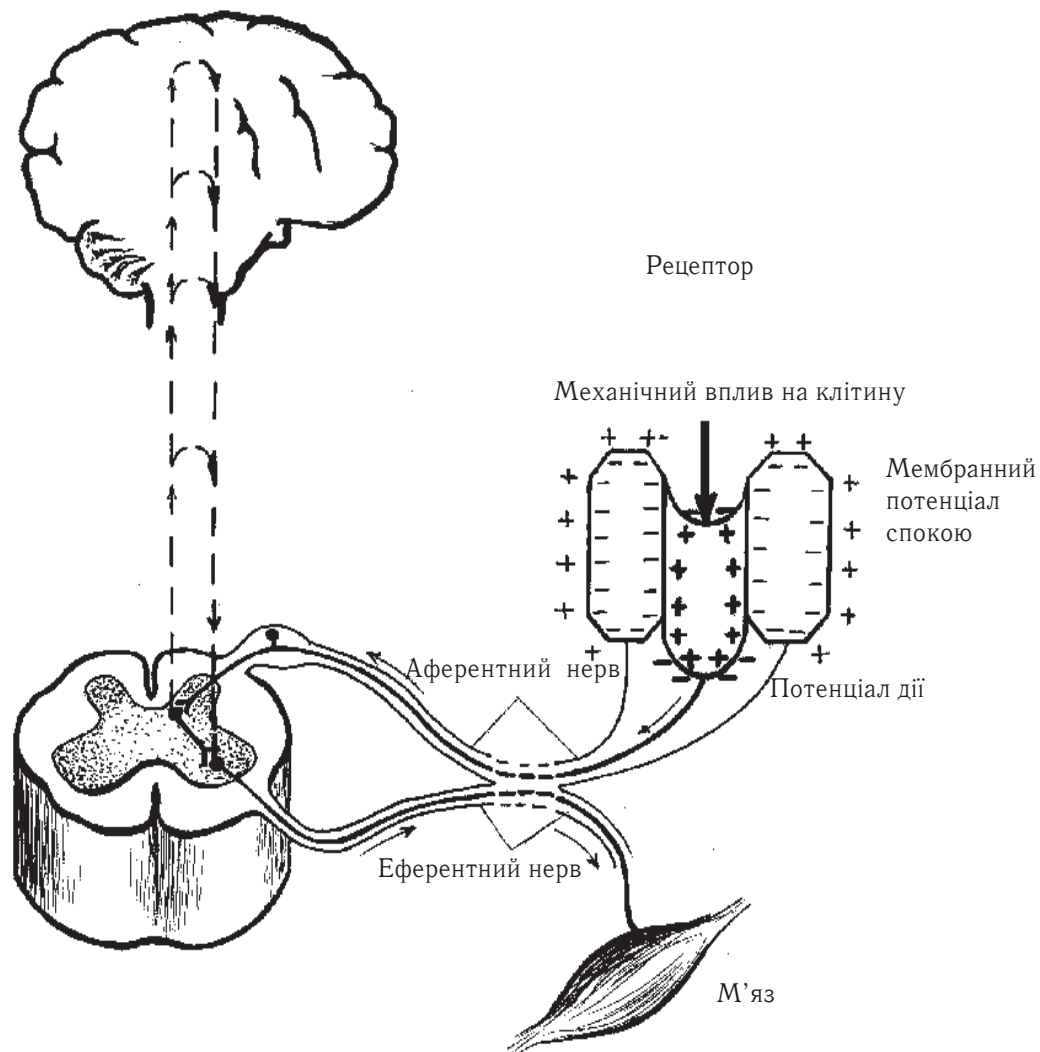


Рис. 12. Схема перетворення механічної енергії масажних маніпуляцій в енергію нервового збудження та виникнення безумовного рефлексу.

Зовні збудження м'яза проявляється його скороченням. Якщо подразнення надходять рідко – виникає поодинокі скорочення, після якого м'яз встигає розслабитися. Якщо подразнення надходять так часто, що м'яз не встигає розслабитися після попереднього скорочення, настає стан тривалого скорочення м'яза – тетанус (заціпеніння), що призводить до порушення кровопостачання в ньому. В першу чергу при цьому страждають ті відділи м'яза, де кровопостачання в звичайних умовах зменшене (брадитрофні тканини), – це місця початку та прикріплення м'язів. При їх пальпації визначаються ущільнення та болючість, які при сильнішому натискуванні ще збільшуються, але зникають під час наркозу.

Тривале м'язове ущільнення з часом може перейти в міогельоз (затвердіння). Міогельози щільніші від ділянок з гіпертонусом, вони не змінюють своєї консистенції при сильнішому натискуванні, не зникають під час наркозу.

М'язи, поряд зі скоротливістю, мають здатність до розтяжності та еластичності, тобто властивість набувати своєї попередньої форми після припинення дії сил, що викликали її деформацію. Ця здатність зумовлює постійне мимовільне напруження – тонус. У міру свого тонусу м'язи є пружними і чинять опір розтягненню.

Після розтягування м'язи, завдяки своїй в'язкості не зразу повертаються до свого вихідного стану, а поступово. Вона зумовлена внутрішнім тертям частин м'язової тканини. При підвищенні

температури в'язкість зменшується, при пониженні – підвищується. В'язкість м'язів заважає ефективним м'язовим скороченням, тому при спортивних заняттях і змаганнях бажано розігрівати м'язи фізичними вправами та масажем.

Стан розслаблення м'язів – обов'язкова умова ефективного проведення масажних маніпуляцій. Розслаблений стан м'яза спостерігають у тому випадку, коли місця його прикріплення наближені і відсутній будь-який опір. Найбільш повне розслаблення м'язів кінцівок настає тоді, коли суглоби кінцівки зігнуті під певним кутом. Таке положення названо середнім фізіологічним положенням. При цьому тонус м'язів-агоністів, синергістів та антагоністів урівноважений (рис. 13).

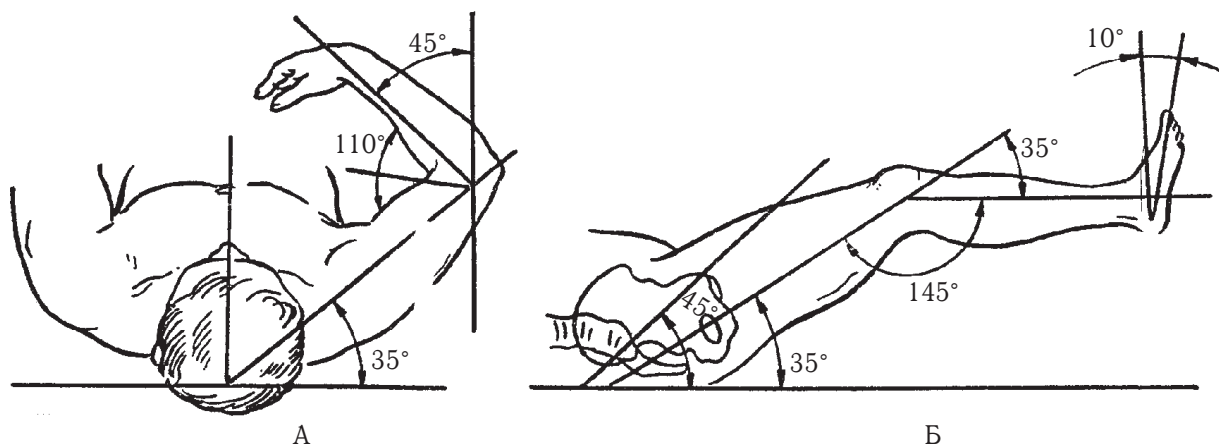


Рис. 13. Середнє фізіологічне положення: А – верхньої кінцівки; Б – нижньої кінцівки.

Для м'язів верхньої кінцівки середньфізіологічне положення буде:

- в положенні лежачи на спині – плече відведене від тулуба на 45° , передпліччя зігнуте в ліктьовому суглобі під кутом 110° , кисть зігнута в променево-зап'ястковому суглобі під кутом 9° , дещо відведена в ульнарному напрямку під кутом 15° , пальці напівзігнуті;
- в положенні пацієнта сидючи за масажним столиком масажованій руці надають такого ж положення.

Для м'язів нижньої кінцівки: в положенні лежачи на спині стегно зігнуте під кутом 35° , відведене до 35° , коліно зігнуте під кутом 145° .

Для розслаблення м'язів спини рекомендують положення лежачи на животі з розміщеними вздовж тулуба і дещо ротаваними досередини руками – долоні догори.

При масажі передньої поверхні грудної клітки і живота – лежачи на спині, коліна зігнуті і дещо розведені, під колінами валик.

Вплив масажу на м'язи проявляється в першу чергу в нормалізації функціонального стану центральної нервової системи. Це відбувається за рахунок адекватно підібраних прийомів масажу, які сприяють нормалізації тону м'язів і виникненню необхідного потоку пропріоцептивної імпульсації та зменшенню патологічної імпульсації в центральну нервову систему.

Під впливом масажу відбувається нормалізація біоелектричної активності м'язів, а біоелектричні процеси в м'язах відображають характер центральних впливів при різних рухових реакціях і залежать від взаємовідношень між центральною нервовою системою і функціонуючими м'язами.

Масаж сприяє нормалізації тону м'язів, їх еластичності, зменшенню в'язкості, поліпшенню скоротливої функції, в результаті чого зростає сила, підвищується фізична працездатність здорових і ослаблених, втомлених від надмірного навантаження м'язів.

Масаж збільшує число розкритих капілярів, що поліпшує трофіку м'язів, сприяє зменшенню молочної кислоти в них і виведенню органічних кислот, що має позитивний вплив на втомлені після фізичної праці та знерухомлені (внаслідок травм та захворювань) м'язи.

Масаж знерухомлених (в результаті захворювань та травм) м'язів підтримує потік аферентної імпульсації, попереджуючи виникнення функціональної моторної денервації, яка прискорює порушення функціональної здатності м'язів.

Розумове навантаження супроводжується не тільки місцевим напруженням м'язів шиї та надпліччя, але і генералізованим напруженням скелетної мускулатури. Чим більше розумове напруження, тим воно сильніше. Розслаблююча дія масажу на м'язи сприяє підвищенню розумової працездатності. Впливаючи на рефлекторні зміни в м'язах (при вісцеро-моторних рефлексів), можна сприяти нормалізації функціонального стану внутрішніх органів.

Розслабленням скелетної мускулатури під час масажу у хворих на бронхіальну астму можна досягнути зменшення, нерідко і зняття бронхоспазму.

Влив масажу на внутрішні органи

Здорові люди не відчувають своїх внутрішніх органів. Здоров'я полягає у фізіологічній німоті цих органів. Вони починають "говорити" тільки в тому випадку, коли подразнення значно підсилюються і виникає біль. Людина звичайно шукає спокою, відчуває слабкість, знесилення, це пригнічує психіку і є причиною негативних емоцій. Прийнято вважати, що больові відчуття при захворюваннях внутрішніх органів можуть бути викликані такими основними причинами:

- порушенням кровотоку в органах;
- спазмом або судомними скороченнями гладкої мускулатури внутрішніх органів;
- розтягненням стінки порожнистих органів;
- запальними явищами.

Кожна з них може відігравати основну, другорядну, рівноцінну роль у формуванні больового відчуття.

Біль, що виникає при захворюваннях внутрішніх органів, можна поділити на 3 групи:

- істинний біль – біль, що виникає безпосередньо у хворому органі;
- іррадіючий біль – біль, що відчувається у віддалених від хворого органа ділянках;
- біль, що зумовлений рефлекторними реакціями в інших органах та тканинах.

Істинний вісцеральний біль погано локалізується, носить розпливчастий характер. Залежно від характеру захворювання біль має різні відтінки: тупий, пекучий, колючий, ниючий, ріжучий. Больові відчуття з внутрішніх органів передаються у центральну нервову систему по симпатичних та частково парасимпатичних шляхах.

Іррадіючий біль – біль, що відчувається у віддалених від хворого органа ділянках, метамерно зв'язаних з хворим органом.

При захворюваннях серця людина відчуває біль у потилиці чи лівій руці та лопатці. При захворюваннях шлунка – в ділянці пупка. При ураженнях діафрагми – в потилиці чи лопатці. При нирковій коліці – в яечках та в ділянці груднини. При захворюваннях гортані – у вусі та ін. Захворювання печінки, шлунка та жовчного міхура часом супроводжуються зубним болем.

Біль, зумовлений рефлекторними реакціями в інших тканинах, найчастіше проявляє себе на шкірі місцями підвищеної чутливості (зони Захар'їна-Геда). Локалізація зон відповідає певним дерматомам і підлягає закономірностям сегментарної будови тіла. Конфігурація, величина їх при різних захворюваннях різна і залежить від вираженості патологічного процесу, його тривалості, стану хворого. У центрі зони можна виявити точки найбільшої чутливості (зони Мекензі). При захворюванні внутрішніх органів, розміщених по середній лінії тіла (стравохід, матка), зони Захар'їна-Геда виявляються на симетричних ділянках з обох боків. При односторонній локалізації органів (серце, печінка, шлунок) – тільки з одного боку.

У зонах підвищеної чутливості змінюється температура шкіри, її електропровідність, потовиділення, шкірні судини пульсують, розширені або, навпаки, звужені.

Механізм виникнення іррадіючого болю і зон підвищеної чутливості рефлекторний. Чутливі імпульси можуть різним чином переключатися через спинний мозок на інші рухові

нервові клітини. У цих випадках збудження з одних внутрішніх органів передається на інші (вісцero-вісцеральні рефлекси), на поспруговану чи гладку мускулатуру (вісцero-моторні рефлекси), на шкіру (вісцero-сенсорні рефлекси). У центральну нервову систему чутливі (аферентні) імпульси надходять не тільки через задні корінці, але і по симпатичних нервах. Рефлекторні зміни, що виникають при захворюваннях внутрішніх органів, підтримують захворювання, можуть стати причиною його рецидиву.

Правильно підібраний масаж при захворюваннях внутрішніх органів може бути високо-ефективним методом лікування, бо впливає на патогенез захворювання та його клінічні прояви. Він може здійснюватися завдяки безпосередньому масажу хворого органа (якщо доступний), масажу ділянки проекції хворого органа на поверхню тіла та впливом на рефлекторні зміни, що виникають в покривних тканинах, сегментарно зв'язаних з хворим органом. Позитивна дія підсилюється нормалізуючим впливом масажу на функціональний стан вегетативної нервової системи.

Завдяки вказаним механізмам поліпшується кровопостачання хворого органа, нормалізується тонус непоспругованої мускулатури, прискорюється розршення патологічного процесу. Масаж сприяє ліквідації рефлекторних змін в інших органах та покривних тканинах, сегментарно зв'язаних з хворим органом, які можуть бути джерелом патологічної імпульсації і підтримувати захворювання. Масаж рефлексогенних зон у період ремісії є висоефективним засобом попередження загострення захворювань внутрішніх органів.

Позитивний вплив масажу на органи черевної порожнини проявляється у підсиленні перистальтики гладких м'язових волокон, завдяки чому поліпшується діяльність шлунка, кишечника, збільшується виділення жовчі, підсилюється секреція залоз. Правильно підібраний масаж може підвищувати тонус мускулатури кишечника при його атонії, і навпаки – знижувати його при спастичних станах.

Вплив масажу на обмін речовин, газообмін, видільну функцію

Масаж має позитивний вплив на білковий, жировий, вуглеводний, мінеральний обмін речовин. Він сприяє виділенню з організму мінеральних солей, сечовини, сечової кислоти. Все це позитивно впливає на функцію внутрішніх органів, життєдіяльність організму та підвищення його захисної здатності.

Під дією масажу в шкірі утворюються продукти обміну, гістамін, ацетилхолін, які з течією крові розносяться по організму, підвищуючи його працездатність та опірність. Масаж поліпшує секреторну функцію сальних та потових залоз.

Масаж стимулює сечовиділення, особливо після інтенсивної фізичної праці, що зберігається майже протягом доби. Оскільки виділення сечі більше при масажі втомлених м'язів, його необхідно розглядати як позитивний фактор, який прискорює виділення кінцевих продуктів обміну з втомлених м'язів, що використовується як ефективний засіб відновлення в спорті.

Масаж сприяє посиленню газообміну, збільшенню насичення киснем крові та споживання кисню тканинами, що значно підвищується при масажі ослаблених хворобою і віком пацієнтів та після фізичного навантаження. Л.О. Кунічев (1981) указує, що масаж комірцевої зони знижує хвилинний об'єм дихання і споживання кисню, при масажі нижніх кінцівок – підвищуються процеси газообміну. Масаж грудної клітки сприяє зменшенню застійних явищ в легенях, поліпшенню їх вентиляційної здатності. Масажування знерухомлених (в результаті травм чи захворювань) хворих, стимулюючи мікроциркуляцію, сприяє поліпшенню обмінних процесів як окремих ділянок, так і всього організму в цілому.

Вплив масажу на зв'язково-суглобовий апарат

Функція суглоба зумовлена як станом самого суглоба, так і його м'язово-сухожилко-періартикулярного комплексу. Поняття “суглоб” включає: суглобову сумку, суглобові поверхні, суглобову порожнину, заповнену суглобовою рідиною.

За формою суглобових поверхонь розрізняють кулястий, або чашоподібний, циліндричний, блокоподібний, еліпсоподібний, сідлоподібний та плоский суглоби.

Залежно від кількості кісток, які з'єднуються, суглоби поділяються на прості та складні. Прості суглоби утворені двома кістками. У складному суглобі зчленовується більш ніж дві кістки.

Залежно від кількості осей, навколо яких можуть відбуватися рухи, розрізняють одноосьові, двох- і трьохосьові суглоби. До одноосьових відносять циліндричні та блокоподібні, до двохосьових – еліпсоподібні та сідлоподібні, а до трьохосьових – кулясті. Плоскі суглоби осі обертання не мають, у них можливе лише ковзання однієї кістки відносно іншої. Чим більше осей обертання мають суглоби, тим більша в них рухомість і різноманітність рухів, але міцність таких з'єднань менша, і тому тут частіше, ніж в інших з'єднаннях кісток, можливі різні травми.

Напрямок руху в суглобах залежить від їх форми. У суглобах можливі такі рухи: згинання й розгинання, приведення і відведення, а також обертання (супінація та пронація).

Масаж сприяє поліпшенню кровопостачання в ділянці суглобів за рахунок перерозподілу крові в організмі, місцевої та рефлекторної дії тепла, що при цьому утворюється.

У результаті цього:

- покращуються окисно-відновні процеси, що попереджує розвиток дистрофічних змін у суглобах;
- прискорюється виділення продуктів обміну, розсмоктування набряків, випотів та патологічних відкладень у суглобах, зменшуються застійні явища в них;
- стимулюються регенеративні процеси в суглобах та навколишніх тканинах при травмах, попереджується розвиток атрофій;
- збільшуються еластичність та рухомість суглобів, зміцнюються м'язово-сухожилково-періартикулярні комплекси;
- прискорюється відновлення функції суглобів, попереджується розвиток контрактур;
- використання масажу перед тренуванням і змаганням є ефективним засобом підвищення функціональної здатності суглобів та попередження травматизації в спорті.

Вплив масажу на психоемоційний стан

Коли говорять про емоції, то розуміють душевні переживання людини, її хвилювання, радість, горе, почуття захоплення та гніву, любові та ненависті. Емоції займають значне місце у нашому житті, характеризують будь-яку реакцію на навколишню дійсність, відтворюють внутрішній стан організму, впливають на працю, відпочинок, здоров'я.

Наш настрій – це також загальний емоційний стан. Бадьорий і в'ялий, веселий і сумний, він визначається багатьма причинами: умовами життя, праці, відпочинку, людьми, які нас оточують, станом здоров'я та ін. Суб'єктивний характер емоцій багато в чому залежить від типу нервової діяльності людини, її темпераменту, культури, схильностей, звичок, стану нервової системи.

Емоції ділять на дві групи: позитивні та негативні. Систематично повторювані негативні емоційні напруження, що отримали назву емоційного стресу, несприятливо впливають на організм. Неспокій, горе, сум, душевний смуток, неприємності, хвороба, нещастя, страх пригнічують психіку людини. Спочатку виникають функціональні порушення нервової діяльності, відомі під назвою неврозів, а потім уже невроз стає джерелом різноманітних захворювань серцево-судинної, дихальної, травної систем. “Сьогодні стає зрозумілим, що серцеві катастрофи, гіпертонічна хвороба, мозкові інсульти – це тільки трагічні фінали, жертви довгого ряду ускладнень в організмі людини, головним чином, в його нервовій системі”, – указує академік П.К. Анохін (1954).

Що стосується емоційного сприйняття больового відчуття, то це оцінюється як негативні емоції. Біль сигналізує про хворобу. Він є захисною реакцією організму на негативний вплив факторів зовнішнього та внутрішнього середовища, попередженням їх руйнівного впливу.

Біль, як і будь-які інші відчуття, пов'язаний з нервовою системою. Відчуття болю, яке змушує людину страждати, плакати, боятися, виникає в нервових клітинах головного мозку, куди надходять по нервових шляхах больові сигнали, звідтіля воно проектується на периферію, в ту точку, де міститься первинне вогнище ураження. Під впливом тривалих больових відчуттів змінюється вся діяльність організму, перебудовуються всі фізіологічні процеси.

При появі болю людина має відповідний вигляд: міміка обличчя напружена, хворий не знаходить собі місця, не знає, якого положення надати тілу, а коли страждання стають неможливими, м'язи зразу розслаблюються.

Біль допомагає розпізнати захворювання, нерідко вказує на правильний план лікування. Зняти біль – перше завдання в лікуванні хворого.

Масаж сприяє зменшенню больового синдрому за рахунок поліпшення лімфо- та кровообігу хворого органа, нормалізації тону непосмугованих та посмугованих м'язів, прискорення розрішення патологічного процесу.

Масаж нормалізує функціональний стан нервової системи: правильно підібраний і виконаний, він заспокійливо діє при збудженні та тонізуюче – при виснаженні нервової системи.

Масаж зменшує чутливість людини до негативного впливу факторів зовнішнього середовища.

Під впливом масажу нормалізується психоемоційний стан: хворий заспокоюється, розслаблюється, а нерідко – засинає під час процедури. При цьому важливе значення має особистість спеціаліста з масажу: не тільки його майстерність, але і високі моральні якості, сумлінність, уважне ставлення до хворого.

Розділ 2

ВИДИ МАСАЖУ

Масаж поділяється на лікувальний, гігієнічний, косметичний, спортивний. Його проводять руками (мануальний), за допомогою апаратів для масажу (апаратний) або ж поєднують апаратний та мануальний (комбінований масаж). Масажу можуть підлягати окремі ділянки тіла (місцевий) або все тіло (загальний). Його може проводити масажист або сам пацієнт (самомасаж) (схема 2).

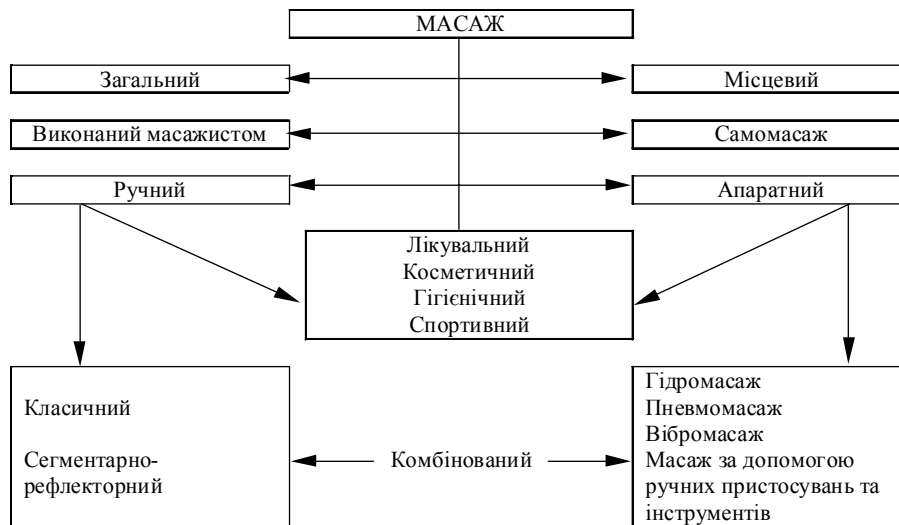


Схема 2. Основні види масажу.

Лікувальний масаж

Лікувальний масаж використовується у клінічній практиці для лікування захворювань та їх профілактики. Масаж є ефективним засобом відновлення функцій організму. Його використовують у поліклініках, лікарнях, санаторіях та в домашніх умовах для лікування захворювань і травматичних пошкоджень опорно-рухового апарату, нервової системи, захворювань внутрішніх органів, статевої системи, очей, шкіри, в педіатрії, після хірургічних втручань та ін. Лікувальний масаж може застосовуватись в комплексному лікуванні і як самостійний метод лікування та профілактики захворювань.

Лікувальний масаж може проводитися руками (мануальний масаж), за допомогою апаратів (апаратний масаж) або в поєднанні першого і другого (комбінований масаж). У лікувальній практиці використовують класичний, сегментарно-рефлекторний масаж, а зі східних видів масажу найбільш поширеним є точковий масаж, масаж біологічно активних точок (пальцеве чжень).

Ручний (мануальний) масаж

Ручний (мануальний) масаж – традиційний, найбільш поширений метод масажу. За допомогою рук масажист може визначити стан покривних тканин, виявити рефлекторні зміни та їх динаміку під впливом масажу. Мануальний масаж дає можливість використовувати всі прийоми масажу, а також чергувати і комбінувати їх у процесі процедури та коректувати при необхідності. Недоліком ручного масажу є значне фізичне навантаження, яке отримує масажист в процесі роботи.

Залежно від мети і конкретних завдань використовують класичний та різні види сегментарно-рефлекторного масажу.

Класичний масаж

Класичний масаж включає чітко визначену методику та техніку масажу, яка складається з 4 основних прийомів (погладжування, розтирання, розминання та вібрації), через які здійснюються основні терапевтичні завдання. Кожний прийом, його різновидності та комбінації між ними мають свою цілеспрямовану дію. Класичний масаж передбачає локальний (регіональний) вплив на хворий орган, без врахування рефлекторно зв'язаних між собою функціональних утворів, відповідно, без використання позавогнищевих сегментарних впливів.

Сегментарно-рефлекторний масаж

Тіло людини має псевдометамерну будову. Метамерія – це формування тіла деяких тварин і людини з ряду подібних ділянок, які слідуєть одна за одною, – метамерів. До складу кожного метамера входять метамер шкірного покриву – дерматомер (дерматом), м'язовий – міомер (міотом), скелетний – склеротом, судинний – вазотом, нейрометамер – нейротом, внутрішній – ентеротом (Ю.О. Ісаєв, 1993).

Під нейрометамером розуміють нейронні системи метамера з сенсорними і рефлекторними ланками. Нейрометамер здійснює рецепцію, переносить інформацію, до центрів головного і спинного мозку, а також забезпечує еферентну іннервацію тканин. До нейротому відносять сегмент спинного мозку з його ядрами, передніми і задніми корінцями з їх гілками, спинномозкові і вегетативні вузли, аферентні аксони, які формують метамерні рецепторні поля і рефлексогенні зони. Рецепторні поля формуються на стінках магістральних судин, на добре васкуляризованих ділянках шкіри і окістя, в місцях прикріплення сухожилків і м'язів, у легеневій і пристінковій плеврі та брижі, в тканинах внутрішніх органів, де створюються рефлексогенні зони. Рефлексогенні зони – високочутливі ділянки, які дають можливість викликати рефлекси при відносно невеликій силі подразнення (Д.М. Табеєва, 1980).

Покриви тіла, більш глибоко розміщені тканини та внутрішні органи являють собою єдине взаємопов'язане функціональне ціле. Будь-який патологічний процес в організмі викликає рефлекторні зміни в усіх тканинах, сегментарно зв'язаних з вогнищем ураження. Рефлекторні симптоми проявляються на основі закону сегментарної специфічності, тобто, за правилом метамерів, це проявляється майже завжди в появі симптомів у сегментах, які належать до ураженої ділянки, в тому числі – в покривних тканинах тіла. Тому, впливаючи ручними прийомами різних видів сегментарно-рефлекторного масажу на прилеглий метамер через сегментарні зв'язки, можна досягнути нормалізації функції певних органів і систем.

В основі терапевтичного ефекту сегментарно-рефлекторного масажу лежать рефлекторні явища нервової системи, які переривають рефлекторну дугу, що підтримує захворювання, і впливають на вегетативну нервову систему, ендокринні органи, серцево-судинну систему, кислотно-основний стан, обін речовин, гіпоталамус, кору великого мозку. Рефлекторні шляхи при використанні рефлекторно-сегментарного масажу проходять через аксон-рефлекс (відповідні вузли спинного мозку); вісцеро-шкірну дугу (подразнення від внутрішнього органа по вегетативних шляхах передається в спинний мозок); вісцеро-рухову дугу, яка складається з вегетативного чутливого та спинномозкового рухового відрізків, еферентний шлях цієї дуги проходить через передній корінець і спинномозковий нерв до м'яза і посилює м'язовий тонус; м'язово-м'язовий рефлекс, який підтримує тонус скелетного м'яза і залежить від нормальної збудливості клітинної оболонки, а також від регуляції тонусу з периферії; тонічно-міотонічний рефлекс, коли в стані спокою м'язи постійно направляють імпульси в ядра спинного мозку (Ю.О. Ісаєв, 1993).

Великий вклад в розвиток рефлекторно-сегментарного масажу вніс А.Є. Щербак. Він установив, що найбільш виражену реакцію при фізіотерапевтичному впливі на організм і тканини можна отримати з певних зон, особливо багатих вегетативною іннервацією і зв'язаних з шкірою метамерними взаємовідношеннями. За А.Є. Щербаком, найбільш чіткий характер метамерних сегментарних реакцій появляється при впливі на такі ділянки:

а) шийно-потилична і верхньогрудна, які охоплюють шкіру задньої шийної ділянки, починаючи від волосистої частини голови, ділянку надпліч, верхньої частини спини і передньої поверхні

грудної клітки. Подразнення шкірних рецепторів цієї рефлексогенної зони викликає реакцію шийного вегетативного апарату, який включає такі утвори: три нижньошийних і два верхньогрудних спинномозкових сегменти (C_4 - T_2), шийну частину симпатичного стовбура з відповідними сполучними гілками, три шийних вузли (верхній, середній і нижній) симпатичного стовбура, включаючи вегетативні волокна, які йдуть від вузлів і закінчуються в шкірі, м'язах, стінках судин тощо, ядро блукаючого нерва з периферійними нервовими вузлами. Масаж цієї ділянки, яку А.Є. Щербак назвав "комірцевою" (за формою нагадує широкий відкладний комірць), має регулюючий, нормалізуючий вплив на важливіші функції органів і систем, розміщених в межах указаних вище сегментів спинного мозку. Збудження шийного вегетативного апарату з його складними зв'язками може викликати значні функціональні зміни в усіх відділах центральної нервової системи, в яких зосереджено все управління вегетативною діяльністю організму – трофіка органів і тканин, обмінні процеси, терморегуляція тощо. Масаж комірцевої зони призначається при гіпертонічній хворобі, невротичних станах, особливо при порушенні сну, мігрені вазомоторного походження, остеохондрозі хребта, захворюваннях і травмах верхніх кінцівок тощо;

б) попереково-крижова охоплює шкірну поверхню поперекової ділянки, сідниць до сідничної борозни, нижню половину живота, верхню третину стегон. Вплив на цю рефлексогенну зону викликає реакцію попереково-крижового вегетативного апарату, зв'язаного з нижньогрудними (T_{10}), поперековими, крижовими сегментами спинного мозку і відповідною частиною симпатичного стовбура і його вегетативними вузлами. Масаж цієї ділянки має рефлекторний вплив на функціональний стан органів, які іннервуються попереково-крижовим апаратом (кишечник, органи малого таза, зовнішні статеві органи, нижні кінцівки), на перебіг запальних процесів у малому тазі, що сприяє розсмоктуванню інфільтратів і злук в цій ділянці і поліпшенню кровопостачання в малому тазі), має стимулюючий вплив на гормональні функції статевих залоз, а також нейротрофічний вплив при судинних захворюваннях і травмах нижніх кінцівок, знижуючи судинний спазм і активізуючи репаративні процеси в тканинах (загоєння ран, трофічних виразок) (цит. за О.Ф. Вербовим, 1966).

Рефлекторно-сегментарний масаж має більший регулюючий та нормалізуючий вплив на внутрішні органи, обмінні процеси, секреторну діяльність та інші функції організму, ніж класичний масаж.

Залежно від характеру та місцезнаходження патологічного процесу, а також від характеру рефлекторних змін у тканинах було створено багато видів сегментарно-рефлекторного масажу, завдяки яким шляхом впливу на рефлекторно змінені патологічним процесом тканини (шкіра, підшкірна основа, окістя, м'язи тощо) досягають зворотних реакцій, що прискорює видужання. Їх назва нерідко залежала від тканин, які підлягають переважному впливу або від методів впливу на них (сегментарний, сполучнотканинний, періостальний, точковий та інші). Найбільш поширеним є сегментарний масаж.

Сегментарний масаж оснований на анатомічних зв'язках спинного мозку з його сегментарними нервами і тканинами прилеглих метамерів. В його основу покладено використання особливостей сегментарної будови тіла: подразнення рецепторів покривних тканин у певних зонах (що відповідають зонам Захар'їна-Геда, рис. 14) викликає зміну у внутрішніх органах та системах організму, які іннервуються тими ж сегментами спинного мозку.

Первинне вогнище ураження викликає рефлекторні зміни в органах і тканинах, які іннервуються переважно тим самим сегментом спинного мозку. У кожному окремому випадку переважають різні рефлекторні зміни, але все-таки уражаються всі тканини того ж сегмента (табл. 3). Це однак не завжди можна виявити сучасними методами дослідження (О. Глезер, А.В. Даліхо, 1965). Рефлекторні зміни можуть виникати також і в тканинах, сегментарно не зв'язаних з первинним вогнищем (наприклад, поширюватись на інші органи і тканини при дуже гострих захворюваннях). У свою чергу, рефлекторно зумовлені зміни можуть впливати на первинне вогнище як самостійне джерело патологічної імпульсації, підтримуючи його, а на певних етапах розвитку захворювання – бути джерелом його рецидивів. Сегментарний масаж спрямований на усунення цих рефлекторних змін.

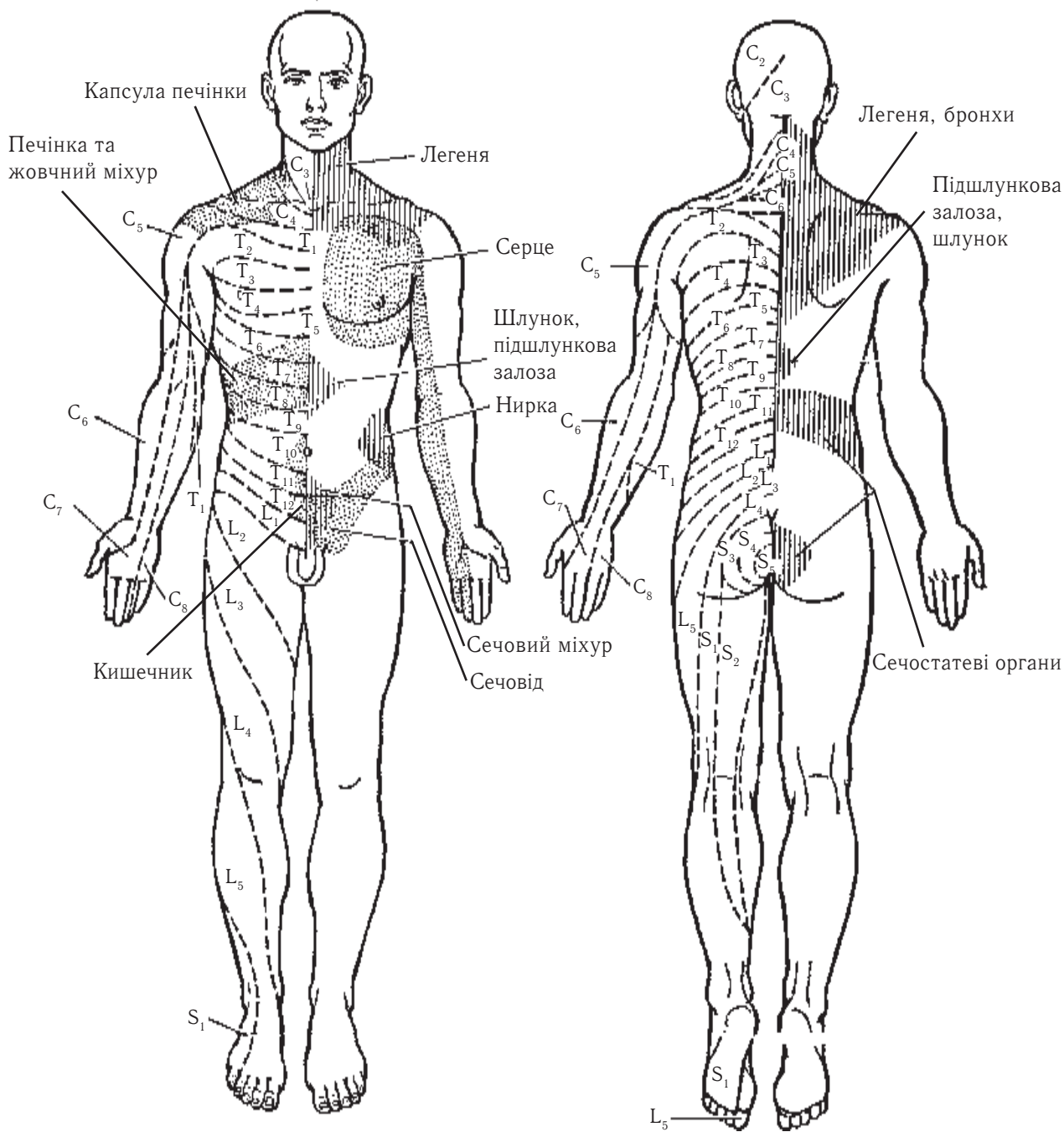


Рис. 14. Зони Захар'їна-Геда на тулубі.

Таблиця 3

Рефлекторні явища (О. Глезер, А.В. Даліхо, 1965)

Локалізація	Видимі зміни	Тактильні відчуття
Шкіра	Гіперемія, блідість, синюшність, гіпергідроз	Зони гіпералгезії
Підшкірна клітковина	Ареактивність піломоторів	Підсилення поверхневого напруження
Сполучна тканина	Втягування, западання, вибухання	Втягування, западання, вибухання щільної консистенції
М'язи	Гіпертонус, гіпертрофія, гіпотонус, гіпотрофія, атрофія	Зони гіпералгезії, широкі зони з гіпертонусом, обмежені зони з гіпертонусом, міогельози
Окістя	Асиметрія постави	Зони гіпералгезії в окісті
Кістки	Асиметрія рухів	Припухлість окістя, атрофія, гіперплазія кісток

У клінічній практиці використовують спеціально розроблені, диференційовані для окремих захворювань, методики сегментарного масажу (Глезер О., Даліхо В.А. Сегментарний масаж: Пер. з нім. – М.: Медицина, 1965). Методика сегментарного масажу О. Глезера та А.В. Даліхо базується на чіткій послідовності різних прийомів, які виконуються вздовж спеціальних масажних ліній (рис. 15,16). У ній використовують прийоми класичного масажу – погладження, розтирання, розминання, вібрацію. Більше уваги приділяється використанню допоміжних прийомів (штрихування, пиляння, валяння, розтягування, переміщення та ін.).

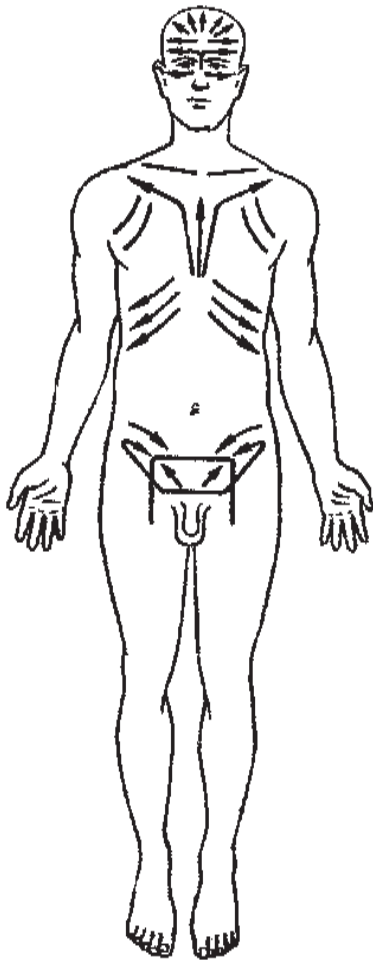


Рис. 15. Масажні лінії для проведення сегментарного масажу спереду.

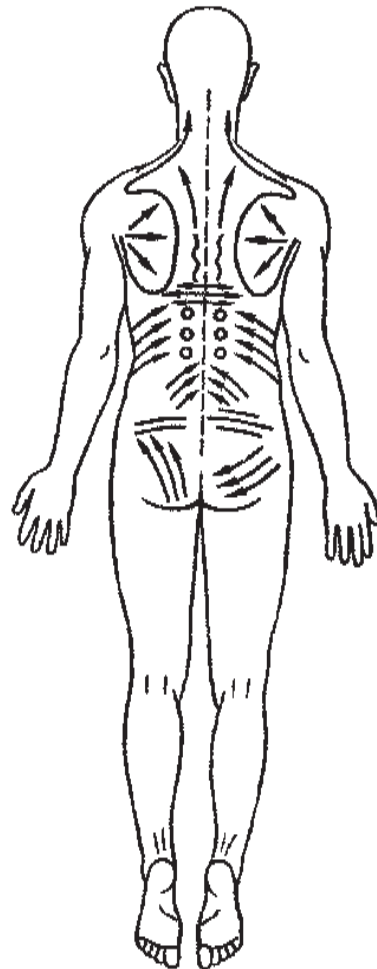


Рис. 16. Масажні лінії для проведення сегментарного масажу ззаду.

При проведенні сегментарного масажу процедуру починають з масажу спинних корінців у місцях їх виходу на поверхню в ділянці спини. Спочатку масажують нижні сегменти і тільки після того, як напруження в тканинах, які іннервуються цими сегментами, послаблено, переходять до масажу розміщених вище сегментів. Під час масажу в першу чергу необхідно ліквідувати напруження в поверхневих шарах тканин. У міру його зменшення масажують більш глибокі тканини, при цьому важливо, щоб масажист послідовно і поступово проникав у глибину рефлекторно змінених тканин. Чим краще масажист буде знати, в якому шарі і якою мірою виражені рефлекторні зміни в тканинах, тим краще він зможе їх виявити, тим кращий буде терапевтичний ефект.

Точковий масаж є різновидністю сегментарно-рефлекторного масажу, при якому впливу підлягають обмежені ділянки тіла. Точковий масаж – один зі стародавніх методів лікування, який існує більше 5 тисяч років і не втратив своєї актуальності і сьогодні. Вчені Сходу звернули увагу на те, що на тілі людини існують особливі, “життєві” точки, зв’язані з внутрішніми

органами та системами, впливаючи на які можна було як покращити загальний стан хворого, так і відновити порушені функції внутрішніх органів. Подальші дослідження показали, що “життєві” точки мають високу біологічну активність, і тому були названі “біологічно активними точками” (БАТ). Основними методами впливу на БАТ було вколювання голками (голкутерапія, чжень) і припалювання (цзю), метод отримав назву “чжень-цзю-терапія”. В ньому виділяється метод натискування пальцями на БАТ – “пальцеве чжень”. В Європі чжень-цзю-терапію назвали “акупунктура” (АП). Французьким ученим Н. Jaworski був запропонований термін “рефлексотерапія”, що об’єднав у своїй назві різні лікувальні прийоми, в основі яких лежить принцип рефлексу, підкресливши нервово-рефлекторний механізм їх впливу на організм.

“На даний час під акупунктурою розуміють лікувальну систему, що базується на рефлекторних реакціях, сформованих в процесі філо- та онтогенезу, які реалізуються через нервову та нейроендокринну системи шляхом локального подразнення рецепторного апарату шкіри, слизових оболонок і підлеглих тканин, спрямовану на нормалізацію активності як окремих органів, так і цілих функціональних систем організму” (Є.Л. Мачерет, О.О. Коркушко, 1993).

БАТ є не шкірними утворами, а тільки шкірними проекціями невральних структур, розміщених у підлеглих тканинах. На цій основі Є.Л. Мачерет та О.О. Коркушко (1993) за локалізацією поділяють їх на: шкірно-нервові, м’язово-сухожилко-нервові, судинно-нервові, періостальні. Ці ж автори залежно від анатомічного розміщення виділяють такі БАТ: корпоральні, дистальні, аурикулярні, краніальні, лицеві, оральні, ендоназальні.

Залежно від фізіологічної спрямованості акупунктурного ефекту і наявності функціональних зв’язків точки АП автори умовно поділяють на:

- загальної дії (змінюється функціональний стан центральної нервової системи (ЦНС);
- сегментарні (розміщені в ділянках шкірних метамерів, які відповідають зоні іннервації певних сегментів спинного мозку);
- спінальні (розміщені на вертебральних і паравертебральних лініях, які відповідають місцям виходу корінців);
- регіональні (розміщені в зонах шкірних проекцій певних вісцеральних органів. Як правило, ці точки акупунктури (ТА) знаходяться в зонах Захар’їна-Гада);
- локальні (мають загальну місцеву іннервацію з м’язами, судинами, суглобами, зв’язками).

Вибір точок визначається їх функціональною активністю та топографічною відповідністю проекції розміщених в тканинах нервових стовбурів і судинно-нервових комплексів окремим органам та тканинам. Зона впливу при точковому масажі значно ширша, ніж при акупунктурі. Перевагою точкового масажу є те, що методика його відносно проста, не вимагає додаткового обладнання та дорогих приладів.

Точковий масаж виконується (рис. 17) долонною поверхнею (подушечкою) нігтьової фаланги великого, вказівного або інших пальців у вигляді погладжування, натискування, штовхання, розминання, вібрації. Натискування може бути поверхневим або глибоким.

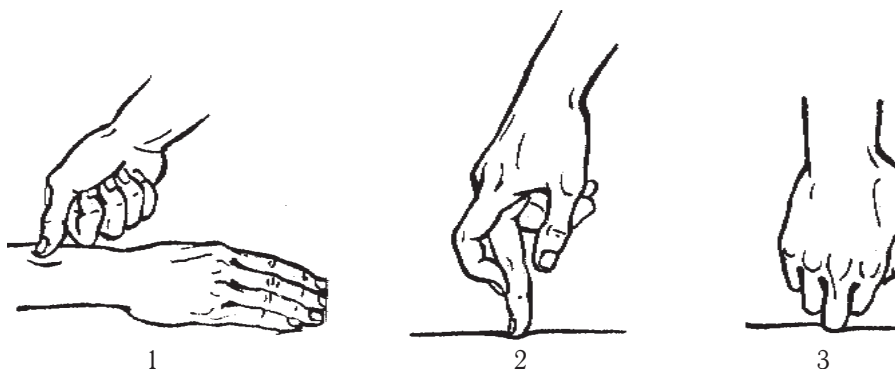


Рис. 17. Точковий масаж: 1 – великим пальцем; 2 – середнім пальцем, 3 – середньою фалангою зігнутого пальця.

Залежно від сили, характеру та тривалості впливу точковий масаж може бути заспокійливим (гальмівним) та збуджуючим (тонізуючим). Для досягнення заспокійливої дії проводять безперервні, плавні, повільні рухи або натискування з поступовим наростанням сили. Так повторюють 3-4 рази без відриву пальця від шкіри. На одну точку впливають не більше 2-3 хв. Заспокійливий масаж призначають для розслаблення м'язів, зняття нервового напруження, болю у м'язах, суглобах. Короткочасне, сильне натискування з різким відривом пальця від точки має збуджуючий вплив. Тривалість впливу на одну точку – 30-60 с. Чим точніше знайдена біологічно активна точка, тим ефективніший масаж.

В останній час широко використовується масаж для впливу на точки та рефлексогенні зони вушної раковини (рис. 18), кистей (рис. 19), стоп (рис. 20), голови (рис. 21, 22).

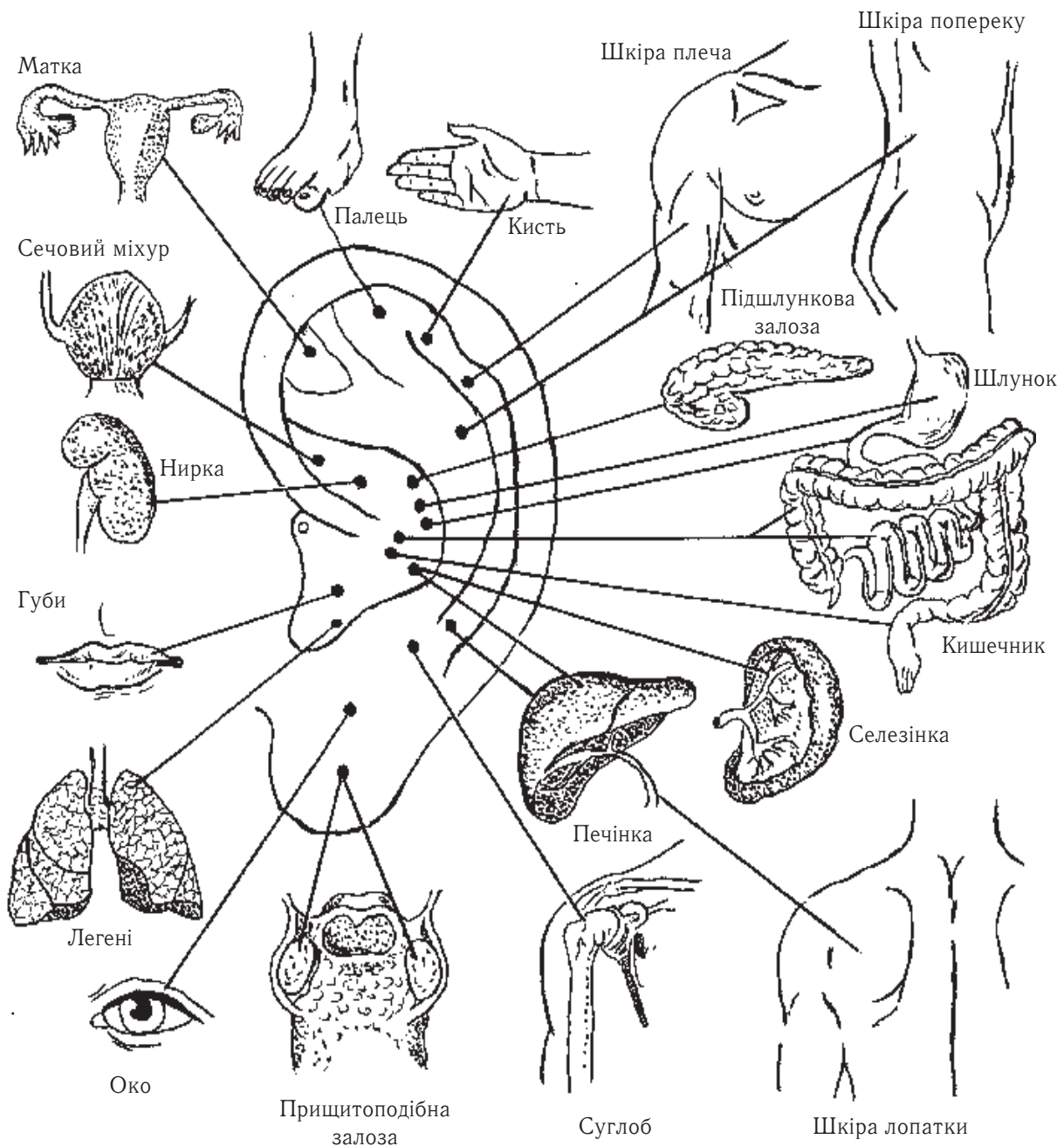


Рис. 18. Проекційні зони внутрішніх органів та частин тіла людини на вушній раковині (В.Ф. Корягін, 1981).

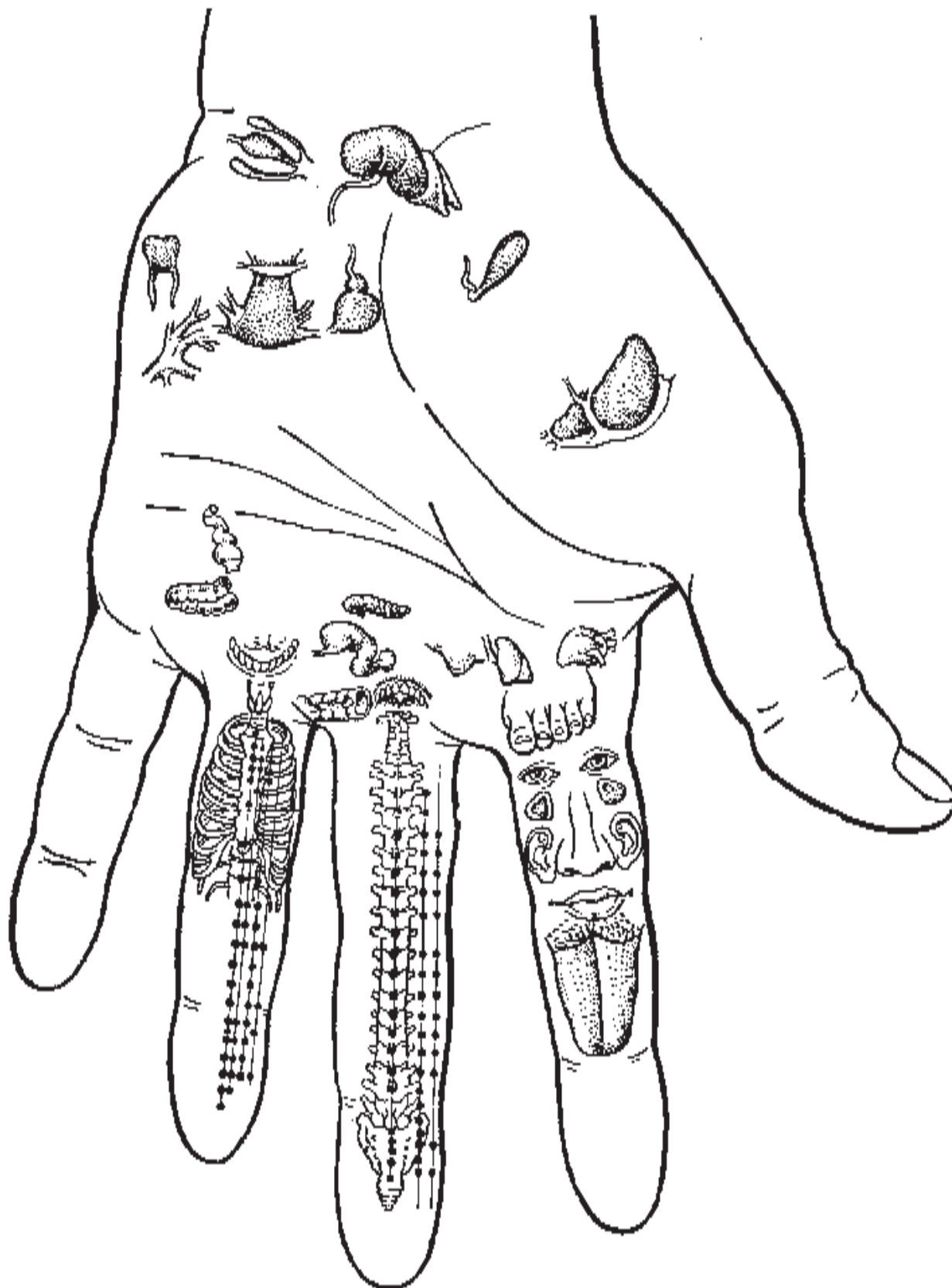


Рис. 19. Проекційні зони внутрішніх органів та частин тіла людини на кистях рук (Ф. Кондаров, 1985).

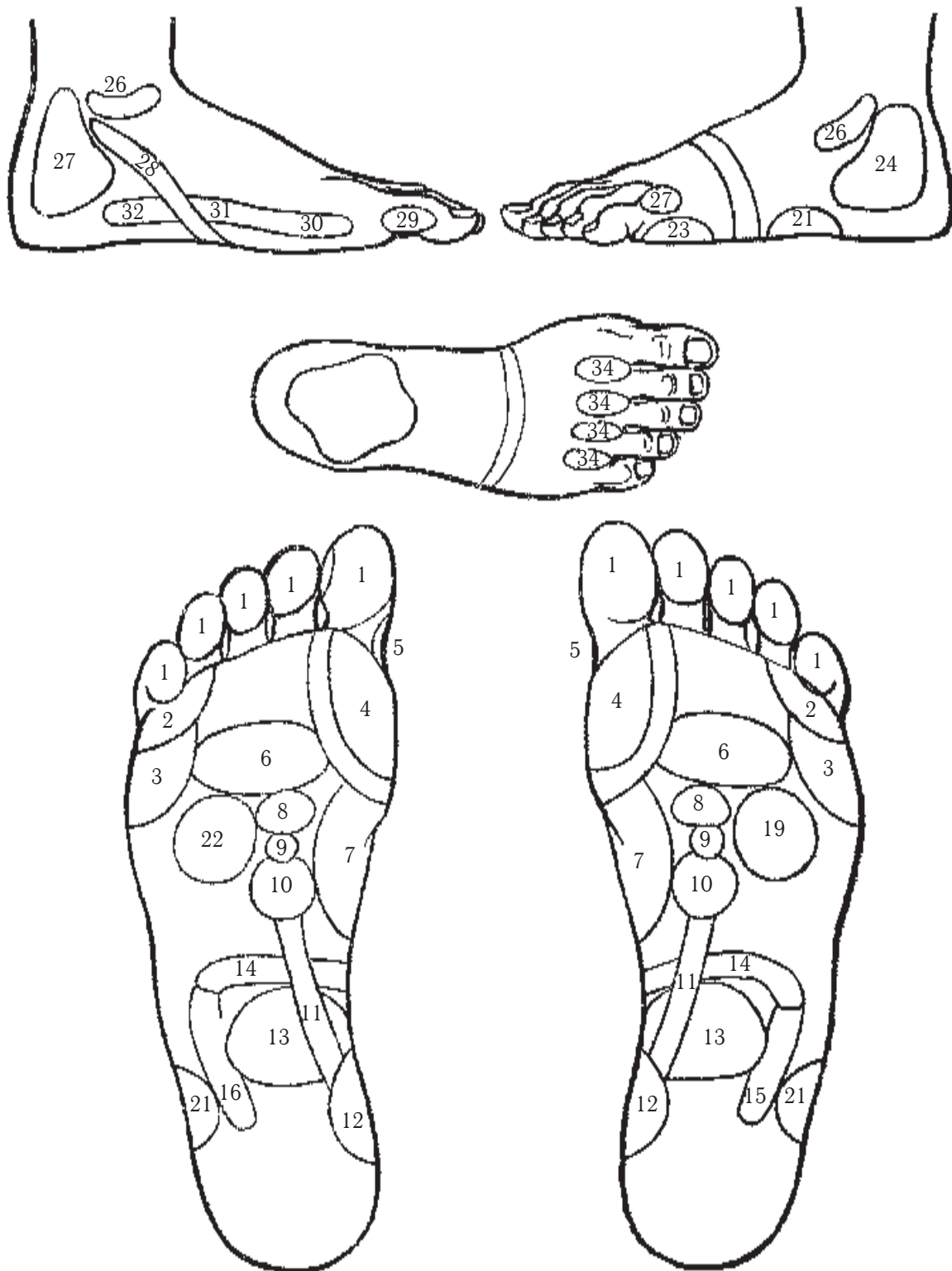


Рис. 20. Рефлексогенні зони стопи (А. Бірах, 1985):

1 – голова; 2 – вухо; 3 – плечовий суглоб; 4 – щитоподібна залоза; 5 – парашитоподібні залози; 6 – легені та бронхи; 7 – шлунок, дванадцятипала кишка; 8 – черевне сплетення; 9 – надниркові залози; 10 – нирки; 11 – сечоводи; 12 – сечовий міхур; 13-18 – кишечник; 19 – серце; 20 – перикард; 21 – колінний суглоб; 22 – печінка; жовчний міхур; 23 – надлопаткова зона, 24 – яєчники, калитка, маткові труби; 25 – матка; 26 – кульшовий суглоб; 27 – матка; 28 – статевий член; 29 – шийний відділ хребта; 30 – грудний відділ хребта; 31 – поперековий відділ хребта; 32 – крижова та сіднична ділянки; 33 – хребет; 34 – лімфотік.

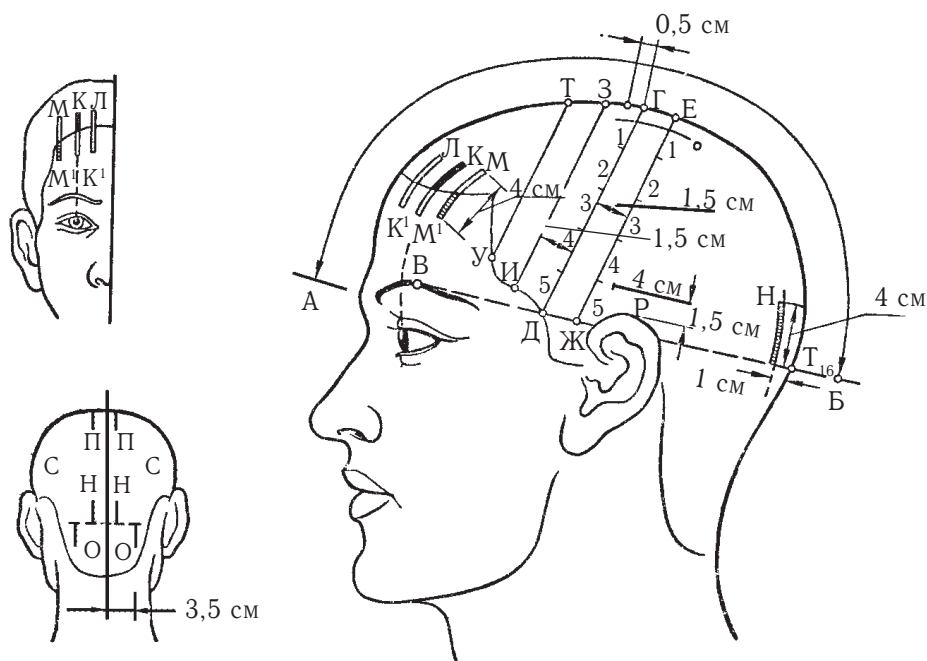


Рис. 21. Основні зони краніопунктури (Є.Л. Мачерет, І.З. Самосюк, 1986): Г-Д – моторна зона (4,5 – мовна зона №1); Є-Ж – сенсорна зона; З-И – антипаркінсонова зона; Т-У – судинна зона; К – зона шлунка; К' – зона печінки і жовчного міхура; Л – зона грудної клітки; М – зона геніталій; М' – зона травного каналу; Н – оптична зона; О – зона рівноваги; П – зона координації рухів; Р – зона головокружіння; С – мовна зона №2.

Рис. 22. Положення пальців при проведенні скальпотерапії.

Шиацу. Різновидністю точкового масажу є японська терапія шиацу. Шиацу (ши – пальці, ацу – натискування) проводиться натискуванням подушечкою великого чи II-IV пальців. У Японії цей метод лікування використовується з метою нормалізації фізіологічних процесів в організмі, збереження та поліпшення здоров'я. Натискувати потрібно сильно, перпендикулярно до поверхні тіла. Тривалість впливу на точки повинна бути не більша 5-7 с, у ділянці шиї – не більше 3 с і не викликати неприємних відчуттів (рис. 23, 24).

Лінійний масаж. Однією з різновидностей східного масажу є лінійний масаж, який виконується в напрямку руху енергії. Існує теорія, що в організмі є система меридіанів, які з'єднують точки для акупунктури (пальцевого натискування). Вплив на ці точки має лікувальний ефект. Описують 14 основних (12 парних і 2 непарних), 15 вторинних та 8 (4 пари) “чудових” меридіанів, які обхідними шляхами з'єднують точки, що знаходяться на основних меридіанах. Вторинні та “чудові” меридіани не мають власних точок, а проходять по точках основних меридіанів.

Лінійний масаж може бути тонізуючим та гальмівним. Для тонізуючого впливу його необхідно проводити в напрямку потоку енергії, а для гальмівного – проти потоку енергії у меридіані, в якому виявлена патологія. По внутрішній поверхні нижніх кінцівок енергія направляється від стопи до пахвинної складки (меридіани печінки, селезінки, нирок), а по зовнішній поверхні – навпаки – від пахвинної складки до стопи (меридіани шлунка, сечового міхура). На руках енергія направляється від кисті до плечового суглоба по зовнішній поверхні (меридіани кишечника) і від плечового суглоба до кисті по внутрішній поверхні (меридіани серця, легень).

Періостальний масаж (так званий тиснучий масаж) є однією з різновидностей точкового масажу. Виконують його кінчиком або фалангою пальця масажиста в положенні хворого сидячи або лежачи з максимально розслабленими м'язами. Підбравши відповідну інтенсивність натискування, зміщують м'які тканини (шкіру, м'язи), щоб досягнути найкращого контакту з кісткою. Потім збільшують силу натиску до відчуття опору кістки. Інколи виконують колоподібні рухи діаметром кола до 5 мм. Потім, не відриваючи пальця від шкіри, зменшують натискування, через 2-4 с знову його збільшують. Так протягом 2-4 хв. Середня тривалість процедури – 15-20 хв. При масажі грудної клітки натискування проводять у період фази видиху. Вибір місця масажу залежить від захворювання.

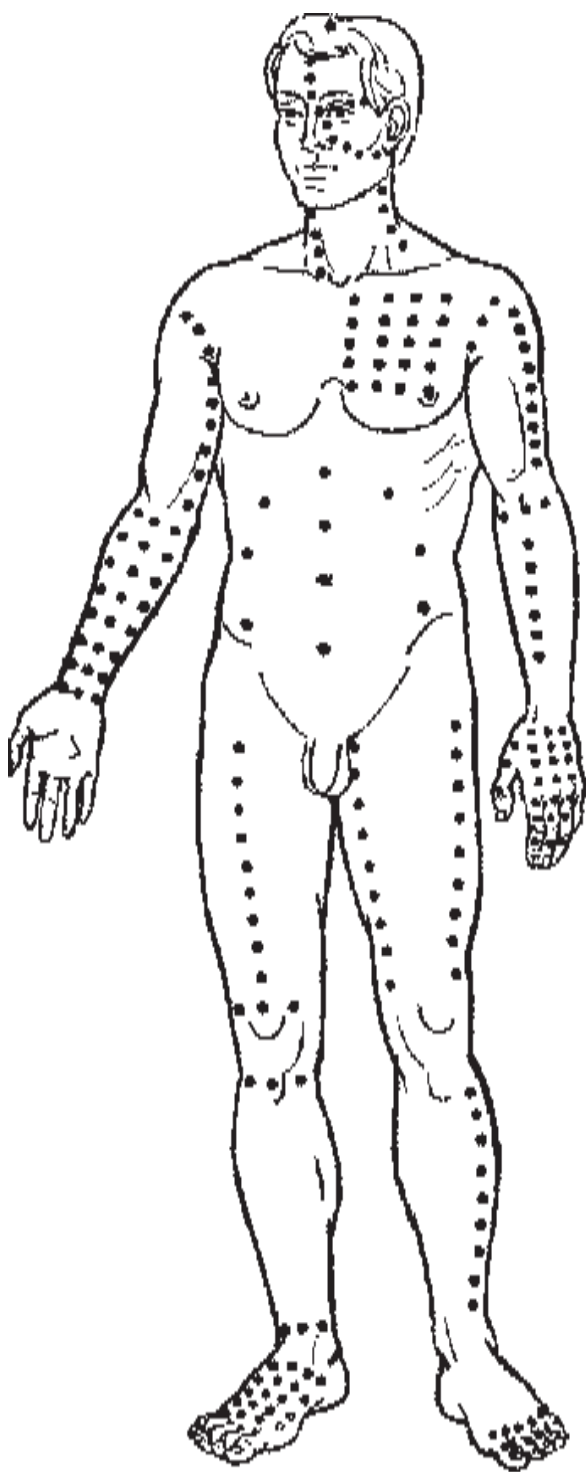


Рис. 23. Схематичне зображення точок для натискування на передній поверхні тіла за методом шиацу.

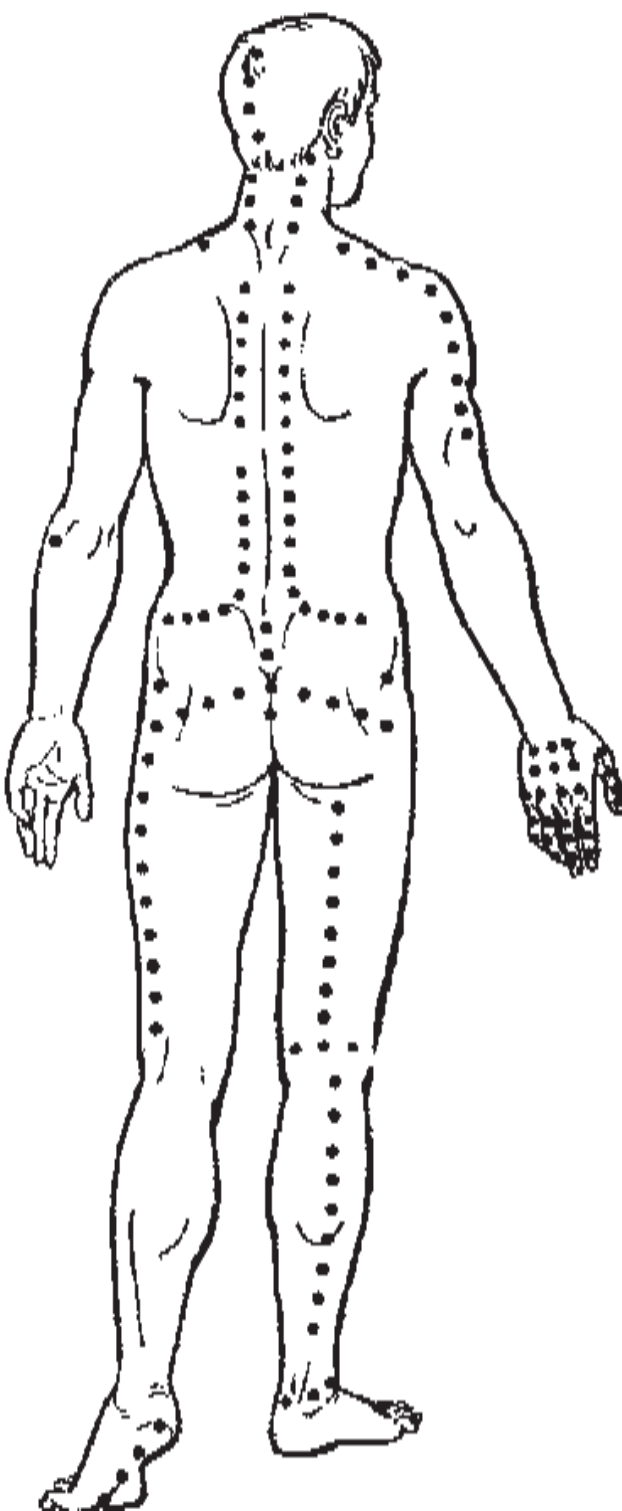


Рис. 24. Схематичне зображення точок для натискування на задній поверхні тіла за методом шиацу.

Сполучнотканинний масаж – масаж рефлекторних зон, які розташовані у сполучній тканині (рис. 25). Його техніка відрізняється тим, що подразнення натягуванням сполучної тканини проводиться кінчиками III та IV пальців. Розрізняють шкірне, підшкірне та фасціальне зміщення. Цей масаж впливає на необхідні рецептори і викликає різні рефлекси.

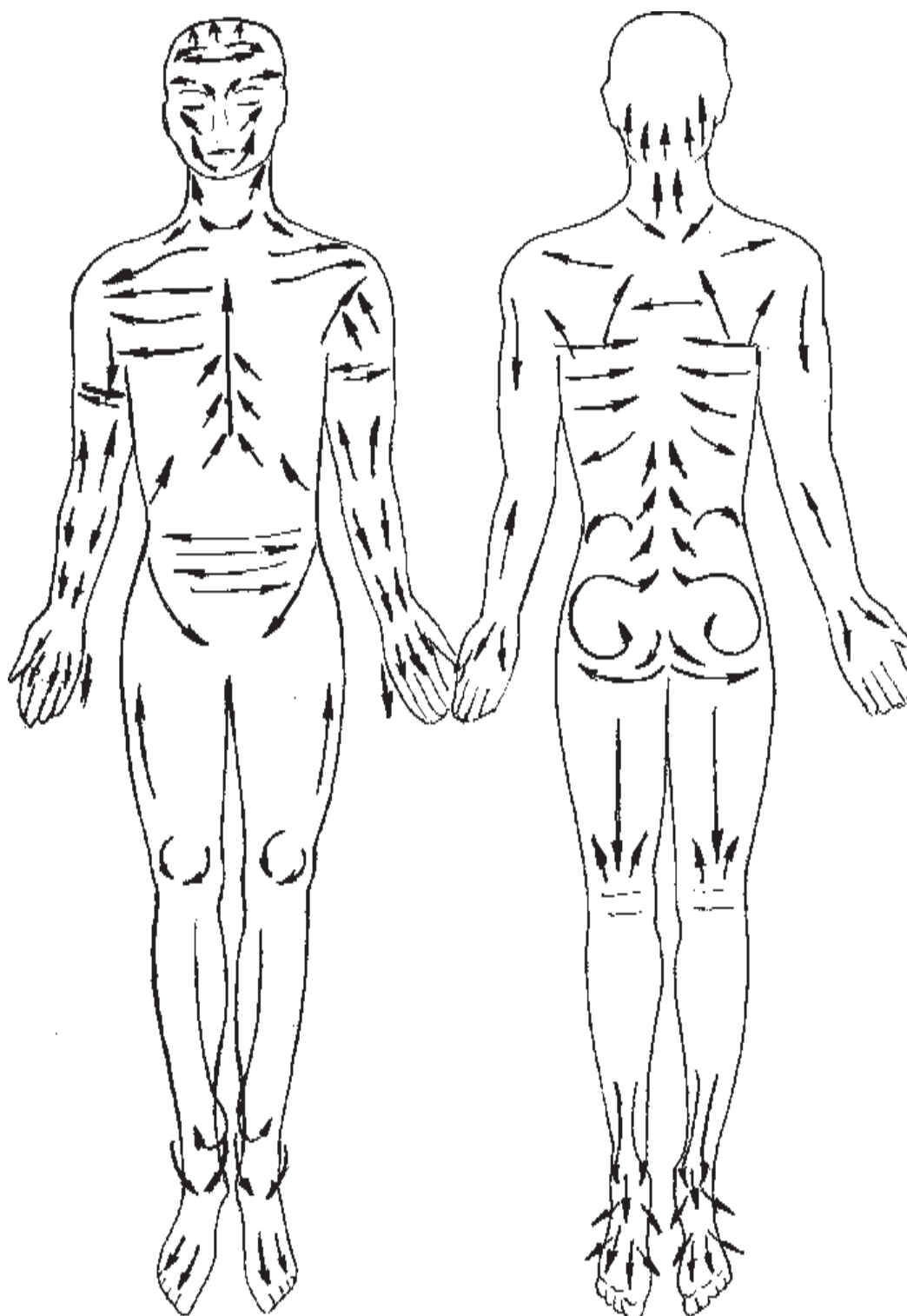


Рис. 25. Напрямок масажних рухів при проведенні сполучнотканинного масажу.

Стимуляція та редуція полягають у проведенні масажу разом з лікувальною гімнастикою. Стимуляція проводиться у вигляді пасивних рухів одночасно з вібруючими ніжними рухами, які виконуються рукою масажиста тільки в напрямку скорочення ослабленого м'яза. Вібрація руки передається пацієнту. При цьому завдяки подразненню пропріорецепторів м'язів та сухожилків до задніх рогів спинного мозку надходить велика кількість аферентних імпульсів, що сприяє відновленню рухової активності уражених м'язів. Рекомендують при в'ялих парезах

та паралічах. Реєдукція проводиться при активній участі хворого і спрямована на відновлення нервово-м'язової діяльності за участю кори головного мозку.

Апаратний масаж

Апаратний масаж проводиться за допомогою різних за будовою та засобами впливу на організм апаратів (вібромасажні, гідромасажні, пневмомасажні та ін.). Вони можуть мати загальний та місцевий вплив.

Апаратний масаж, на відміну від ручного, не дає можливості тонко диференціювати методику масажу, але його можна використовувати як доповнення до ручного масажу. Апаратний масаж полегшує роботу масажиста і дає можливість обслужити більше хворих. Масаж за допомогою різних пристосувань використовувався з давніх часів. На Русі в лазнях широко використовувалися віники.

Необхідно пам'ятати, що апаратний масаж можна призначати не при всіх захворюваннях. Так, при деяких захворюваннях серцево-судинної системи показаний лише ручний масаж. Апаратний масаж можна рекомендувати при захворюваннях кишечника, порушеннях обміну, остеохондрозі хребта без больового синдрому, сколіозі, плоскостопості, поліомієліті, травмах та захворюваннях опорно-рухового апарату та периферійної нервової системи, у спортивній практиці, для проведення гігієнічного, косметичного масажу, самомасажу.

Вібраційний масаж

Вібраційний масаж полягає у нанесенні вібраційного впливу на окремі ділянки тіла чи весь організм за допомогою рук або спеціальних апаратів (вібраційний апарат ВМП-1, вібромасажер ВП, автомасажери "Тонус", "Спорт" та ін.). Вібрація може передаватись безпосередньо тілу хворого або через воду. Вважають, що у людини існує специфічна вібраційна чутливість та специфічні віброрецептори, на які позитивно впливає вібрація. Вібрація має знеболюючий, протизапальний, десенсибілізуючий вплив. Під впливом вібрації у хворих з в'ялими паралічами та парезами підвищується тонус м'язів, підсилюються сухожилкові рефлекси, швидко знімається втома.

Апарати для вібраційного масажу можуть мати на організм загальний та місцевий вплив. Апарати, які викликають струшування всього тіла, мають загальний вплив. До них відносять вібраційний стілець (рис. 26), вібраційну кушетку (рис. 27), апарат "Самсон", спеціальні пластини (на які лягає хворий) та ін. Апарати для загальної вібрації дуже великі, тяжкі, енергоємні, тому в наш час використовуються апарати, що мають місцевий вплив.

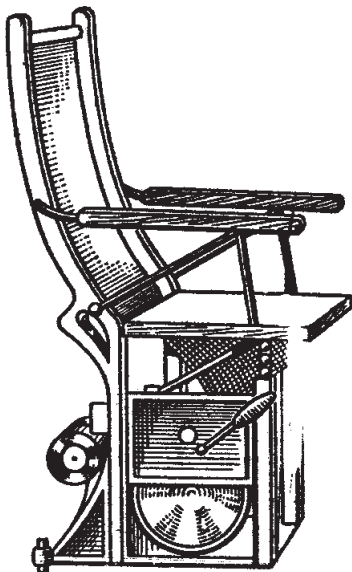


Рис. 26. Вібраційний стілець.

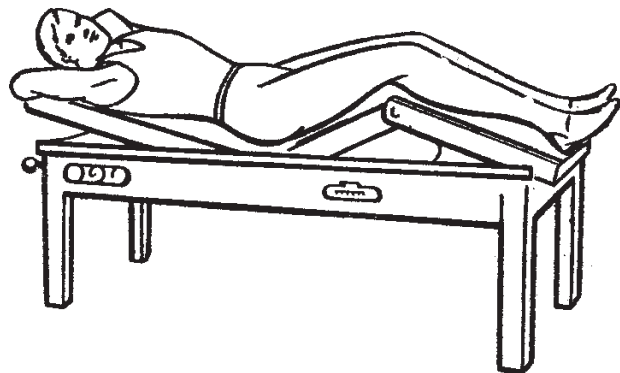


Рис. 27. Вібраційна кушетка.

Виготовляють легкий та зручний масажер, що являє собою ряд дерев'яних роликів, насаджених на шнур, по якому вони рухаються (рис. 28). Його використовують з метою поліпшення кровообігу (як місцевого, так і загального), підвищення тону м'язів, нормалізації їх біоелектричної активності при перевтомах, стимуляції фізичної працездатності. З цією ж метою використовуються масажер "Бодрість", гімнастична палка з нанизаними на ній під різними кутами до осі дерев'яними роликами. Для масажу стопи використовують спеціальні ролики для ніг та самомасажер "Тонус".

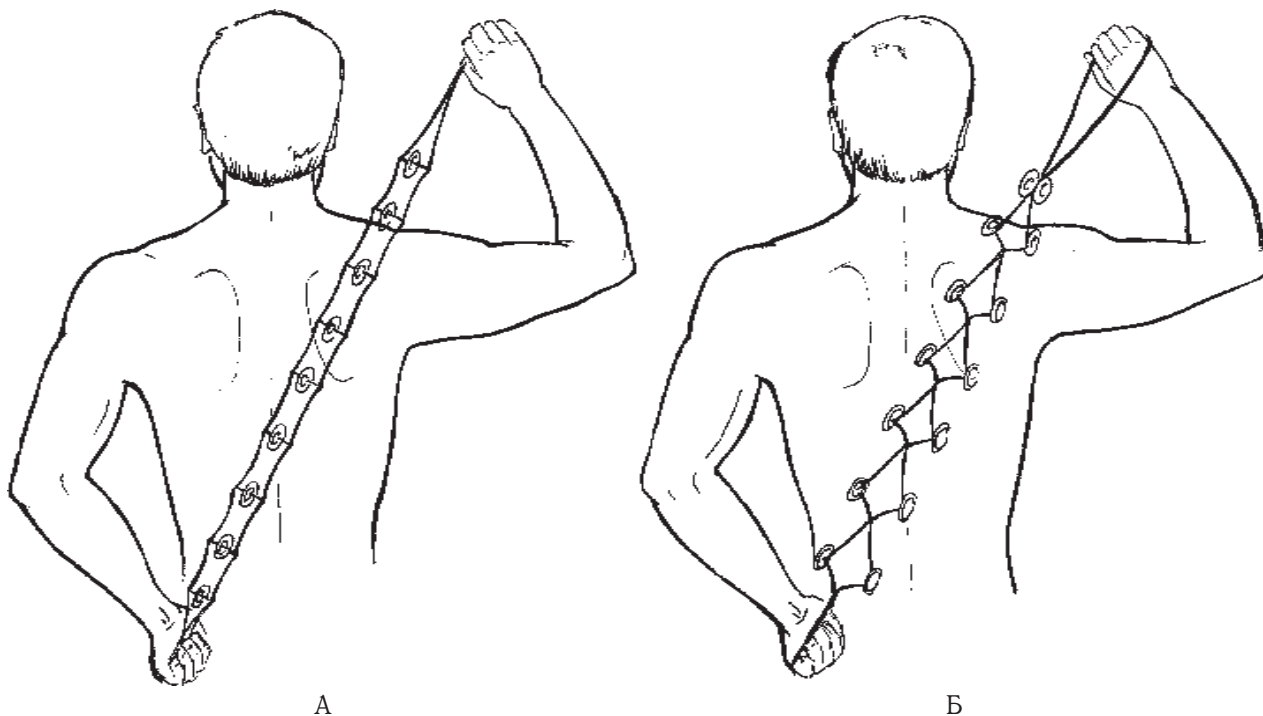


Рис. 28. Масажні доріжки: А – з одним рядом роликів; Б – з двома рядами роликів.

У лікувальній, спортивній, косметичній практиці та для самомасажу широко використовуються портативний апарат "Вібромасаж". Насадки передають вібрацію тілу, причому чим більший кут між вібратором та тілом, тим сильніша вібрація. Завдяки наявності насадок різної форми апарат можна використовувати для масажу різних ділянок тіла та дозувати інтенсивність вібрації. Подібну конструкцію мають апарати П.Л. Береснева, В.Л. Федорова та ін. А.Є. Штеренгерц рекомендує використовувати для масажу апарат Алеш, який складається з набору ебонітових паличок різної товщини. Масаж дозують різною величиною потовщення, діаметром палички, часом впливу, силою, кутом натискування. При контакті ебонітової палички з шкірою виникає електростатичне поле, яке також позитивно впливає на рецептори шкіри.

Сеанс вібромасажу проводять у такій послідовності: спина, верхні кінцівки (згинальна поверхня плеча, передпліччя, розгинальна поверхня плеча, передпліччя, кисть), поперекова, сідничні ділянки, нижні кінцівки (задня поверхня стегна, гомілки, передня поверхня стегна, гомілки, стопа), ділянки грудей та живота. Насадку віброапарата переміщують поздовжніми чи коловими рухами в напрямку до найближчих лімфатичних вузлів. У ділянці грудей – в напрямку хребта, в ділянці живота – за ходом товстого кишечника. Тривалість масажу – до 10 хв. Сеанс вібромасажу бажано починати і закінчувати ручним погладженням.

Промисловість випускає зручні переносні апарати "Тонус-масаж" (рис. 29) та "Спорт-масаж". Їх можна використовувати не тільки в лікувальних, але і в спортивних закладах, у домашніх умовах, у косметичних кабінетах. Створювані в апараті "Тонус-масаж" коливання різної швидкості й амплітуди передаються через шків і масажний пояс на масажовану ділянку тіла (рис. 30). Для масажу обличчя використовується тепловий електромасажер.

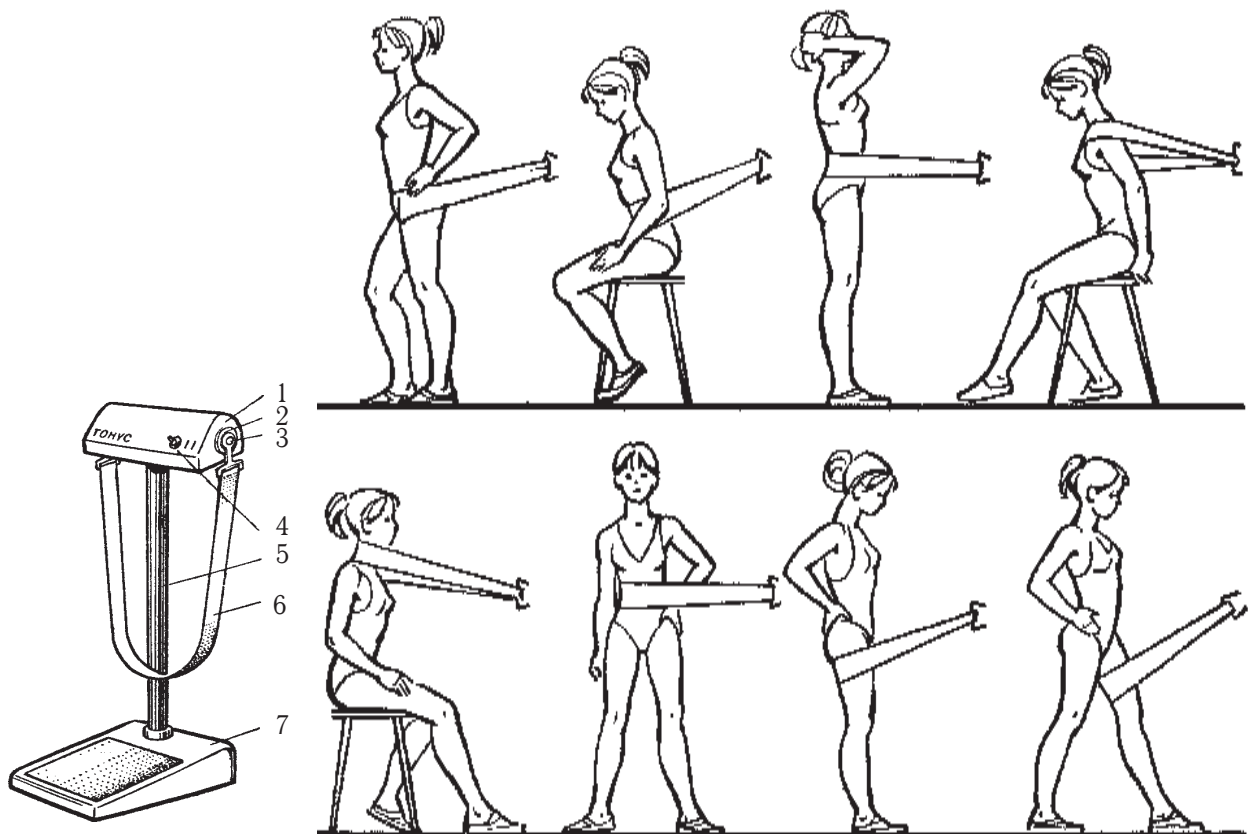


Рис. 29. Апарат “Тонус-масаж”:

- 1 – віброголовка; 2 – шків віброголовки, 3 – шків;
- 4 – перемикач; 5 – стояк;
- 6 – масажний пояс;
- 7 – підставка.

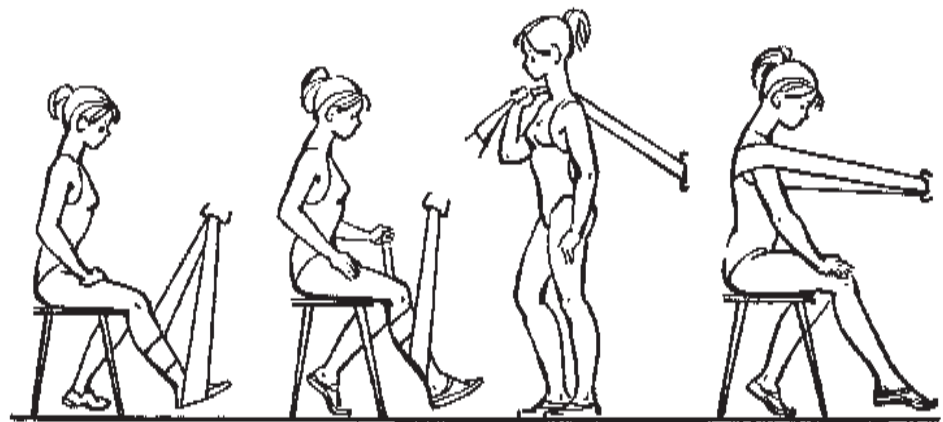


Рис. 30. Накладання масажного пояса апарата “Тонус-масаж”.

Масаж водняним струменем

Масаж за допомогою води (гідромасаж) являє собою комбінацію впливу струменем води та масажних маніпуляцій. Вони можуть бути виконані рукою масажиста або спеціальними щітками під водою, у вигляді душ-масажу, вібраційного масажу (у спеціальних вібраційних ваннах) (рис. 31). Душ-масаж – масаж струменем під великим тиском, який безпосередньо направляють на хворого або ж подають під водою, створюючи вихрові рухи води (вихровий підводний масаж). При цьому на пацієнта впливають теплові, механічні та хімічні (при використанні мінеральної або морської води) фактори.

Гідромасаж сприяє поліпшенню обмінних процесів, активує лімфо- та кровообіг, знімає напруження м'язів, нормалізує функціональний стан нервової системи. Застосовується в першу чергу при захворюваннях опорно-рухового апарату та нервової системи, в спортивній практиці.

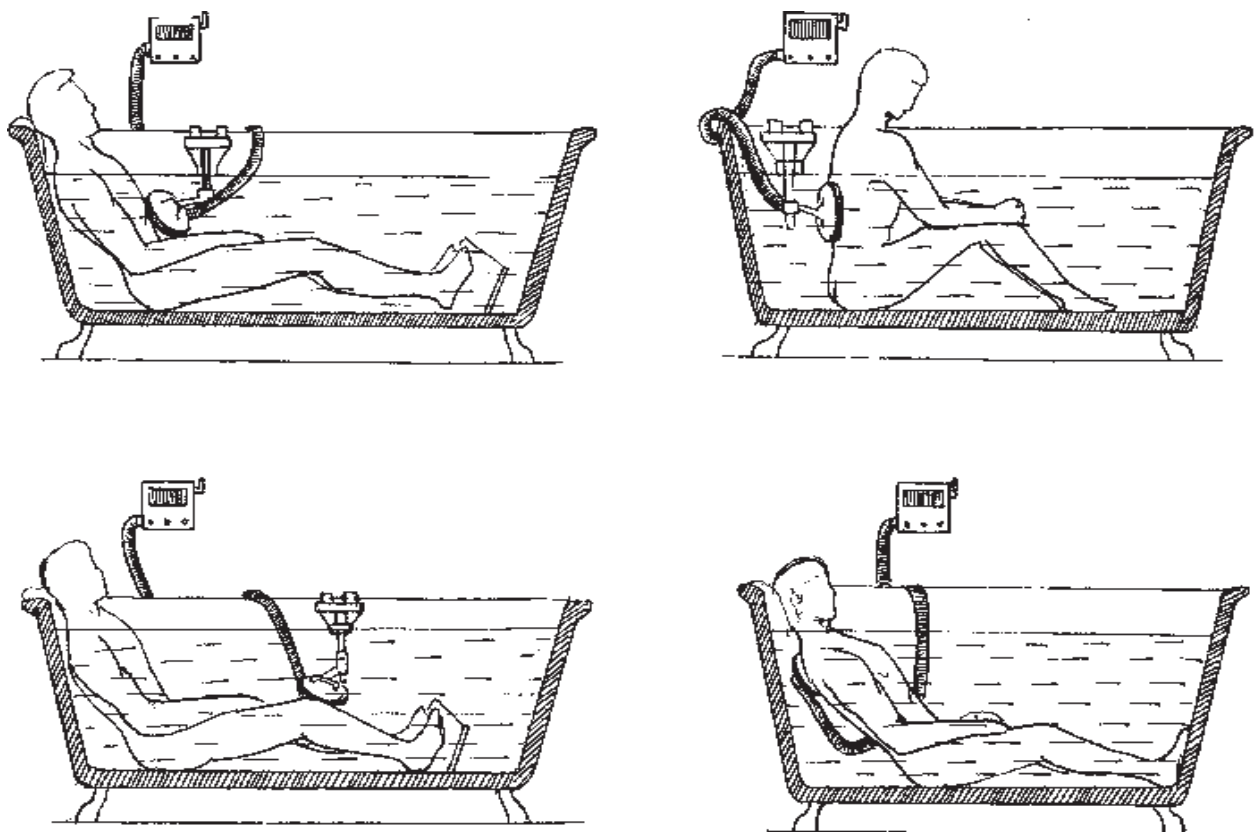


Рис. 31. Вібраційні ванни з локалізацією впливу на різні ділянки тіла.

Пневмомасаж

Пневмомасаж проводиться за рахунок підвищеного або зниженого тиску повітря. Для цього використовують спеціальні пневмомасажні апарати, в яких розміщують хворого чи окремі частини його тіла, або ж спеціальні насадки апарата прикладають до тіла хворого.

Пневмомасаж поліпшує лімфо- та кровообіг, збільшує кількість функціонуючих капілярів, поліпшує трофіку тканин, підвищує м'язовий тонус. Застосовується при лікуванні ендартеріїтів, радикулітів, невралгій, невритів, плекситів, хвороби Рейно, міозитів, остеохондрозу, захворювань шлунково-кишкового тракту та ін.

Вакуумний масаж виконується спеціальним апаратом зі зниженим барометричним тиском, у якому масажні насадки прикладають нерухомо або ж переміщують по поверхні тіла. Вакуумний масаж рекомендують у спортивній практиці, для лікування парезів, паралічів, міозитів, остеохондрозу.

Баромасаж проводять за допомогою барокамери (рис. 32). Кінцівку розміщують у спеціальній камері, в якій послідовно підвищують (компресія) та знижують (декомпресія) барометричний тиск. У період декомпресії кров припливає до ділянок тіла, що містяться в барокамері, а при компресії відтікає, немовби промиваючи судини та м'язи, подразнює закладені в них рецептори, сприяючи поліпшенню метаболізму тканин.

Синокардіальний масаж є різновидом пневмомасажу, при якому здійснюються ритмічні стискування певних ділянок кінцівки повітряними хвилями перемінного тиску. Ритм імпульсів тиску на тканини відповідає ритму скорочень серця. Рекомендують використовувати його при захворюваннях судин кінцівок, деяких захворюваннях суглобів, в'ялих паралічах.

Баночний масаж поєднує вплив банок та масажу, які мають рефлекторний вплив на організм, подразнюючи утвореним вакуумом шкірні рецептори (рис. 33).

Баночний масаж показаний при травмах та захворюваннях опорно-рухового апарату, захворюваннях нервової системи (в першу чергу при остеохондрозі хребта, попереково-

крижовому радикуліті), захворюваннях дихальної системи (бронхіт, пневмонія), міозитах, колітах. Напрямки руху присмоктаної до шкіри банки при різних захворюваннях зображені на рисунку 34.



Рис. 32. Баромасаж.

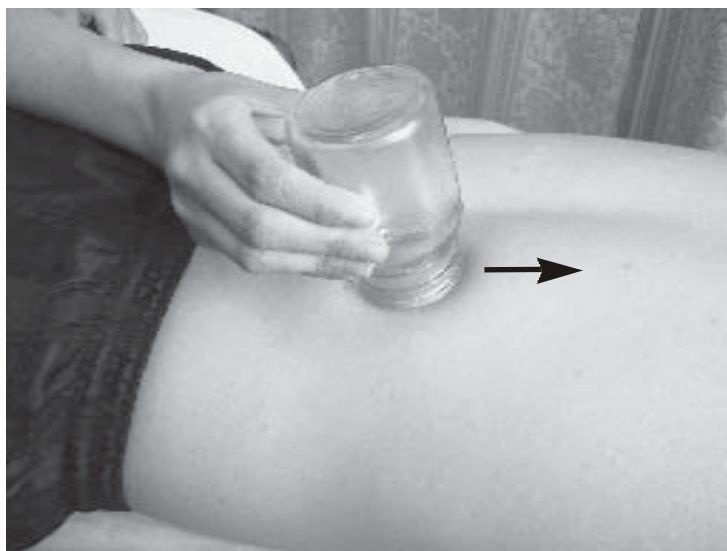


Рис. 33. Баночний масаж.

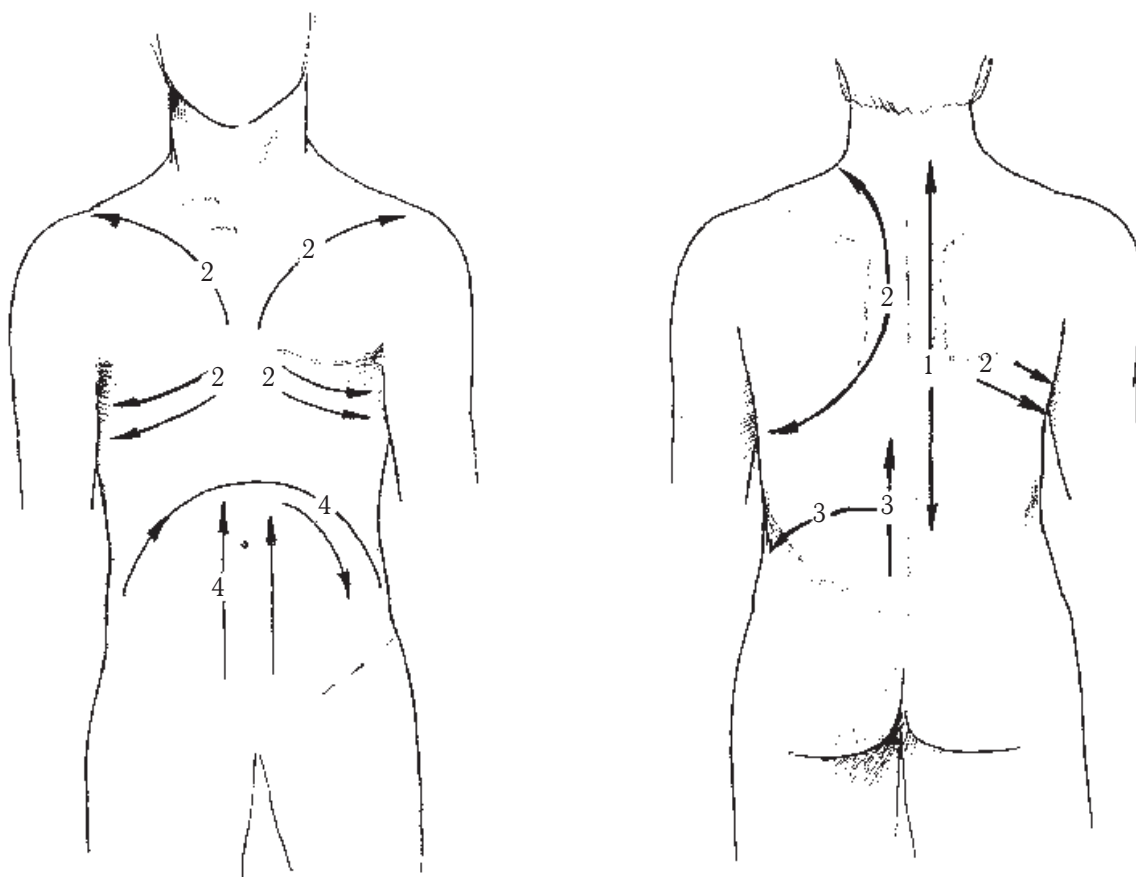


Рис. 34. Напрямок рухів при проведенні баночного масажу (В.І. Дубровський, А.В. Дубровська, 2000):
 1 – при остеохондрозі хребта (люмбаго); 2 – при пневмонії, бронхітах; 3 – при міозитах, попереково-крижових радикулітах; 4 – при колітах, гіпертонічній хворобі.

Гігієнічний масаж

Гігієнічний масаж – активний засіб зміцнення здоров'я та попередження захворювань. У теперішній час його найчастіше використовують у вигляді загального самомасажу в комбінації з ранковою гігієнічною гімнастикою, іншими видами навантаження, водними процедурами або в умовах бані. У першому випадку гігієнічний ранковий самомасаж рекомендують поєднувати з немеханізованими засобами для масажу (наприклад, масажери, масажні доріжки). У другому випадку гігієнічний масаж широко використовується серед спортсменів, проводиться або масажистом, або у формі взаємного масажу тривалістю 20-25 хв.

Масаж в бані сприятливо впливає на нервову, нервово-м'язову, ендокринну системи, поліпшує рухомість у суглобах, стимулює обмін речовин в організмі та поліпшує функцію системи виділення. Внаслідок цього він є ефективним засобом зменшення маси тіла. Масаж в бані може використовуватись для відновлення працездатності після значних фізичних навантажень. При цьому необхідно враховувати об'єм попередніх та наступних фізичних навантажень.

Косметичний масаж

Цей вид масажу використовується для покращання стану відкритих частин тіла (обличчя, шиї, кистей), попередження передчасного старіння, зміцнення волосся на голові, лікування різних косметичних дефектів.

Використовується механічне подразнення у вигляді легкого погладжування, розтирання, розминання, вібрації. Не всі спеціалісти рекомендують використовувати розтирання при масажі

обличчя та шиї. Масажні рухи повинні бути ритмічні, не зміщувати шкіру. Ефективність масажу залежить від сили, тривалості і кількості процедур.

Спортивний масаж

Спортивний масаж використовується з метою швидкого відновлення працездатності спортсмена. Залежно від мети його розподіляють на такі види:

1. Гігієнічний масаж, у вигляді самомасажу, проводять щодня вранці разом з гімнастикою.
2. Тренувальний масаж використовується як засіб підвищення функціональної здатності м'язів та фізичної досконалості спортсмена. Проводиться він перед тренуванням. Перед змаганням бажано проводити масаж в години, на які призначені змагання.
3. Попередній (підготовчий) масаж застосовують перед спортивними змаганнями для підготовки спортсмена до досягнення максимальних результатів та профілактики травматизму.
4. Відновний масаж призначають для прискорення відновлення працездатності після виступів або в перервах між змаганнями.
5. Лікувальний спортивний масаж використовується при травмах. Методика такого масажу залежить від виду та характеру травми.

Розділ 3

ТЕХНІКА МАСАЖУ

Техніка класичного масажу

Техніка масажу – спосіб виконання окремих прийомів, які дають можливість досягнути якнайкращого результату за якнайкоротший час. Техніка масажу руками сформувалась давно і описана багатьма авторами. На сьогодні найбільш поширена техніка класичного масажу, описана О.Ф. Вербовим (1966). Масаж виконується спеціальними рухами рук, що називаються прийомами. О.Ф. Вербов виділяє 4 основних прийоми масажу: погладжування, розтирання, розминання, вібрацію. “Масажні прийоми, як окремі тони музики, ніколи не звучать тривалий час поодиноці, а переходять один в одній, зливаючись в акорд” (Dollinger, 1899).

Різниця в техніці виконання прийомів у першу чергу зумовлена положенням рук відносно поверхні масажованої ділянки під час виконання прийому, контактом кисті чи її окремих ділянок зі шкірою, глибиною масажних впливів, видом тканин, які підлягають масажу (рис. 35), характером рухів, що здійснює масажист.

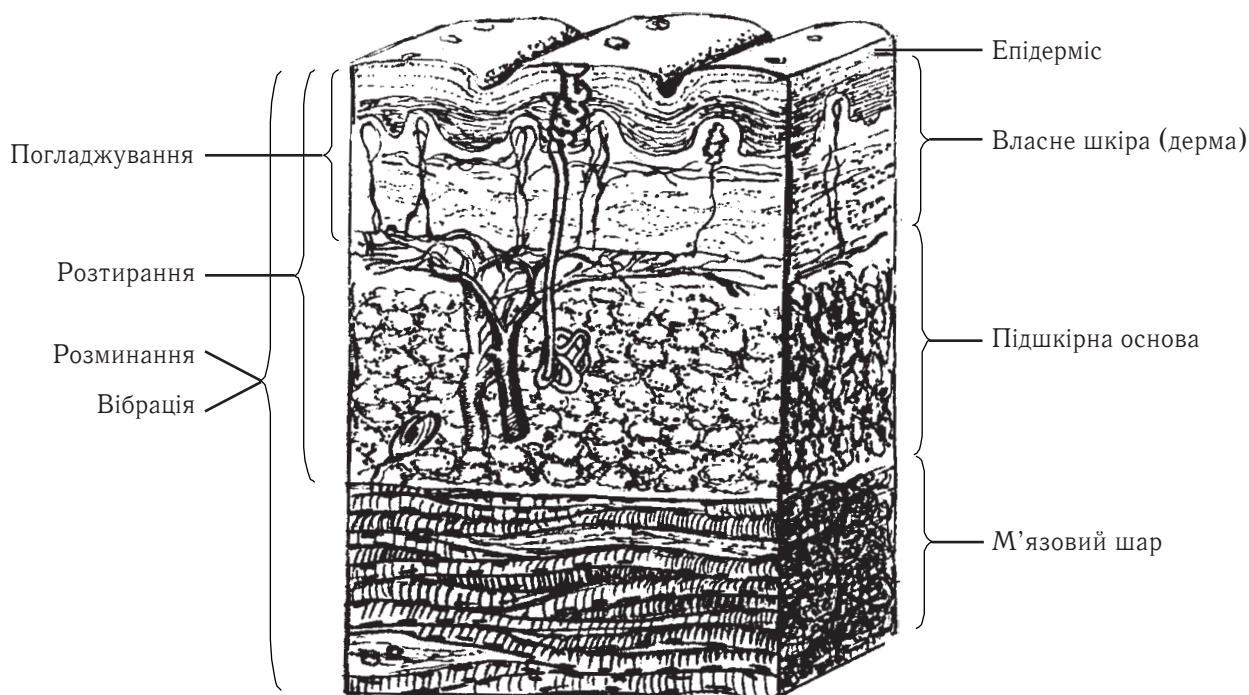


Рис. 35. Схема впливу основних прийомів масажу на шкіру та підлеглі тканини.

Усі прийоми масажу поділяють на основні та допоміжні (табл. 4).

При проведенні класифікації окремих прийомів масажу враховуються їх якісні та кількісні характеристики. Основними з них є:

1. Глибина впливу: поверхнево чи глибоко.
2. Ділянка кисті, якою виконується прийом (рис. 36, 37):
 - а) усією кистю: тильною чи долонною поверхнею;
 - б) краєм кисті: променевим чи ліктьовим;
 - в) підвищенням долоні: великого пальця чи мізинця;
 - г) пальцями: одним, двома, трьома, усіма:
 - прямими чи зігнутими;
 - зведеними чи розведеними;
 - тильною чи долонною поверхнею;

Класифікація прийомів масажу (О.Ф. Вербов, 1966, доповнення Л.О. Кунічева, 1982)

Основний прийом	Вид основного прийому	Допоміжні прийоми
Погладжування	Площинне погладжування: поверхнєве, глибоке, переривчасте, безперервне Обхоплююче погладжування: поверхнєве, глибоке, переривчасте, безперервне	Гребенеподібне Гладження Граблеподібне Хрестоподібне Щипцеподібне
Розтирання	Розтирання: пальцями, опорною частиною кисті, ліктьовим чи променевим краєм кисті	Гребенеподібне Граблеподібне Пиляння Штрихування Пересікання Щипцеподібне Стругання
Розминання	Безперервне Переривчасте Поздовжнє Поперечне	Щипцеподібне Валяння Накочування Зміщення Посмикування (пощипування) Розтягування Стискання Натискування Гребенеподібне
Вібрація	Безперервна	Стрясання Потрушування Струшування Підштовхування
	Переривчаста	Рубання Поплескування Поколочування Пунктування Шмагання

– зігнутими в кулак;

– усією поверхнею пальця чи долонною поверхнею нігтьової фаланги.

3. Напрямок руху кистей: прямолінійний, зигзагоподібний, спірале- та колоподібний, поперечний, поздовжній, кільцевий (рис. 38).

4. Кількість рук, що виконують прийом:

а) однією рукою;

б) двома руками, що рухаються:

– послідовно;

– паралельно: в одному чи протилежних напрямках;

– симетрично, в протилежних напрямках – права рука за годинниковою стрілкою, ліва – проти неї;

– одна поверх одної (обтяжена кисть).

5. Кривизна поверхні, яка підлягає масажу: площинне (на плоских поверхнях тіла) та обхоплююче (на овальних поверхнях тіла людини).

6. Контакт рук з масажованою ділянкою: безперервний та переривчастий.

7. Характер впливу на масажовані тканини: кисті ковзають по їх поверхні, зміщують, натискають, стискають, захоплюють, надають коливальних рухів.

8. Зусилля (міра механічного впливу), затрачені на виконання прийому:

– слабкі;

– середні;

– сильні.

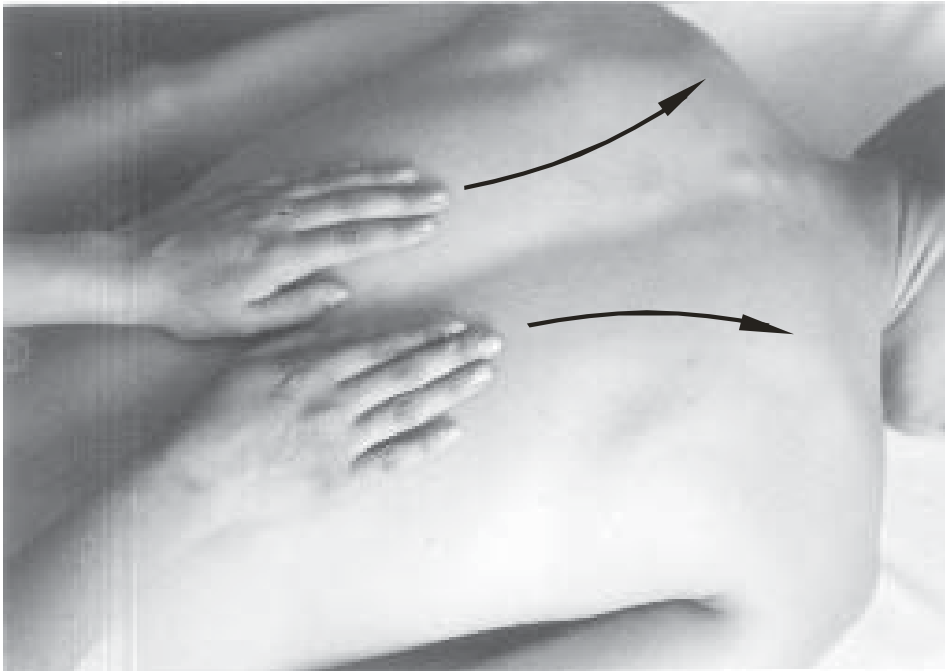
Долонні поверхні кінцевих фаланг
пальців (подушечки пальців)



Рис. 36. Долонна поверхня кисті.



Рис. 37. Тильна поверхня кисті.



А



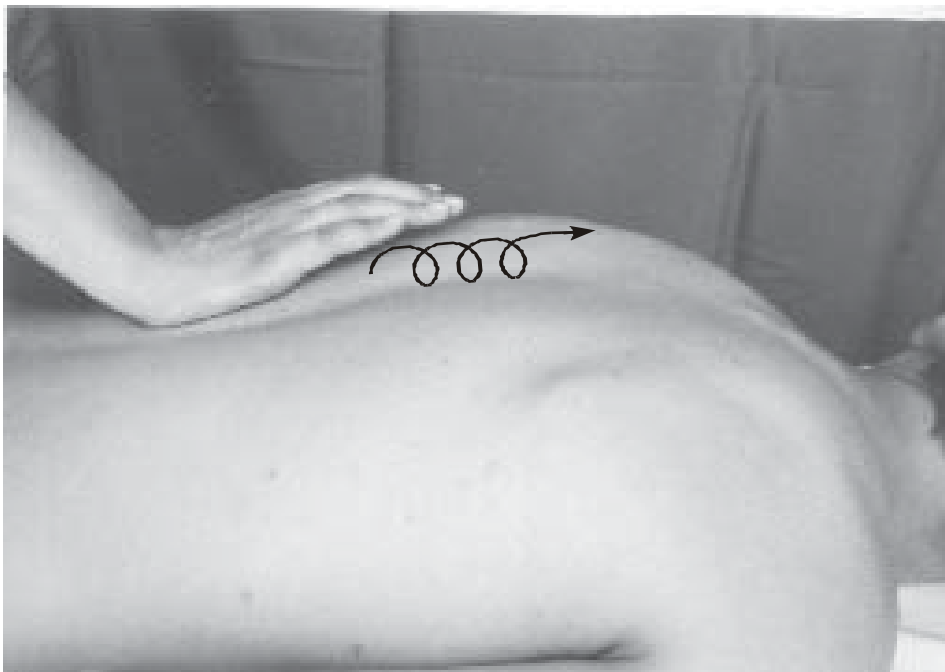
прямолінійний
однією рукою



прямолінійний
двома руками,
які рухаються в
одному напрямку



прямолінійний
двома руками,
які рухаються в
протилежних
напрямах



Б



спіралеподібний
однією рукою



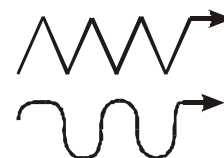
спіралеподібний
двома руками, які
рухаються в
протилежних
напрямах

спіралеподібний
двома руками, які
рухаються в
протилежних
напрямах

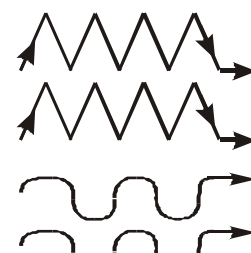


спіралеподібний
двома руками, які
рухаються в одному
напрямку

Рис. 38. Напрямки рухів рук при проведенні масажу:
А – прямолінійний; Б – спіралеподібний.

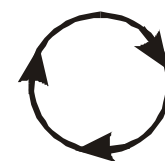


зигзагоподібний
однією рукою



зигзагоподібний
двома руками

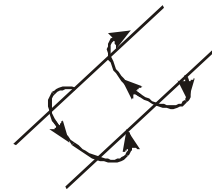
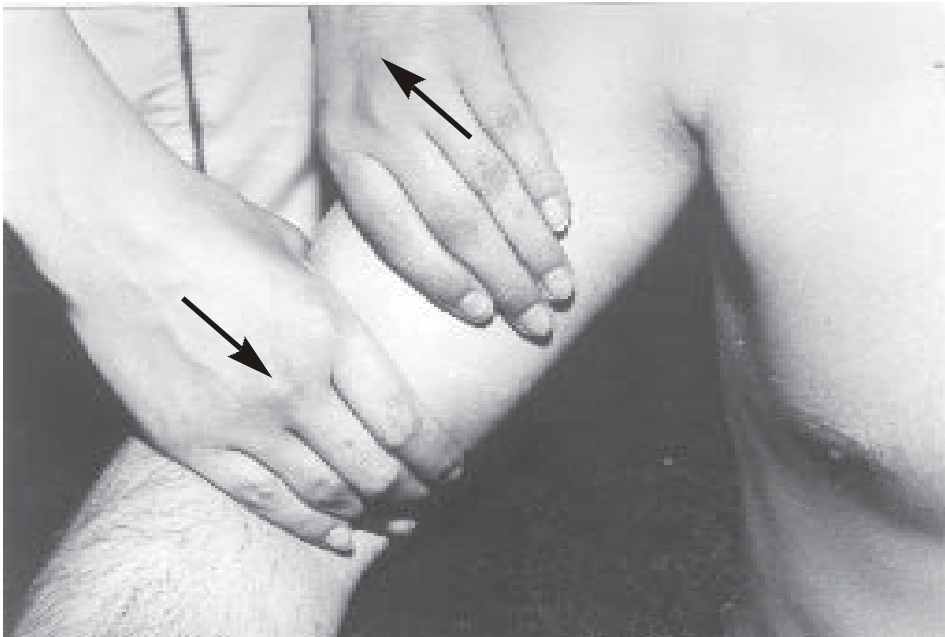
В



колоподібний

Г

Рис. 38 (продовження). Напрямки рухів рук при проведенні масажу:
В – колоподібний; Г – зигзагоподібний



кольцеподібний

Д

Рис. 38 (продовження). Напрямки рухів рук при проведенні масажу: Д – кільцеподібний.

9. Швидкість виконання окремих рухів (швидкість проходження кисті масажиста по масажованій ділянці або швидкість зміщення масажованих тканин):

- повільна;
- середня;
- висока.

10. Тривалість (час, затрачений на виконання прийому):

- короткотривала,
- середня;
- довготривала.

11. Амплітуда (відхилення від нульового значення – вихідного положення):

- максимальна;
- середня;
- мінімальна.

Кількісні характеристики визначаються залежно від: використовуваного прийому; ділянки кисті, яка виконує прийом; ділянки тіла, що підлягає масажу; анатомо-фізіологічних особливостей масажованих тканин. Так, наприклад, визначення амплітуди рухів у першу чергу залежить від: зміщення кистей чи окремих її ділянок по поверхні тіла (як при розтиранні); зміщення масажованих тканин (як при розминанні чи безперервній вібрації); віддалення кистей від масажованої поверхні (як при переривчастій вібрації).

ПОГЛАДЖУВАННЯ

Погладжування – це такий прийом, при якому кисть масажиста ковзає по поверхні шкіри, не змішуючи її, здійснює різного ступеня натискування.

З погладжування починається процедура масажу, ним же і закінчується та виконується між окремими прийомами. На погладжування витрачається 5-10 % процедури.

Фізіологічний вплив погладжування

1. Позитивний вплив на шкіру: очищується, покращуються дихання, трофіка, обмін речовин, активується секреторна функція, підвищується тонус та еластичність.

2. Поліпшується крово- та лімфообіг, зменшуються набряки, має розсмоктувальний вплив.
3. Зменшується больовий синдром.
4. Залежно від завдань масажу може мати заспокійливий (поверхнєве погладжування) чи тонізуючий (глибоке погладжування) вплив на функціональний стан нервової системи.
5. Погладжування рефлексогенних зон дає можливість вплинути на змінену діяльність різних тканин та внутрішніх органів.
6. Поліпшує трофічні процеси в суглобах, підтримує їх функціональну здатність.

Види та техніка виконання прийомів погладжування

Основними прийомами погладжування є площинне та обхоплююче погладжування.

ПЛОЩИННЕ погладжування (рис. 39). Кисть, щільно прилягаючи до поверхні шкіри, але не зміщуючи її, рухається в одній площині вільно, без напруження. Пальці зімкнуті. Вхідження руки в контакт зі шкірою на початку прийому та закінчення його повинні бути настільки поступовими, ніжними, щоб хворий ледве відчув цей рух. Він не повинен викликати вираженої шкірно-судинної реакції (почервоніння шкіри). Виконується повільно, ритмічно. Використовується при масажі плоских ділянок шкіри (на животі, спині, грудях), при парезах, спастичних та в'ялих паралічах, м'язовій дистрофії, послабленні тонулу лімфатичних судин та кровоносних капілярів.

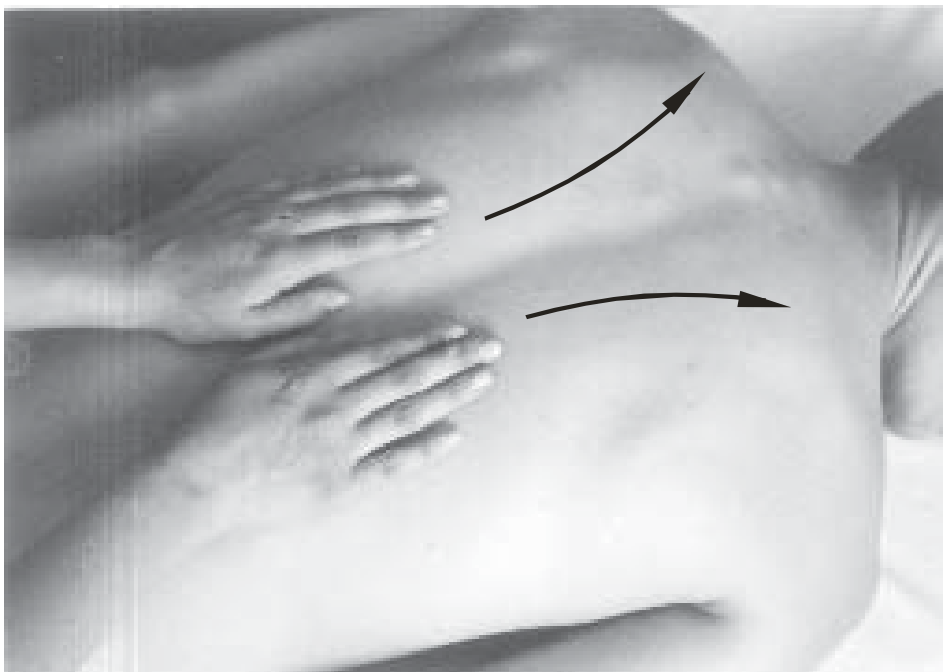


Рис. 39. Площинне погладжування спини двома руками.

ОБХОПЛЮЮЧЕ погладжування (рис. 40). Щільно обхопивши долонною поверхнею кисті більш чи менш овальну поверхню тіла (великий палець максимально відведений, протиставлений іншим), кисть ковзає по поверхні шкіри від периферії до центру, не зміщуючи її. Використовується при масажі кінцівок, бічних поверхонь тулуба, шиї та інших ділянок округлої конфігурації.

Обхоплююче погладжування плечового, ліктьового, колінного суглобів проводиться долонною поверхнею кисті (перший палець разом з іншими). Рука щільно обхоплює суглоб, здійснюючи колові рухи по його поверхні. Виконується однією чи двома руками, які рухаються послідовно.

Площинне та обхоплююче погладжування може бути поверхнєвим та глибоким (рис. 41). При поверхнєвому погладжуванні рука ніжно, без зусилля виконує погладжування. При глибокому – рука здійснює більш чи менш глибоке та енергійне натискування на масажовану тканину, не зміщуючи шкіру.



Рис. 40. Обхоплююче погладження стегна двома руками, які рухаються паралельно.

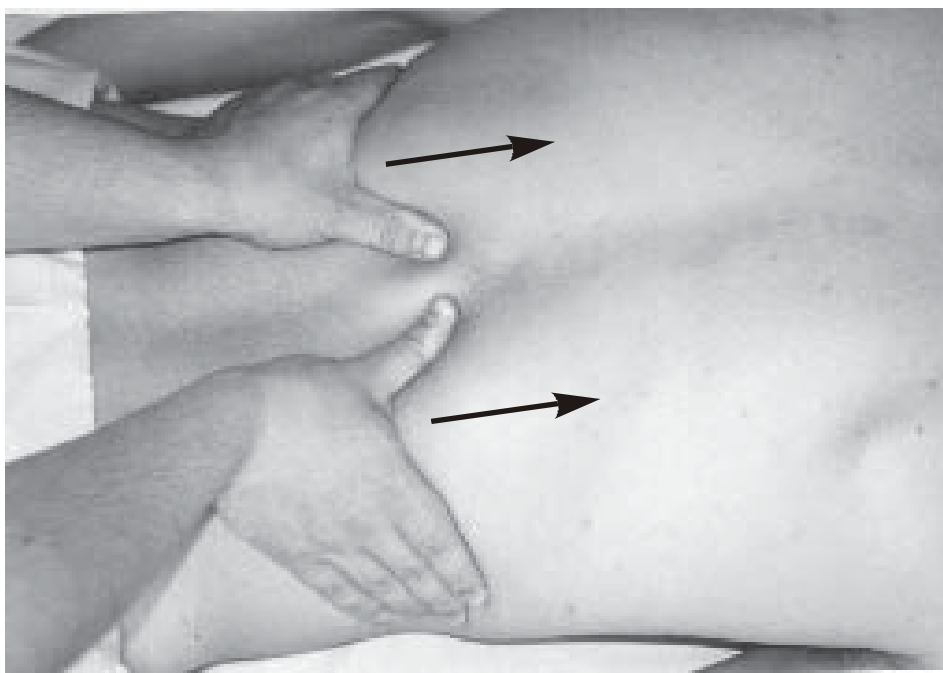


Рис. 41. Площинне глибоке погладження спини.

Поверхнєве погладження має заспокійливий вплив на нервову систему, знижує емоційну збудливість, зменшує больовий синдром, сприяє м'язовому розслабленню. Воно поліпшує вазомоторну функцію шкірних судин, стимулює обмінні процеси в шкірі та підшкірній основі, підвищує пружні та еластичні властивості шкіри. Глибоке погладження стимулює лімфотік, активізує кровопостачання, сприяє швидкому виділенню продуктів обміну з масажованих тканин, зменшенню застою та набряку в них, покращує вазомоторну функцію глибоких судин, підвищує та відновлює функцію суглобів. Глибоке погладження обов'язково проводиться за ходом масажних ліній, зумовлених напрямком течії лімфи.

Погладжування волосистої частини голови виконується від тім'я до лімфатичних вузлів потилиці, вух, шиї. При погладжуванні обличчя рухи повинні бути направлені від середньої лінії в обидва боки до підщелепних та підпідборідних лімфатичних вузлів. На шиї руки рухаються зверху вниз до над- та підключичних, пахвових лімфатичних вузлів. Напрямок погладжування тулуба визначає поясна лінія: вище неї – до пахвової, нижче – пахвинної ділянок. На верхній кінцівці масаж проводиться поздовжньо від пальців до пахвової ділянки, на нижній – до пахвинної. Виняток становлять тильна та долонна поверхні пальців кисті і тильна та підошвова поверхні пальців стопи, де рухи повинні мати поперечний напрямок, що зумовлено напрямком лімфоток.

Залежно від анатомічних особливостей масажованої ділянки погладжування може виконуватися долонною (рис. 42), тильною (рис. 43) поверхнями кисті, її ліктьовим та променевим краєм. Погладжування долонною поверхнею може проводитися всією долонею, її опорною частиною, одним, декількома чи усіма пальцями, підвищеннями великого пальця та мізинця. Напрямок рухів – прямолінійний, при масажі суглобів – колоподібний.

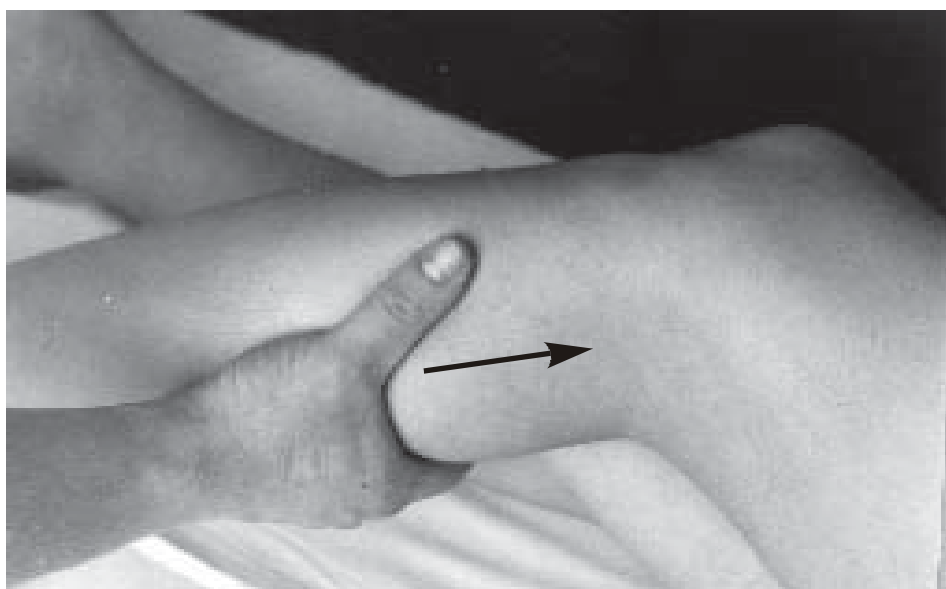


Рис. 42. Погладжування долонною поверхнею кисті гомілки.



Рис. 43. Погладжування спини тильною поверхнею кисті – гладження.

Погладжування може проводитися однією (рис. 44) чи двома руками. При масажі двома руками вони можуть рухатись послідовно (рис. 45, 46) або паралельно (в одному напрямку) (рис. 47) чи розміщуватись одна на одній (рис. 48).



Рис. 44. Погладжування однією рукою задньої поверхні гомілки.

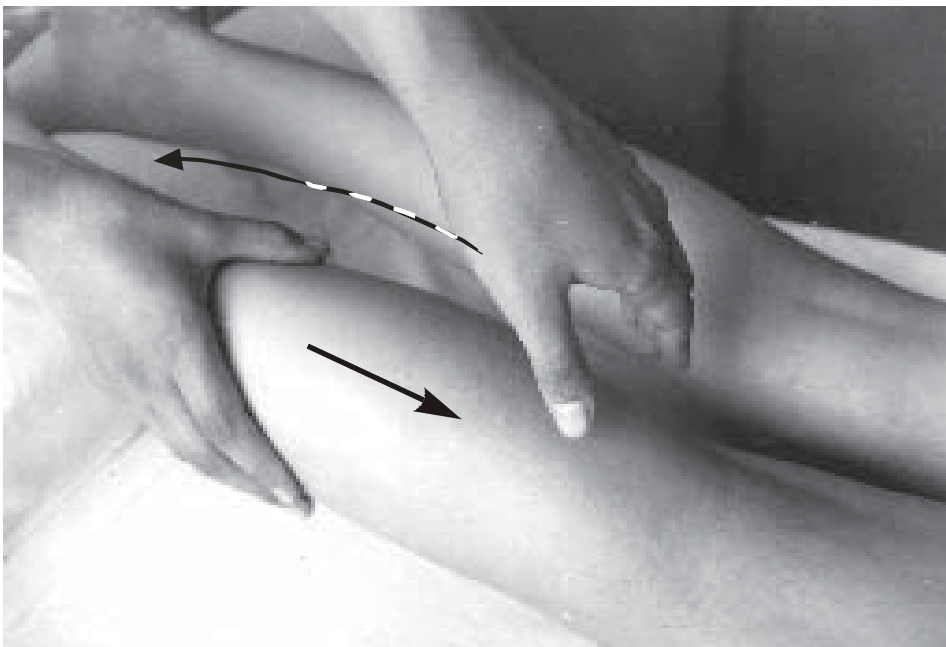


Рис. 45. Погладжування задньої поверхні гомілки двома руками, які рухаються послідовно (відносно масажиста напрямком рухів уперед).

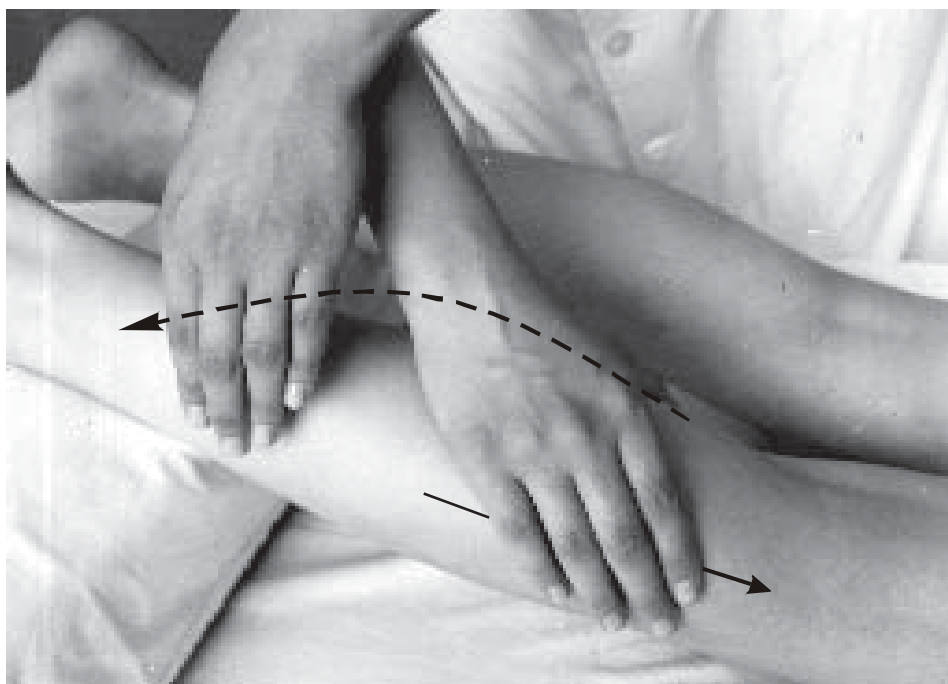


Рис. 46. Погладження задньої поверхні гомілки двома руками, які рухаються послідовно (відносно масажиста напрямом рухів уліво).

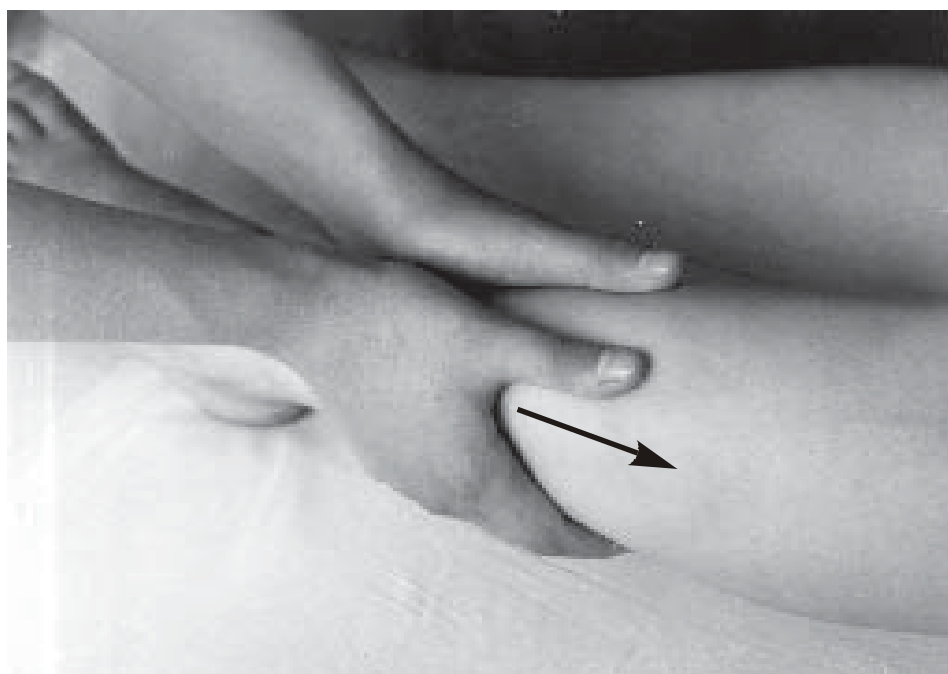


Рис. 47. Обхоплююче погладження гомілки двома руками, які рухаються паралельно (в одному напрямку).

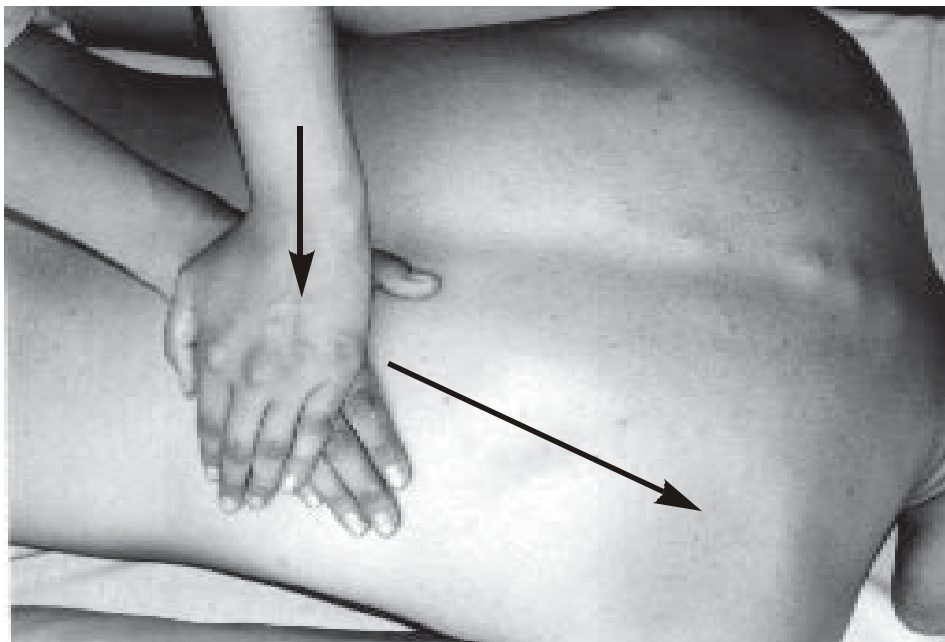


Рис. 48. Погладження спини двома руками, обтяженою кистю.

При проведенні погладження руки можуть здійснювати безперервні ковзаючі рухи або переривчасті скачкоподібні ритмічні паси. Безперервне погладження проводиться на великих поверхнях, вплив не має різких контрастів. Це сприяє заспокійливому впливу на функціональний стан нервової системи, зняттю болювого синдрому. Переривчасте погладження своїми енергійними переривчастими рухами сприяє подразнюючому впливу на шкірні рецептори, що проявляється у збуджуючому впливі на нервову систему. Енергійне переривчасте погладження прискорює кровообіг, сприяє швидкому виведенню продуктів обміну, зігріває м'язи, поліпшує їх скоротливу функцію, підвищує судинний тонус.

На кінцівках обхоплює переривчасте погладження виконується короткими скачкоподібними (через 2-4 см) енергійними ритмічними рухами. Масажовані тканини то обхоплюються і стискаються, то відпускаються. При повторних рухах впливу підлягають тканини, пропущені під час попереднього прийому. Використовується при сповільненому зростанні перелому, псевдоартрозах, при необхідності обминати пошкоджені, зі свіжими рубцями, ділянки.

Допоміжні прийоми погладження.

З допоміжних прийомів погладження найчастіше використовують щипцеподібне, граблеподібне, гребенеподібне, хрестоподібне погладження та гладження. Щипцеподібне та хрестоподібне погладження є різновидами обхоплюючого погладження, інші – площинного.

ЩИПЦЕПОДІБНЕ погладження (рис. 49) виконується щипцеподібно складеними I-II чи I та II-IV пальцями, які захоплюють масажовану ділянку і здійснюють по ній ковзаючі рухи, не зміщуючи шкіри. Використовується при масажі бічних поверхонь пальців, країв кистей, стоп, сухожилків, окремих м'язів, країв великих м'язів. Напрямок рухів – поздовжній.

ГРАБЛЕПОДІБНЕ погладження (рис. 50) проводиться граблеподібно поставленими пальцями, які розміщуються під кутом 30-45°. При цьому пальці широко розведені (перший палець протиставлений іншим). Може виконуватися в поздовжньому, поперечному, зигзагоподібному, колоподібному напрямках однією чи двома руками. Використовується при масажі волосистої частини голови, міжребрових проміжків, міжостистих проміжків хребта, при необхідності обминати уражені ділянки шкіри.

ГРЕБЕНЕПОДІБНЕ погладження (рис. 51) виконується кістковими виступами дистальних відділів основних фаланг зігнутих у кулак пальців. Проводиться в поздовжньому, поперечному, зигзагоподібному, спіралеподібному, коловому напрямках, однією чи двома руками.

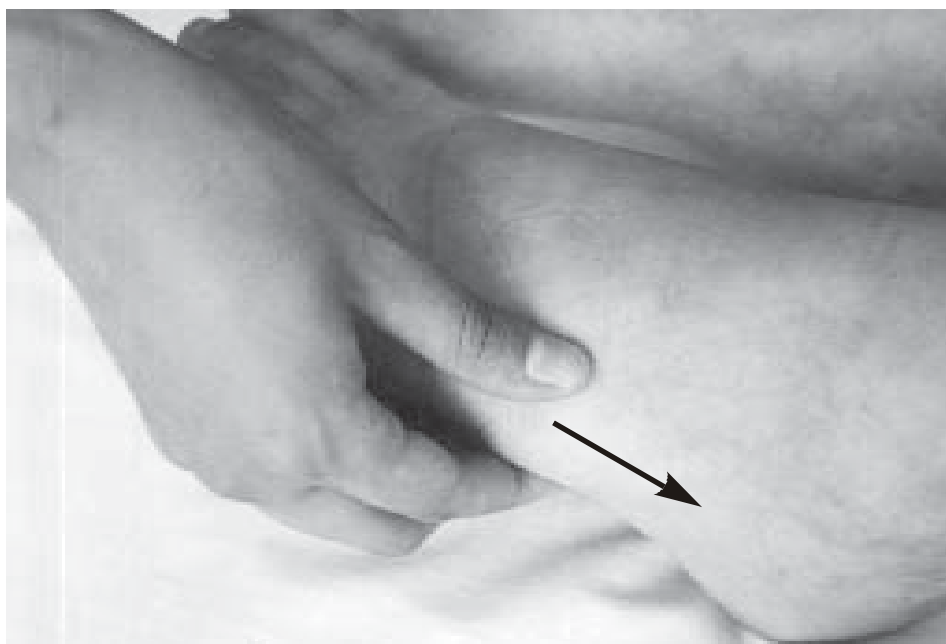


Рис. 49. Щипцеподібне погладжування бічного краю стопи.

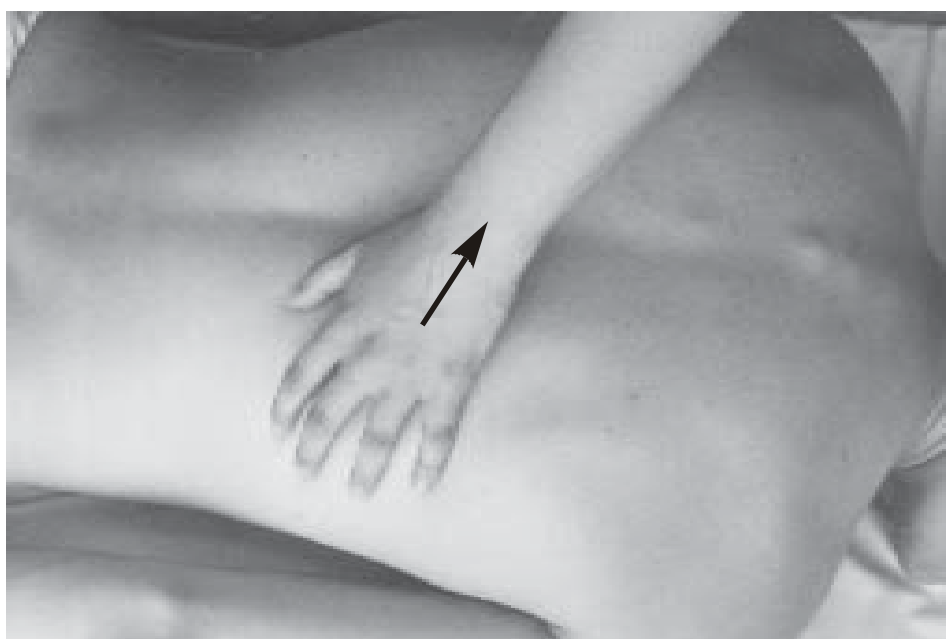


Рис. 50. Граблеподібне погладжування міжребрових проміжків.

Використовується на місцях з масивною мускулатурою, на ділянках тіла, покритих щільною фасцією (долоні, підошви, поперековий відділ спини), при великих відкладеннях жиру.

ХРЕСТОПОДІБНЕ погладжування (рис. 52) виконується долонними поверхнями обох кистей при складених навхрест пальцях. Кистями обхоплюють кінцівку і, ковзаючи по поверхні шкіри, переміщують їх від периферії до центру. Шкіра при цьому не зміщується.

Використовується під час масажу кінцівок при ожирінні, набряках, слоновості, на масивній мускулатурі. Для зручності пацієнт кладе руку на плече масажиста, ногу – на край кушетки.

ГЛАДЖЕННЯ (рис. 43) проводиться тильною поверхнею кисті чи основних та середніх фаланг 2-5 пальців, зігнутих у п'ястково-фалангових суглобах під прямим кутом до долоні.

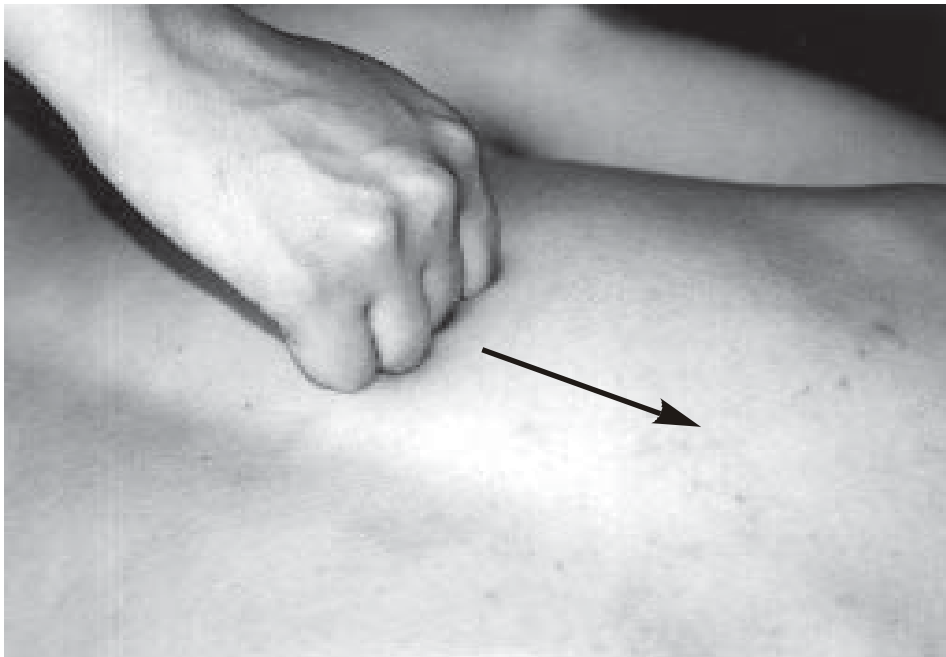


Рис. 51. Погладження спини – гребенеподібний прийом.



Рис. 52. Погладження плеча – хрестоподібний прийом.

Може проводитися однією, двома руками, які рухаються паралельно чи послідовно, обтяженою кистю. Останнє може виконуватися при масажі ділянок з масивною мускулатурою, на ділянках зі щільною фасцією, при великих відкладеннях жиру, при масажі кінцівок. Під час масажу м'язів лица, шиї, ділянок з підвищеною чутливістю шкіри необхідно проводити більш легше, ніжне гладження.

Нерідко при виконанні погладження використовують комбінації декількох прийомів. Так, погладження суглобів можна проводити спіралеподібними рухами пальців по колу.

Практичні рекомендації щодо проведення погладжування.

1. Погладжування необхідно проводити у фізіологічно зручному положенні масажованої ділянки при максимально розслаблених м'язах.

2. Погладжування може використовуватися як самостійний прийом (свіжі травми, больовий синдром, відсмоктувальний масаж, підвищена чутливість тканин, лактостаз) або ж у комплексі з іншими прийомами.

3. Погладжування починається і закінчується процедура масажу, використовується також між окремими прийомами.

4. Погладжування проводиться за напрямком руху лімфи.

5. Лімфатичні вузли масажувати не рекомендують.

6. Погладжування необхідно проводити повільно (24-26 за 1 хв), ритмічно, особливо при набряках тканин. При швидкому та неритмічному виконанні прийому утруднюється лімфотік, травмуються лімфатичні судини, збільшується лімфостаз.

7. Поверхнєве погладжування повинно бути підготовкою до глибокого.

8. Сила натиску при погладжуванні залежить від анатомічних особливостей масажованої ділянки. Натискування підсилюється в місцях проходження магістральних судин, на ділянках, прикритих великим шаром жирової клітковини та м'язів, і зменшується на кісткових виступах, при підвищеній чутливості та болючості тканин. Тому погладжування на згинальній поверхні кінцівки повинно бути більш глибоким, ніж на розгинальній.

9. При набряках використовують відсмоктувальний масаж: починають погладжування вище-розміщеного відносно набряку сегмента, щоб звільнити шлях для проходження лімфи та крові від нижчерозміщених сегментів кінцівки. Проводять поверхнєве і поступово переходять на глибоке погладжування. Тільки після цього приступають до поверхнєвого погладжування ділянки набряку.

10. При погладжуванні в ділянці проекції м'язів рухи здійснюються за ходом м'язових волокон.

Основні помилки, що можуть зустрічатися при проведенні погладжування.

1. Напружена кисть масажиста, що швидко втомлює його та може викликати біль у хворого.

2. Значне розведення пальців викликає нерівномірність натиску на шкіру.

3. Нещільне прилягання руки до тіла.

4. Нерівномірний чи занадто швидкий темп.

5. Зміщення шкіри замість ковзання по ній.

6. Неправильне положення пацієнта чи масажиста.

7. Холодні руки у масажиста.

РОЗТИРАННЯ

Розтирання – це такий прийом, при якому рука масажиста поступальними рухами здійснює натискання на поверхню шкіри, утворюючи шкірну складку у вигляді валика, зміщує її у різних напрямках, роз'єднує, розтягує підлеглі тканини, перетирає в них патологічні затвердіння та ущільнення.

Фізіологічний вплив розтирання

1. Здійснюється механічний вплив на шкіру та підлеглі тканини.

2. Є джерелом великої кількості аферентної імпульсації, що викликає безліч місцевих та загальних реакцій.

3. Залежно від техніки проведення може мати заспокійливий чи збуджуючий вплив на функціональний стан нервової системи.

4. Розтирання разом з погладжуванням при паралічах і парезах центрального походження знижують збудливість рухових клітин спинного мозку, розслаблюючи тонус напружених м'язів.

5. Під впливом розтирання підвищується місцева температура, покращуються крово- та лімфообіг, еластичність, розтяжність м'язів, що сприяє їх розм'якшенню.

6. При місцевому підвищенні температури покращуються також обмінні процеси в тканинах, прискорюється розсмоктування патологічних ущільнень в шкірі, підшкірній основі, суглобових сумках та періартикулярних тканинах.

7. Розтирання сприяє збільшенню рухомості тканин, розтягненню рубців та злук, зменшенню затвердіння в м'язах.

8. Розтирання разом з погладжуванням є основними прийомами масажу в лікуванні захворювань суглобів: після пошкоджень та поранень, при запальних процесах та випотах в суглоби, при їх деформівних захворюваннях, при захворюваннях хребта.

Види та техніка виконання прийомів розтирання

Основні прийоми розтирання: розтирання пальцями, розтирання долонною поверхнею кисті, розтирання кулаком, розтирання опорною частиною кисті, розтирання ліктьовим краєм кисті.

РОЗТИРАННЯ ПАЛЬЦЯМИ (рис. 53) – найбільш вживаний прийом розтирання. Розтирання подушечками пальців завдяки їх великій тактильній чутливості є універсальним прийомом. Може виконуватися долонною поверхнею кінцевої фаланги одного пальця (великого, вказівного чи середнього) або долонною поверхнею декількох пальців. При розтиранні пальцями кисть розміщується під кутом 35-45° до масажованої поверхні, пальці випрямлені, великий палець притиснутий до вказівного, а подушечки II-V пальців щільно прилягають до масажованої ділянки і прямолінійними, спіралеподібними чи коловими рухами зміщують шкіру та підшкірну основу.

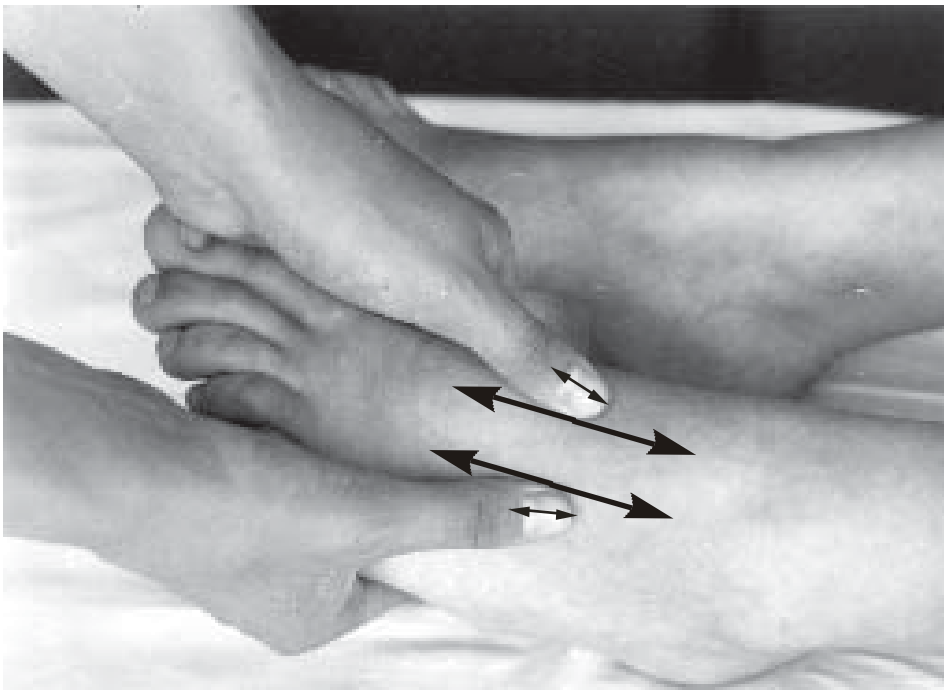


Рис. 53. Розтирання пальцями стопи – поздовжній напрямок рухів.

При розтиранні вказівним або середнім пальцем кисть опирається на перший, і навпаки, при розтиранні великим пальцем опорою стають інші пальці.

Розтирання пальцями використовують при масажі волосистої частини голови, суглобів, сухожилків, стоп, кистей, міжребрових проміжків, міжостистих проміжків хребта, коли необхідно більш енергійно вплинути на тканини. Розтирання одним пальцем застосовують при масажі малих поверхонь: пальців, у місцях виходу на поверхню нервів, при м'язових ущільненнях, в ділянці суглобових сумок, в місцях прикріплення м'язів.

РОЗТИРАННЯ ДОЛОННОЮ ПОВЕРХНЕЮ КИСТІ: кисть сильно притискається до масажованої ділянки, пальці з'єднані; проводиться зміщення шкіри та підшкірної основи. Використовується при масажі великих м'язів та м'язових груп (спина, стегно, сідниці) (рис. 54).



Рис. 54. Спіралеподібне розтирання стегна долонними поверхнями кистей.

РОЗТИРАННЯ ОПОРНОЮ ЧАСТИНОЮ КИСТІ: опорна частина долоні щільно притискається до масажованої ділянки і здійснює натискування зі зміщенням шкіри та підшкірної основи. Використовується при масажі м'язів спини, суглобів, стегон, гомілок (рис. 55).

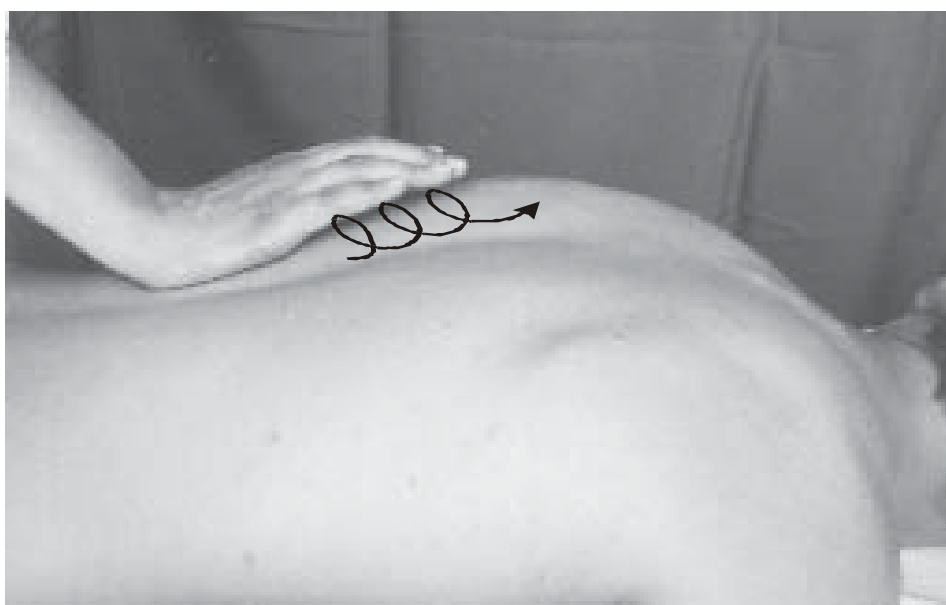


Рис. 55. Розтирання (розминання) спини опорною частиною кисті.



Рис. 56. Розтирання спини ліктьовим краєм кисті.

РОЗТИРАННЯ ЛІКТЬОВИМ КРАЄМ КИСТІ: ліктьовий край кисті щільно прилягає до масажованої ділянки і зміщує шкіру та підшкірну основу. Використовується при масажі спини, живота, надпліччя, стегон, великих суглобів (кульшового, колінного, плечового) (рис. 56).

Напрямок рухів при розтиранні в першу чергу зумовлений не напрямком лімфоток (як при погладжуванні), а анатомічними особливостями та патологічними змінами масажованої ділянки: величиною та формою поверхні, будовою зв'язок, сухожилків, м'язів, наявністю контрактур та болючих змін в тканинах (рубці, зрощення, злуки). На великих поверхнях використовують переважно поздовжнє розтирання, на невеликих – поздовжнє і поперечне. Колоподібне розтирання найчастіше застосовують при масажі суглобів (рис. 57), спіралеподібне та зигзагоподібне розтирання – на великих поверхнях (стегно, живіт, спина), при гіпертонусі м'язів, у місцях прикріплення м'язів, для масажу суглобів. Кільцевий напрямок розтирання використовують найчастіше при масажі променево-зап'ясткового та гомілковостопного суглобів.



Рис. 57. Розтирання гомілковостопного (надп'ятково-гомілкового) суглоба – коловий напрямок рухів.

Прийоми розтирання можуть проводитися однією чи двома руками.

Розтирання двома руками може виконуватися:

а) прямолінійними рухами, коли руки рухаються паралельно, але обов'язково назустріч одна одній (руки знаходяться у протилежних фазах) (рис. 53, 56);

б) спіралеподібними рухами, коли руки рухаються симетрично, але в протилежних напрямках: права кисть – за годинниковою стрілкою, ліва – проти неї (рис. 54);

в) лінійними чи спіралеподібними рухами, коли одна кисть розміщується на іншій (обтяжена кисть); напрямок спіралеподібних рухів визначається за нижчерозміщеною кистю.

Допоміжні прийоми розтирання: штрихування, стругання, гребенеподібне, щипцеподібне розтирання, пиляння, пересікання (О.Ф. Вербов, 1966), Л.О. Кунічев (1982) виділяє ще граблеподібне розтирання.

ШТРИХУВАННЯ (рис. 58) виконується подушечками I, II, III пальців зокрема або II-IV одночасно, складеними “лопаткою”. Пальці випрямлені, розміщені під кутом 30° до масажованої поверхні. Здійснюючи короткими прямолінійними рухами глибокі натискування, пальці зміщують підлеглі тканини в поздовжньому та поперечному напрямках. Прийом можна виконувати однією або двома руками, обтяженою кистю.



Рис. 58. Штрихування м'яких тканин тильної поверхні кисті.

Штрихування використовують під час масажу живота, кистей, стоп, суглобів, місць прикріплення м'язів; для лікування контрактур, ущільнень, зрощень, рубців, злук.

СТРУГАННЯ (рис. 59) являє собою поєднання переривчастого натискування та розтирання. Всі пальці з'єднані, випрямлені. Подушечки II-IV пальців короткими поступальними рухами занурюються в тканини під кутом 30-50° і швидкими натискуваннями здійснюють їх розтягнення та зміщення. Рухи вперед за тривалістю довші, ніж назад. Виконується однією чи двома руками, які рухаються послідовно поздовжньо чи поперечно. Прийом має тонізуючий вплив. Використовується при лікуванні парезів, паралічів, при значних відкладеннях жиру, при наявності рубців та злук, на великих м'язових групах, для підвищення тону м'язів, стимуляції нервової діяльності та функції органів.

ГРЕБЕНЕПОДІБНЕ розтирання (рис. 60) виконується кістковими виступами дистальних відділів основних фаланг пальців, зігнутих у кулак. Зміщення шкіри та підшкірної основи може проводитися у всіх напрямках поздовжніми, поперечними, спірале-, зигзаго-, колоподібними рухами однієї, двох рук, обтяженою кистю. Використовують для розтирання тканин підошви, долоні, на великих м'язових пластах спини, сідниць, стегон.

ЩИПЦЕПОДІБНЕ розтирання (рис. 61) виконується кінцями I-II або I, II, III пальців, складених у вигляді щипців, які накладають на сухожилок, м'яз або палець. Розтирання може проводитися прямолінійними або спіралеподібними рухами, які зміщують підлеглі покривні тканини. Використовується для розтирання сухожилків, невеликих м'язів, вушних раковин, пальців, бічних поверхонь кистей та стоп, рубцевих зрощень.

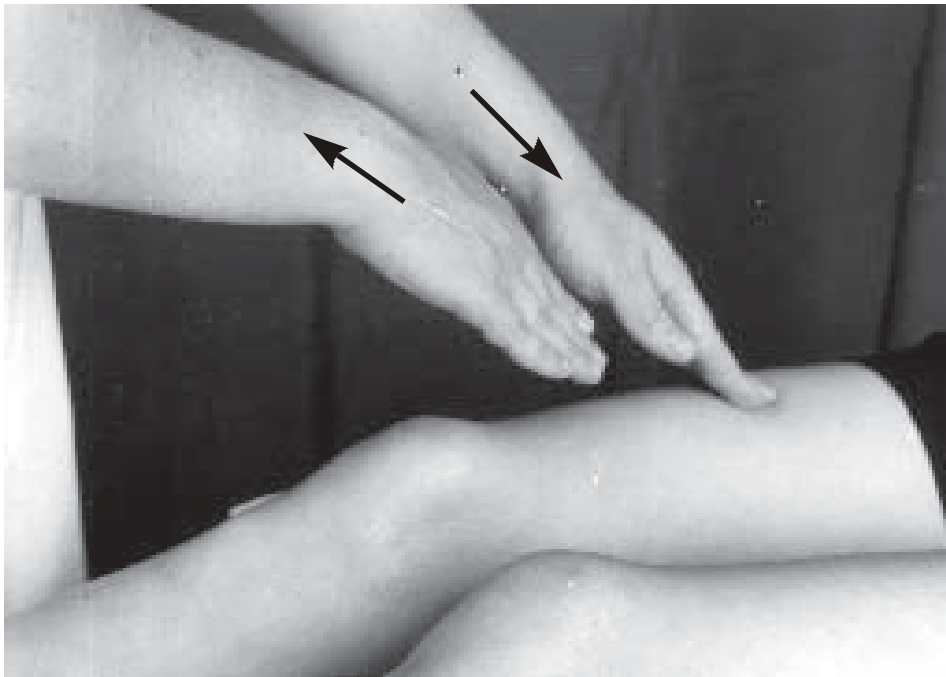


Рис. 59. Стругання м'яких тканин передньої поверхні стегна.

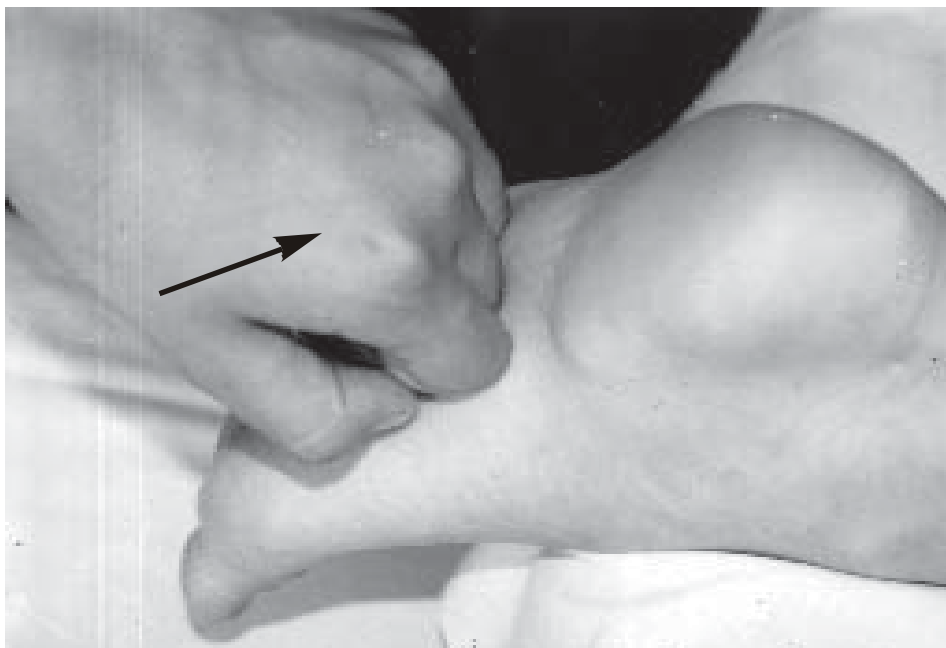


Рис. 60. Гребенеподібне розтирання підшовної поверхні стопи.

ПІЛ'ЯННЯ (рис. 62) виконується ліктьовим краєм однієї або двох кистей, розмішених на відстані 1-2 см долонями досередини. Кисті рухаються паралельно у протилежних напрямках вздовж масажованої поверхні тіла, утворюючи між собою шкірну складку, поступово переміщуються по всій ділянці масажу. Використовується на ділянках, покритих великими м'язовими пластами та великими відкладеннями жиру, на великих суглобах.

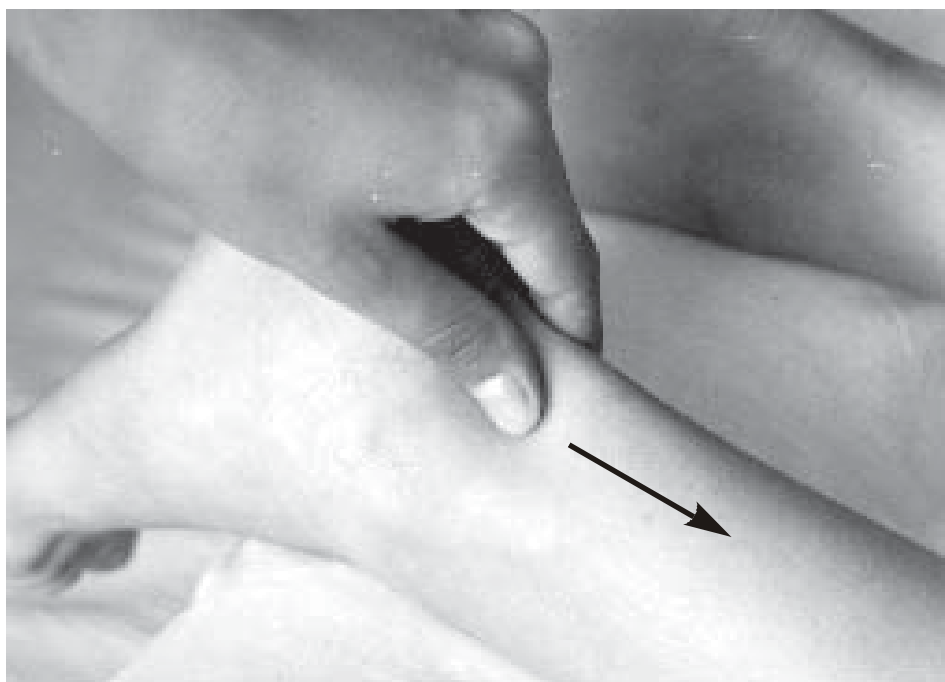


Рис. 61. Щипцеподібне розтирання п'яткового сухожилка.

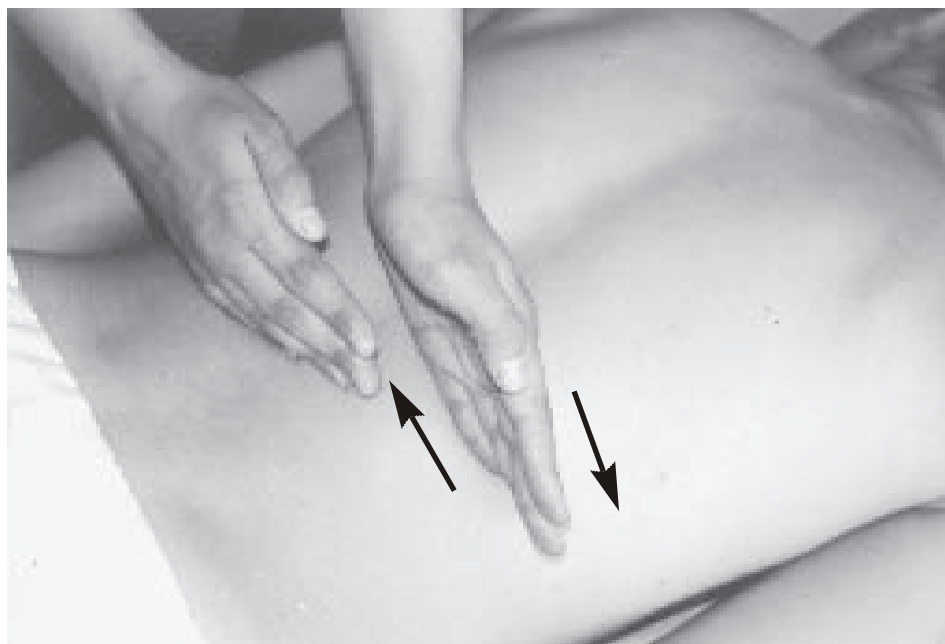


Рис. 62. Розтирання ліктьовим краєм кисті (пиляння) спини.

ПЕРЕСІКАННЯ (рис. 63, 64) виконується променевим краєм кисті при максимально відведеному великому пальці. Може проводитись однією чи двома руками. При масажі двома руками кисті розміщуються на відстані 2-3 см долонями назовні, поперечно до масажиста. Кисті рухаються у протилежних напрямках, здійснюють глибокі зміщення підлеглих тканин, поступово переміщуючись по масажованій поверхні. Між руками утворюється шкірний валик. Прийом може виконуватися однією рукою. Використовується при масажі кінцівок, трапецієподібного м'яза, зовнішнього краю найширшого м'яза спини, живота, великих суглобів.



Рис. 63. Розтирання променевим краєм кисті (пересікання) в ділянці надпліччя.

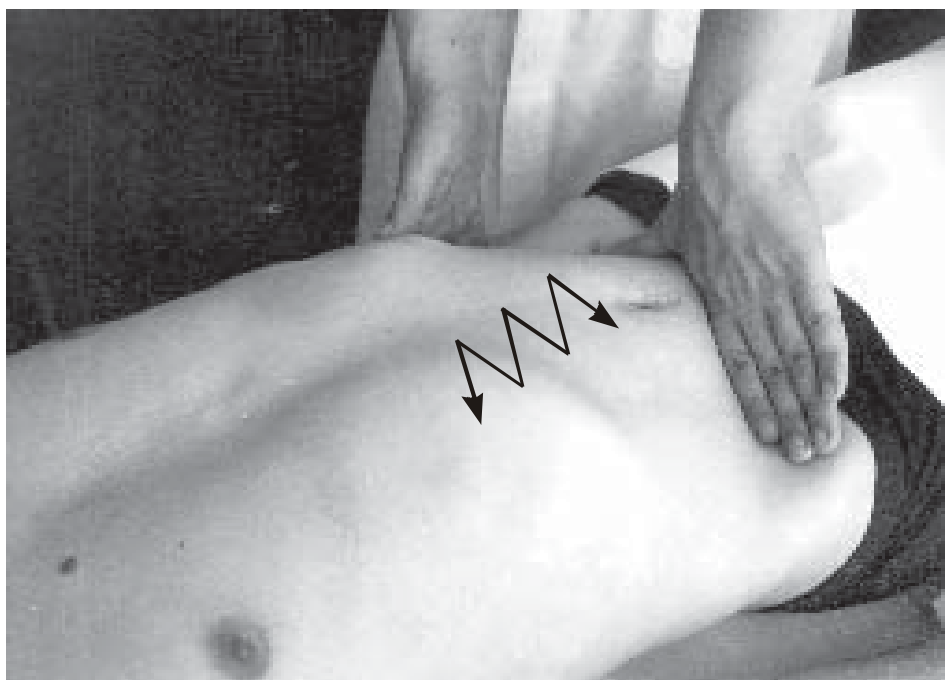


Рис. 64. Розтирання в ділянці живота – пересікання.

ГРАБЛЕПОДІБНЕ розтирання (рис. 65) виконується подушечками розставлених пальців, які здійснюють зміщення підлеглих тканин прямолінійними, коловими, спіралеподібними, зигзагоподібними рухами. Ширина розведення пальців залежить від анатомічних особливостей масажованої ділянки.

Використовується при масажі волосистої частини голови, міжребрових проміжків, міжостистих проміжків хребта, при масажі патологічно зміненої шкіри, при необхідності обминати уражені ділянки.

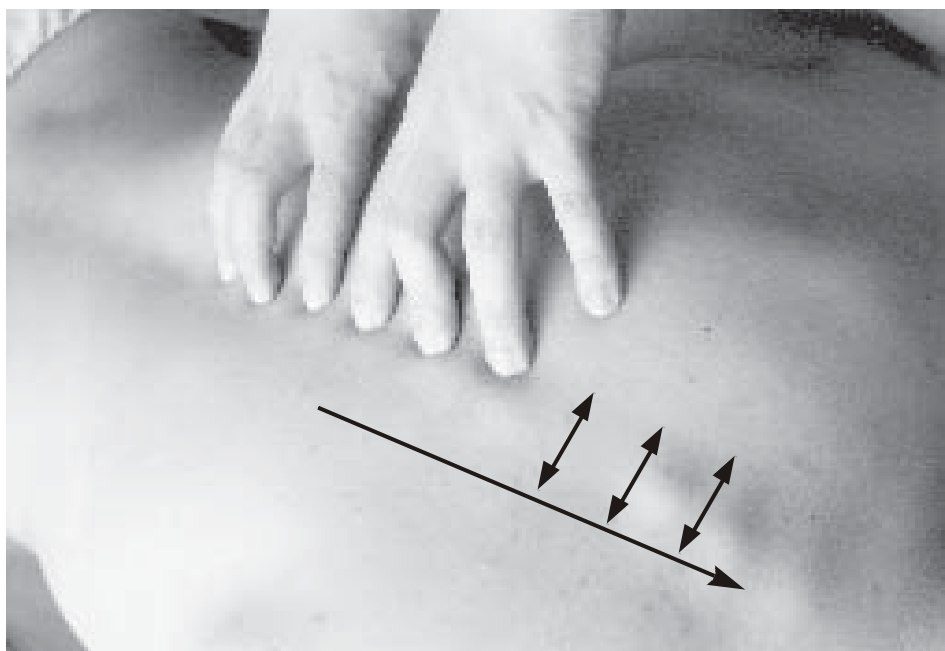


Рис. 65. Граблеподібне розтирання міжостистих проміжків хребта.

Практичні рекомендації щодо проведення розтирання.

1. Розтирання в першу чергу використовується для масажу суглобів, зв'язок, сухожилків та на ділянках зі зниженим кровопостачанням.
2. Напрямок рухів при розтиранні зумовлений анатомічними особливостями масажованої ділянки: її величиною та формою, конфігурацією суглобів, анатомічною структурою м'язів, сухожилків, зв'язок та локалізацією патологічних деформацій тканин (рубці, злуки, зрощення, втягнення).
3. Масажуюча рука зберігає повний контакт зі шкірою, зміщує її, утворюючи перед кистю чи між кистями шкірну складку.
4. Розтирання проводиться після погладжування, а саме розтирання є підготовкою до розминання.
5. При масажі II-IV пальцями необхідно спирати руку на перший палець і, навпаки, при масажі першим пальцем – на чотири інших.
6. Залежно від завдань розтирання може проводитися: у повільному темпі (в середньому 60-100 рухів за 1 хв) з метою заспокійливого впливу на функціональний стан нервової системи та значно інтенсивніше – для тонізуючого впливу.
7. Сила натискування тим більша, чим більший кут між руками та масажованою поверхнею.
8. Тривалість розтирання на одному місці – 3-10 с.
9. Розтирання на лиці може викликати перерозтягнення шкіри, тому повинно проводитися кваліфікованими масажистами за спеціальними для того показаннями.
10. Залежно від завдань розтирання у процедурі масажу може займати від 15 до 40 % часу.

Основні помилки, що можуть зустрічатись при проведенні розтирання.

1. Грубі болючі розтирання.
2. Ковзання по шкірі, а не зміщення її.
3. Розтирання прямими чи напруженими пальцями, що викликає біль у хворого та втомлює масажиста.
4. Відсутність опори на перший палець при масажі II-IV пальцями і навпаки втомлює масажиста.
5. Одночасні рухи кистей в одному напрямку викликають перерозтягнення шкіри та неприємні відчуття.

РОЗМИНАННЯ

Розминання – найскладніший за технікою виконання прийом, при якому залежно від анатомічних особливостей масажованих тканин (в першу чергу м'язів) проводять:

- а) обхоплювання, піднімання, відтягування, віджимання тканин;
- б) захоплювання і попереми́нне стискання тканин;
- в) стискання та розтягування тканин;
- г) стискання та перетирання тканин.

Фізіологічний вплив розминання

Фізіологічний вплив розминання більш виражений порівняно з іншими прийомами і проявляє себе у рефлекторному, нейрогуморальному та місцевому впливах, які взаємно обумовлюють один одного. Розминання сприяє:

1. Нормалізації функціонального стану центральної нервової системи, нервово-м'язового апарату.
2. Підвищенню місцевої температури, що поліпшує лімфо- та кровообіг, трофіку тканин, стимулює окисно-відновні процеси, прискорює розсмоктування рубців та злук.
3. Відновленню функціональної здатності м'язів, поліпшенню їх еластичності та скоротливості, прискоренню відновлення працездатності втомлених м'язів.
4. Поліпшенню екстракардіального кровообігу, що полегшує роботу серця.
5. Нормалізації функції внутрішніх органів та тону́су непосмугованої мускулатури.

Види та техніка виконання прийомів розминання

Основними прийомами розминання є поздовжнє та поперечне розминання.

ПОЗДОВЖНЕ розминання (рис. 66) виконується на довгих м'язах, за ходом м'язових волокон, вздовж осі, яка з'єднує сухожилок початку та сухожилок прикріплення. Випрямлені пальці накладають на м'яз так, щоб великий палець розміщувався з одного, інші – з другого боку.

Обхопивши якнайглибше м'яз, піднімають і відтягують його з кісткового ложа. Далі, не відпускаючи м'яз, чотири пальці здійснюють натискування в бік першого пальця зусиллями м'язів підвищення мізинця, потім великий палець зміщує м'яз в напрямку чотирьох пальців зусиллям м'язів підвищення великого пальця. Таким чином, не відпускаючи м'яз, ритмічно, у темпі 40-50 розминань за 1хв, без зупинки здійснюють розминання всього м'яза.

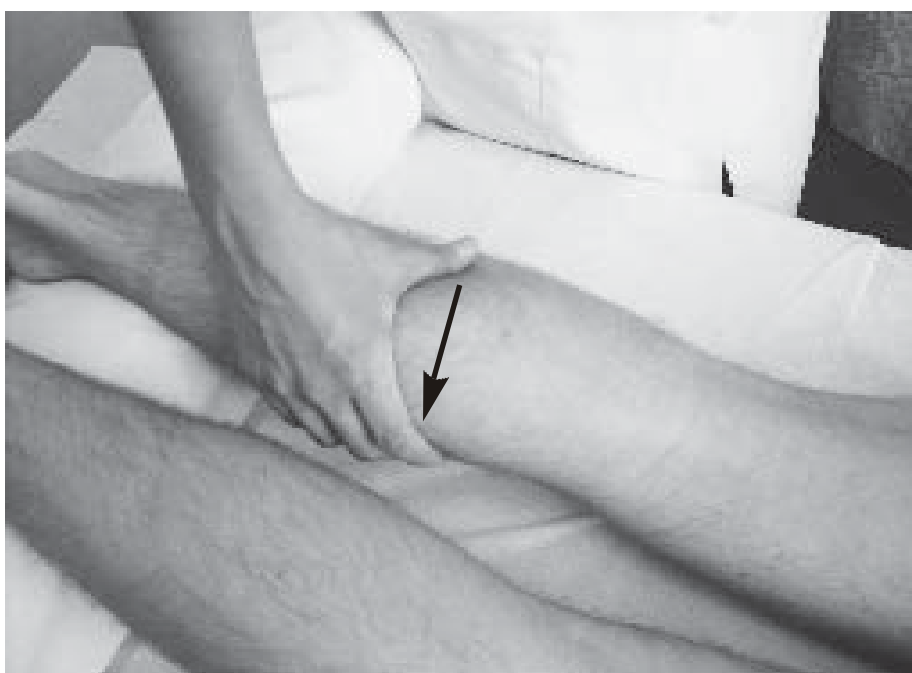
На великих м'язових групах поздовжнє розминання може виконуватись двома руками: обидві кисті симетрично накладаються вздовж м'язових волокон так, щоб великі пальці лежали з одного боку, інші – з другого боку м'язового валу. Пальці, захопивши якнайглибше всі тканини з обох боків кінцівки, стискають і поступово віджимають м'язи, продовжуючи поступальні масажні рухи в центральному напрямку (рис. 67).

ПОПЕРЕЧНЕ розминання (рис. 68) виконується двома руками. Руки масажиста займають поперечне положення відносно поздовжньої осі м'яза, встановлюються симетрично між собою, під кутом 45-50° до масажованої поверхні. Обидві руки захоплюють якнайглибше м'яз так, щоб з одного боку знаходились перші пальці, з другого – інші. Далі права рука стискає і віджимає м'яз в напрямку від себе, а ліва – до себе. Потім, не зміщуючи рук, рухи виконуються у зворотному напрямку: права – до себе, ліва – від себе. Поступово переміщуючись по довжині м'яза, масажист продовжує виконувати ці ж двофазні рухи.

Починається поперечне розминання м'яза з його черевця. Далі руки переміщуються в напрямку сухожилка, де крайня рука знімається, а працююча рука переходить до виконання поздовжнього розминання, потім – спіралеподібного розтирання місця прикріплення м'яза. Після цього працююча рука рухається в напрямку черевця і до неї приєднується друга рука, виконуючи поперечне розминання в протилежному напрямку за тим же принципом. Таким чином розминають м'яз до досягнення необхідного ефекту.



А



Б

Рис. 66. Поздовжнє розминання однією рукою м'язів заднього відділу гомілки:
А – перша фаза – накладання руки на м'язи; Б – продовження першої фази – стискання і зміщення м'язів долонею в бік II-IV пальців.



В



Г

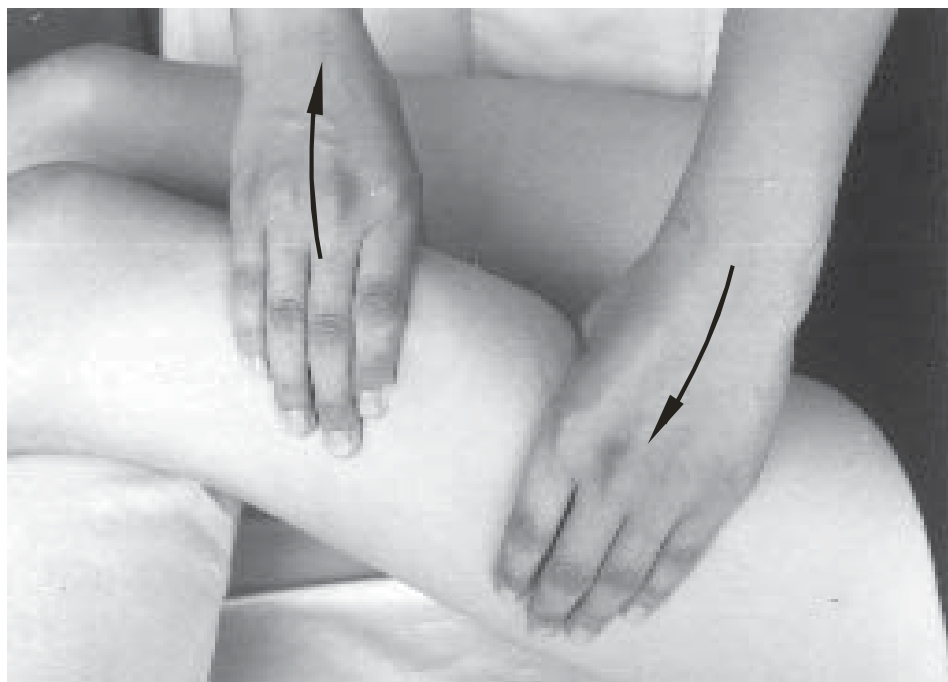
Рис. 66 (продовження). Поздовжнє розминання однією рукою м'язів заднього відділу гомілки:

В – друга фаза – стискання м'язів з подальшим зміщенням їх в бік першого пальця;

Г – третя фаза – притискання м'язів до кісткового ложа і повернення в положення першої фази.

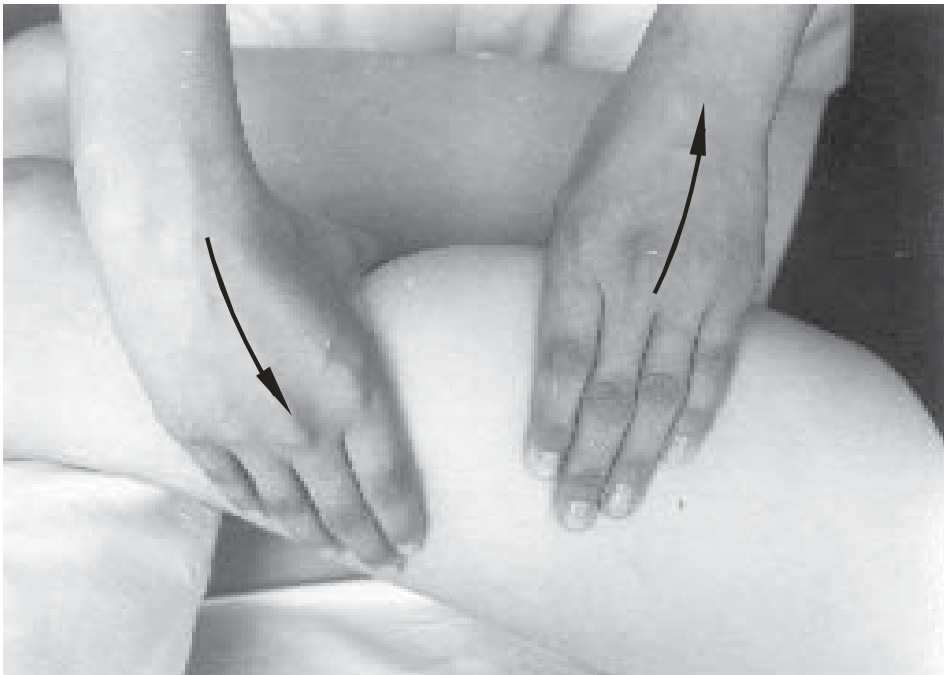


Рис. 67. Поздовжнє розминання м'язів стегна двома руками.



А

Рис. 68. Безперервне розминання м'язів стегна в поперечному напрямку (послідовність фаз).



Б

Рис. 68 (продовження). **Безперервне розминання м'язів стегна в поперечному напрямку (послідовність фаз).**

Поздовжнє та поперечне розминання використовується для масажу довгих м'язів кінцівок, м'язів живота, країв великих м'язів (трапецієподібного, найширшого м'яза спини та ін.) з метою поліпшення лімфотоку, кровотоку, розсмоктування, при масажі ущільнень у м'язах; для стимуляції м'язів, поліпшення їх скоротливої здатності, збільшення сили, тонуусу, розтягнення волокон, розслаблення м'язів.

Поперечне та поздовжнє розминання може виконуватися переривчастими рухами – переривчасте розминання. Техніка виконання та ж, що і безперервного, лише переміщення рук відбувається стрибкоподібно (горизонтально), ритмічно. Використовується для стимуляції нервово-м'язового апарату, при необхідності під час розминання обминати окремі ділянки тканин (пошкоджена шкіра, місця з підвищеною больовою чутливістю, родимі плями).

Допоміжні прийоми розминання: валяння, наочування, зміщення, розтягування, натискування, щипцеподібне розминання, посмикування, стискання (О.Ф. Вербов, 1966). Л.О. Кунічев (1982) виділяє ще гребенеподібне розминання.

ВАЛЯННЯ виконується на м'язах кінцівок. Руки розміщуються з обох боків кінцівок, долонями досередини. Виконуючи паралельні рухи в протилежних напрямках, масажовані тканини стискають, зміщують, перетирають між долонями обох рук. Може виконуватися ніжно (на ослаблених і болючих м'язах, після пошкодження м'язів та судин, при підвищеній ламкості судин та ін.) та інтенсивно (на масивних м'язових групах, при значному відкладенні жиру, для стимуляції діяльності м'язів та ін.) (рис. 69).

НАКОЧУВАННЯ (рис. 70). Використовується для масажу м'язів живота, кишечника, шлунка. Тому перед виконанням прийому необхідно розслабити м'язи передньої черевної стінки поглажуванням та ніжним розтиранням. Ліва рука ліктьовим краєм кисті занурюється якнайглибше в товщу черевної стінки. У цей час права рука прямими або зігнутими в кулак пальцями накочує м'які тканини (шкіру, підшкірну основу, м'язи) на ліву долоню і потім коловими рухами розминає їх.

ЗМІЩЕННЯ. Пальцями рук піднімають і захоплюють підлегли тканини в складку, потім ритмічними рухами зміщують складку в різних напрямках. Якщо тканини не піднімаються, не захоплюються, то зміщення їх проводиться натискуванням на підлегли тканини в зручному для зміщення напрямку. Залежно від анатомічних особливостей масажованих тканин прийом

може виконуватися пальцями, опорною частиною кисті, долонею однієї чи двох рук. Використовують на трапецієподібному, грудних м'язах, довгих та найширших м'язах спини (рис. 71), коротких м'язах (стопа, кисті), при рубцевих зрощеннях, міогенних та остеогенних контрактурах, парезах, паралічах. Міжкісткові м'язи стопи та кисті розминають зміщенням між собою п'ястих кісток (рис. 72).



Рис. 69. **Валяння м'язів стегна.**

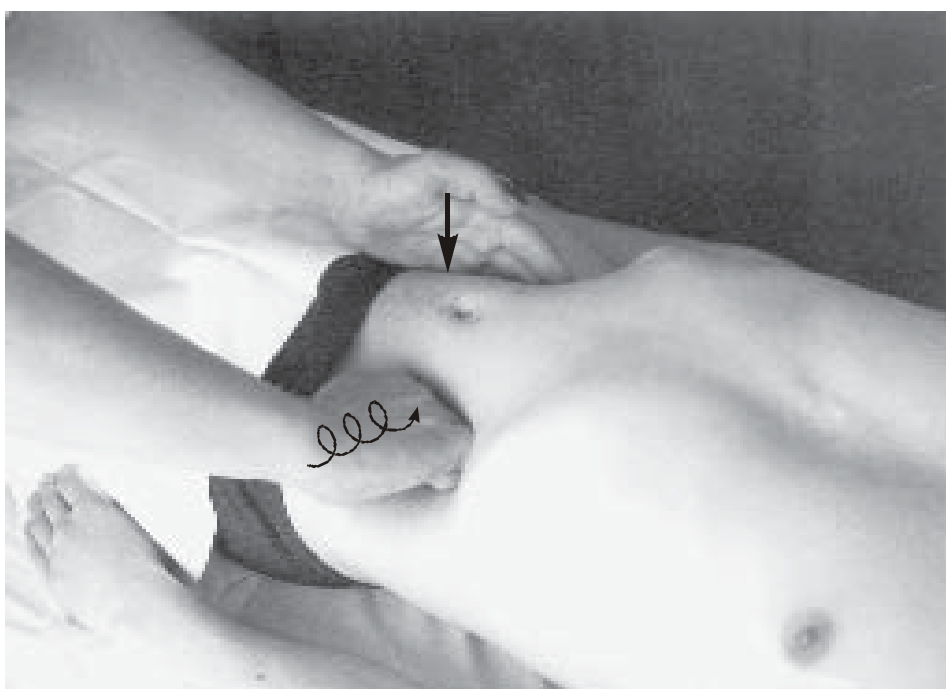


Рис. 70. **Розминання м'язів передньої черевної стінки – накочування.**

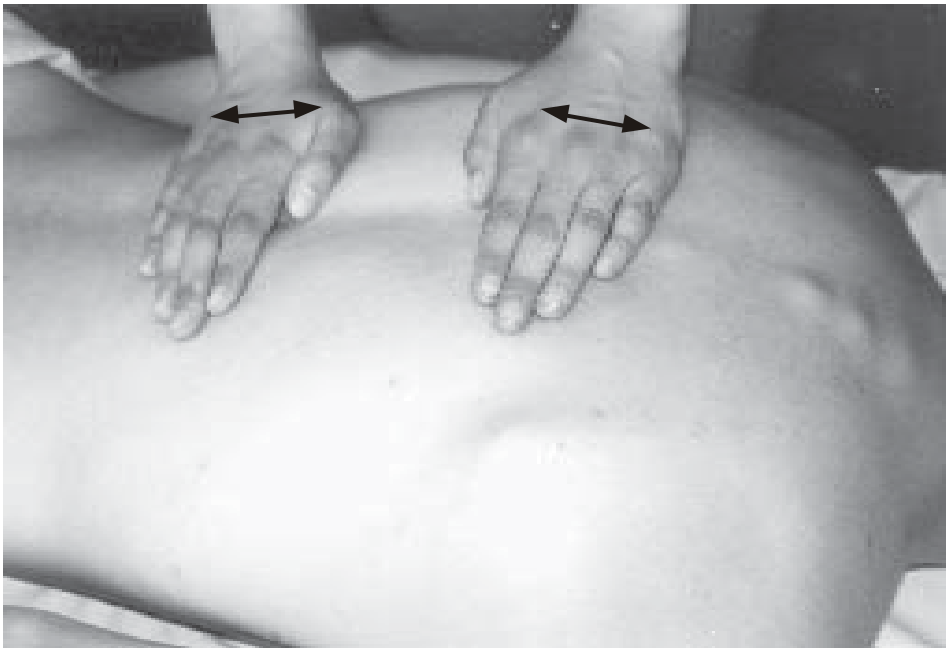


Рис. 71. Зміщення м'яких тканин спини.



Рис. 72. Зміщення міжкісткових м'язів кисті.

Для зміщення м'яких частин черепа в сагітальній площині (рис. 73) одна рука масажиста розміщується на лобі, друга – на потилиці; здійснюючи легке натискування, руки повільно і ритмічно зміщують тканини в сагітальній площині, переміщують їх в напрямку від лоба до потилиці і навпаки. Для зміщення м'яких тканин черепа у фронтальній площині руки масажиста розміщуються на скроневих ділянках і поперемінно зміщують м'які тканини в напрямку від лівого вуха до правого і навпаки (рис. 74). Темп зміщення тканин черепа – 50-60 за 1хв.

М'яко, ніжно, повільно проведений прийом зміщення має заспокійливий вплив, може сприяти зниженню тонуусу м'язів. Інтенсивно (швидко, різко, з максимально допустимою амплітудою) проведений прийом має збуджуючий вплив на нервову систему, сприяє підвищенню тонуусу м'язів.

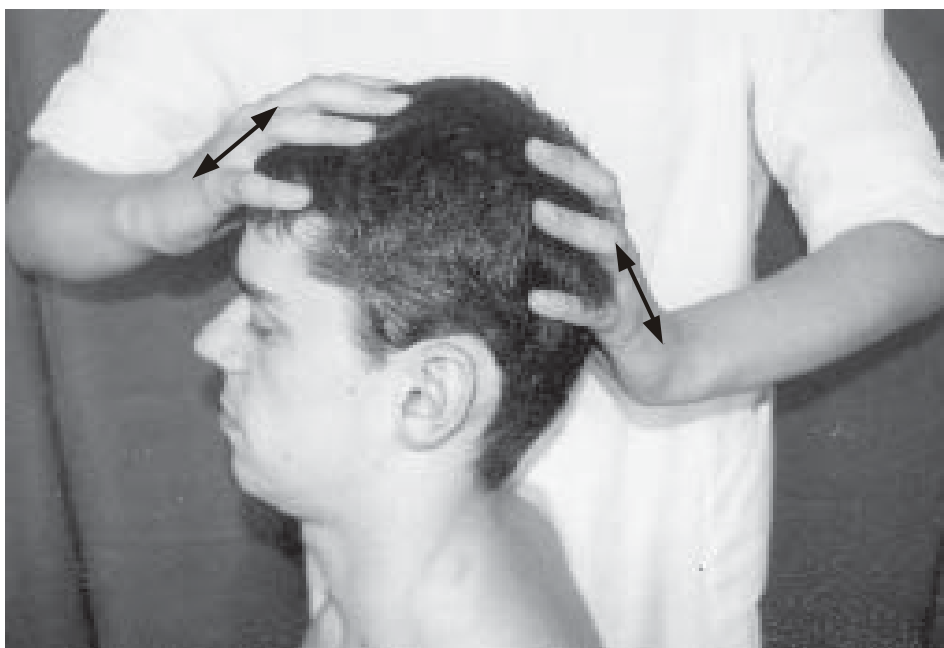


Рис. 73. Зміщення м'яких тканин голови у сагітальній площині.



Рис. 74. Зміщення м'яких тканин голови у фронтальній площині.

РОЗТЯГУВАННЯ (рис. 75). Виконується пальцями однієї чи двох рук, які, захопивши масажовані тканини, розтягують їх в протилежних напрямках. Великі м'язи захоплюють всією кистю, малі – щипцеподібно. Плоскі м'язи, захопити які неможливо, розтягують долонями чи пальцями. Для цього масажист розміщує руки по краях м'язового пласта і, натискаючи на тканини, здійснює їх розтягування в різних напрямках. Розтягування рубцевої тканини, еластичних волокон шкіри виконують великими пальцями обох рук, розміснених один навпроти одного на місці рубця або злуки.

Розтягування потрібно проводити повільно, ніжно, поступово нарощуючи силу (відповідно до стану хворого та масажованих тканин), не допускаючи болю. Інтенсивно проведені прийоми збуджуюче впливають на стан пропріорецепторів.

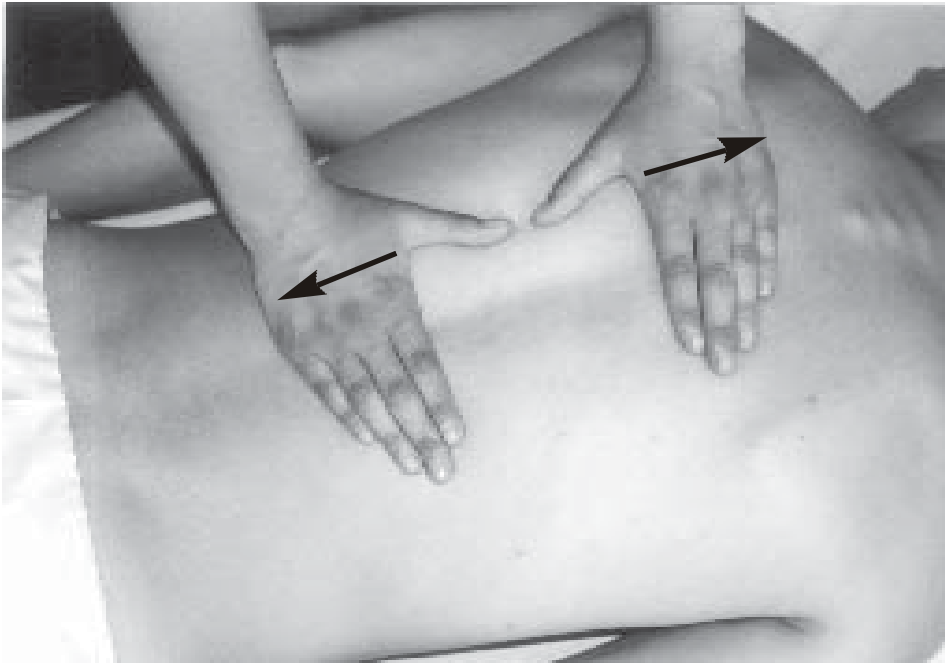


Рис. 75. Розтягування м'язів спини.

Розтягування використовується при рубцях, злуках, укороченні зв'язкового апарату, м'язових контрактурах, при паралічах та парезах, деяких захворюваннях шкіри.

НАТИСКУВАННЯ. Виконується долонною поверхнею нігтьових фаланг великого, вказівного чи декількох пальців, всією долонею, опорною частиною кисті, кулаком (рис. 76), обтяженою кистю, тильною поверхнею пальців, які щільно прилягають до шкіри. Проводять м'які і ніжні натискування на шкіру та більш глибоко розміщені тканини з поступово наростаючою силою прямолінійними чи спіралеподібними рухами кистей. В останньому випадку кисті рухаються в напрямку до мізинця: права рука – за годинниковою стрілкою, ліва – навпроти напрямку її руху. Після цього кисті, зменшивши силу натиску, переміщуються на поруч розміщену ділянку тіла.

Тривалість натискування залежить від поставлених завдань, ділянки впливу та стану масажованих тканин і коливається в межах 25-60 натискувань за 1 хв (табл. 5).

Використовують натискування при захворюваннях та після травм опорно-рухового апарату (наслідки перелому кісток, контрактури, травми та захворювання хребта), при невритах, невралгіях, паралічах, парезах, захворюваннях внутрішніх органів.

Особливої майстерності вимагає натискування хребтової ділянки, яке використовується після травм та при захворюваннях хребта, для рефлекторного впливу на функцію внутрішніх органів та кінцівок. Для цього кисті розміщують на відстанні 10-15 см поперечно до хребта так, щоб опорна частина їх була з одного, пальці – з другого боку хребта. Здійснюють ритмічні натискування послідовно кожною кистю з поступовим переміщенням їх вздовж хребта (рис. 77). Натискування можна виконувати і опорною частиною кисті, першим або I-IV пальцями, розміщеними симетрично по обидва боки хребта. Проводиться одночасне ніжне натискування обома кистями з наступним зменшенням сили натиску та переміщенням їх паралельно до хребтового стовпа в головному та куприковому напрямках. Заглиблення в масажовані тканини проводять прямолінійними чи спіралеподібними рухами. У місцях виходу спинномозкових нервів ніжні рівномірні прямолінійні чи спіралеподібні натискування виконуються кінцевою фалангою вказівного, великого чи I-IV пальців. Частота натискувань – 20-25 за 1 хв.

ЩИПЦЕПОДІБНЕ РОЗМИНАННЯ(рис. 78). Виконується пальцями, складеними у вигляді щипців. Проводиться поздовжньо та поперечно. При поздовжньому щипцеподібному розминанні масажовані тканини якнайглибше захоплюють, відтягують назовні і напівколовими рухами вліво та вправо немовби пропускають їх між пальцями. При поперечному розминанні м'яз

захоплюють обома руками, розміщеними на відстані 1-2 см, відтягують назовні і поперемінними рухами від себе та до себе розминають його. Використовується при масажі невеликих м'язів, зовнішніх країв м'язів, м'язових головок, сухожилків, зон міогельозів. Залежно від завдань масажу може проводитися повільно чи інтенсивно.



Рис. 76. Натискування на передню черевну стінку при масажі кишечника.

Таблиця 5

Тривалість проведення натискування при масажі різних ділянок (Л.О. Кунічев, 1982)

Ділянка масажу	Ділянка кисті, яка проводить масаж, розміщення	Кількість натискувань (за 1 хв)
Волосиста частина голови	Подушечками граблеподібно поставлених пальців Обхоплюючи голову долонями з обох боків Кінцями пальців по проділах	50-60 40-50 60
Лице	Долонними та тильними поверхнями пальців	40-45
Передня поверхня живота	Долонною, тильною поверхнею пальців	20-25
Внутрішні органи	Тильною поверхнею пальців, кистю	20-25
Товста кишка	Кінцями пальців або усіма пальцями, обтяженою кистю	20-25
Хребет	Обома кистями, розміщеними на відстані 10-15 см, поперечно до хребта (пальці з одного боку, зап'ясток – з другого боку хребта)	20-25

ПОСМИКУВАННЯ (рис. 79). Тканини захоплюють між великим та вказівним чи великим та іншими пальцями однієї чи обох рук, відтягують назовні і відпускають. Рухи ритмічні, нагадують посмикування струн арфи. Швидкість – 100-120 рухів за 1 хв.

Використовується посмикування для підвищення тону м'язів (лиця, підборіддя, передньої черевної стінки), тургору шкіри лица, шиї; покращання еластичності шкіри при рубцях, злуках; стимуляції скоротливої здатності м'язів (паралічі, парези, неврити) та ін. Посмикування має тонізуючий вплив на масажовані тканини.

СТИСКАННЯ (рис. 80). Виконується долонними поверхнями кистей або пальців, які короткими ритмічними рухами стискають тканини. Використовується при масажі кінцівок, тулуба, лица. При масажі тулуба та кінцівок кисті розміщуються з обох боків симетрично і рухаються назустріч, виконуючи 30-40 стискань за 1 хв. Застосовують з метою поліпшення лімфо- та кровообігу м'язів, стимуляції їх скоротливої здатності, підвищення тону та працездатності.



Рис. 77. Натискування в ділянці хребта.

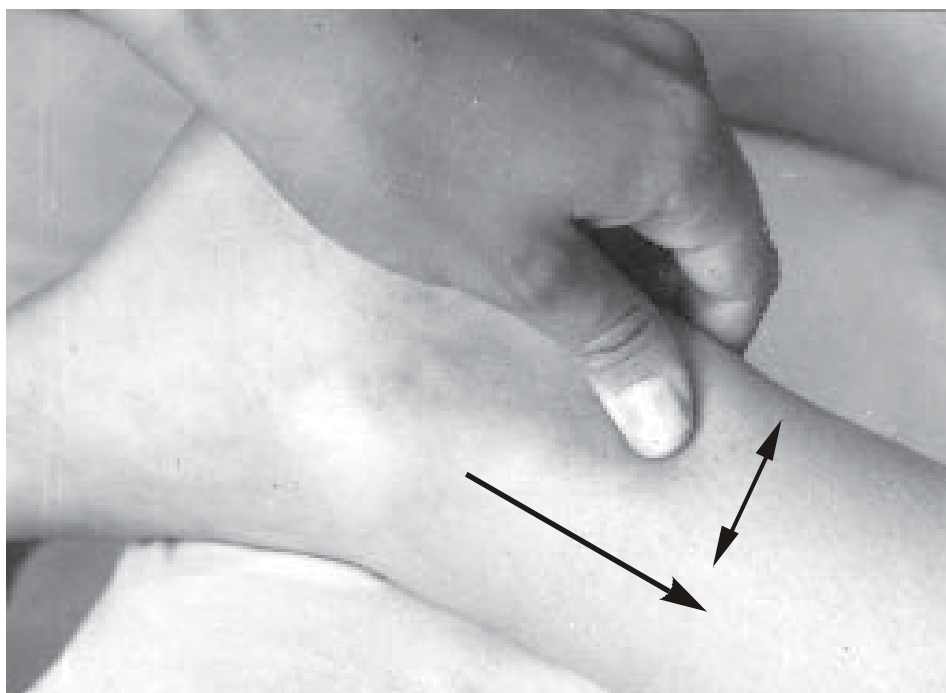


Рис. 78. Щипцеподібне розминання п'яtkового сухожилка.

При масажі лиця пальці занурюють у глибину, захоплюють шкіру та глибше розміщені тканини і швидкими ритмічними короткими рухами виконують 40-60 стискань за 1 хв. Використовують з метою поліпшення трофічних процесів у шкірі, підвищення її пружності та еластичності, підвищення тонусу м'язів.

ГРЕБЕНЕПОДІБНЕ РОЗМИНАННЯ (рис. 81). Виконують кістковими виступами середніх міжфалангових суглобів стиснутих у кулак II-V пальців. Здійснюючи разом зі шкірою спіралеподібні



Рис. 79. Посмикування м'яких тканин передпліччя.



Рис. 80. Стискання м'язів стегна.

рухи, вони поступово збільшують натискування, заглиблюючись у підлеглі тканини. Для поверхневого впливу подушечки пальців можуть не дотикатися до долоні. Для більш глибокого впливу, який вимагає більших зусиль, подушечки зігнутих у кулак пальців опираються на долоні. Для збільшення сили впливу прийом може виконуватися обтяженою кистю.

Використовується гребенеподібне розминання на місцях, де є масивна мускулатура, на ділянках тіла, покритих щільною фасцією (долоні, підшви, поперековий відділ спини), при

значному відкладенні жиру, на плоских м'язах, при масажі передньої стінки живота та кишечника. Прийом може мати стимулюючий та заспокійливий вплив. Гребенеподібний прийом рекомендують використовувати для чергування м'язових груп кистей, які виконують розминання, що зменшує втомлюваність рук масажиста.

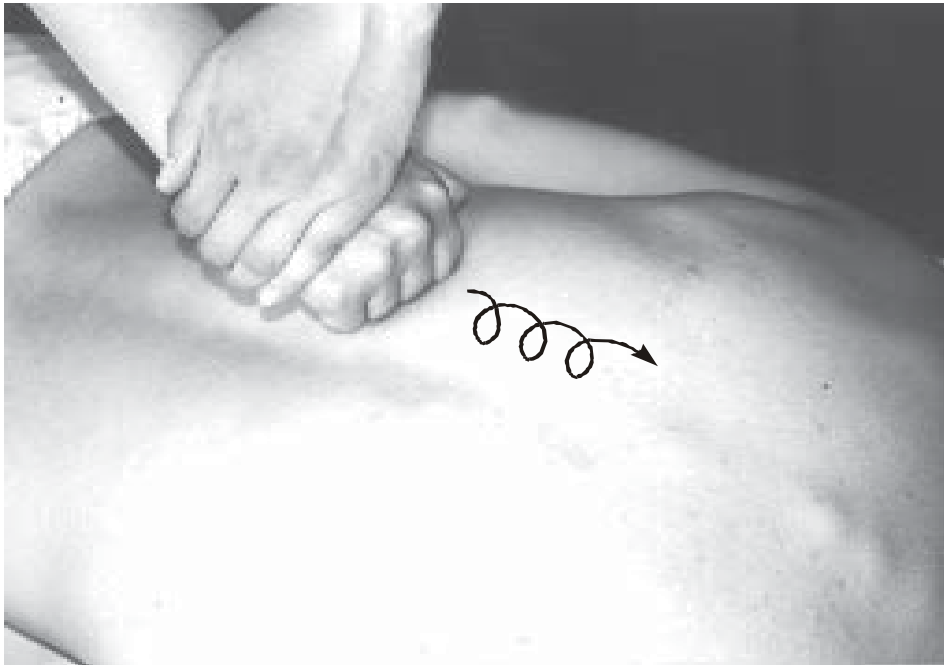


Рис. 81. Гребенеподібне розминання м'язів спини обтяженою кистю.

Практичні рекомендації щодо проведення розминання.

1. Розминання займає 60-75 % тривалості всієї процедури масажу.
2. При масажі кінцівок необхідно слідкувати за максимальним розслабленням кінцівки, сама ж кінцівка повинна бути добре зафіксована. Погана фіксація заважає розслабленню м'язів і підсилює больовий синдром.
3. При виконанні розминання необхідно пам'ятати про підвищену чутливість тканин (шкіри, м'язів) у ділянці спини, внутрішньої поверхні плеча та стегна, передньої черевної стінки при захворюваннях внутрішніх органів. Тому перші процедури не повинні бути інтенсивними. При повторних процедурах масажу больова чутливість знижується, що, при необхідності, дає можливість збільшити силу впливу.
4. Розминання можна проводити як у висхідному, так і в низхідному напрямках.
5. Починати потрібно з легких, поверхневих розминань і тільки через декілька процедур, в міру розслаблення поверхневих шарів м'язів, переходити до більш глибокого, а при необхідності – більш енергійного розминання.
6. Розминання повинно проводитися плавно, ритмічно, без ривків, перекручування м'язів, безболісно.
7. Розминання потрібно проводити повільно, середня швидкість – 40-50 розминань за 1 хв: чим повільніше здійснюється, тим сильніший його вплив.
8. Кисть масажиста повинна "прилипати" до шкіри, щоб не було повітряного простору.
9. М'язи-синергісти й антагоністи масажують окремо.
10. При болючості зон міогельозу інтенсивність натискування повинна збільшуватися в міру зменшення больового синдрому.
11. Після розминання виконують погладження.
12. Використання мазей та присипок при проведенні розминання не рекомендовано. Вони не дають можливості щільно захопити м'яз, щоб далі виконати необхідні маніпуляції.

13. Характер впливу розминання значною мірою зумовлюється темпом, силою, глибиною та тривалістю виконання. При повільному темпі, глибокому та тривалому розминанні знижуються збудливість кори головного мозку та тонус м'язів. Навпаки, при більш швидкому темпі, поверхневому і короткочасному розминанні виникає посилення збудливих процесів у корі головного мозку і тонусу м'язів. Тому масажист повинен чітко знати завдання масажу та добре володіти технікою виконання розминання.

Основні помилки, що можуть зустрічатися при розминанні.

1. Недостатнє відведення першого пальця, що заважає правильному проведенню розминання.
2. Згинання пальців у міжфалангових суглобах – щипає хворого, втомлює пальці масажиста.
3. Ковзання пальців по шкірі заважає захопленню м'язів, цьому може сприяти використання кремів, мазей та присипок, волога та нечиста шкіра хворого.
4. Сильне натискування викликає біль.
5. Недостатнє зміщення м'яза до першого пальця зменшує ефективність масажу.
6. Різкі рухи викликають біль.
7. Неправильна техніка виконання прийому може принести шкоду хворому.

ВІБРАЦІЯ

Вібрація – це такий прийом масажу, за допомогою якого масажованим тканинам надають коливальних рухів різної швидкості й амплітуди. При цьому механічні коливання пружного середовища організму у вигляді хвиль поширюються не тільки на поверхні, але і проникають у глибину, викликаючи вібрацію внутрішніх органів та глибоко розміщених судин і нервів.

Фізіологічний вплив вібрації

1. Механічна вібрація має глибокий та різноманітний вплив на тканини, особливо на нервову систему. Вібрація здатна розбудити до життя те, що ще життєздатне: може викликати посилення, а інколи – відновлення зниклих глибоких рефлексів. Слабка вібрація викликає збудження недієздатних нервів, відносно сильна – зниження нервової збудливості.

2. Залежно від місця прикладення і характеру подразнення вібрація викликає віддалені реакції типу шкірно-вісцеральних, моторно-вісцеральних, а часом – вісцеро-вісцеральних рефлексів.

3. При певній частоті вібрація може мати знеболюючу чи навіть анестезуючу дію, покращувати трофіку тканин, прискорювати утворення кісткового мозоля, нормалізувати тонус судин та м'язів.

4. Вібраційний масаж у помірних дозах сприяє розгортанню в організмі комплексу адаптивних реакцій, початковою ланкою яких є подразнення рецепторів віброваної ділянки, далі в процес включається гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозна система, що мобілізує захисні сили організму.

Види та техніка виконання прийомів вібрації

Розрізняють безперервну та переривчасту вібрацію.

Безперервна вібрація

Прийом безперервної вібрації полягає в тому, що рука масажиста, не відриваючись від масажованої ділянки тіла, утворюючи з нею немовби одне ціле, здійснює ритмічні коливальні рухи.

Основні прийоми вібрації. Безперервна вібрація може виконуватися:

– долонною поверхнею одного пальця (в місцях виходу нерва, нервових корінців на спині, за ходом нервових стовбурів, у біологічно активних точках, зонах міогельозів, у місцях перелому) (рис. 82);

– долонною поверхнею двох або декількох пальців (у місцях виходу нервових корінців на спині, в місцях виходу нервових закінчень на поверхню лица, при масажі окремих органів, окремих м'язів, за ходом великих нервових стовбурів) (рис. 83, 84);

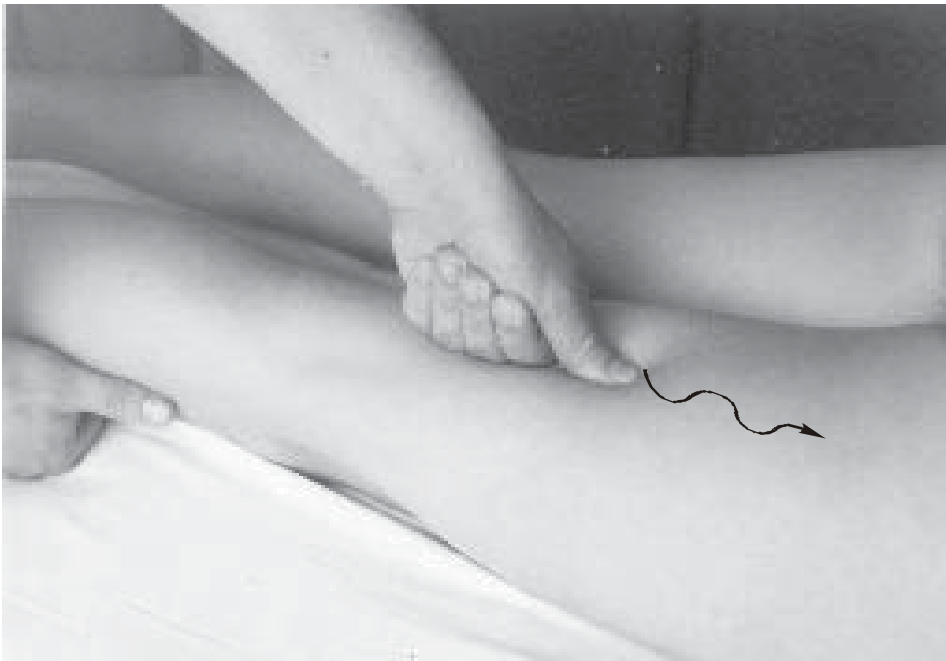


Рис. 82. Лабільна вібрація долонною поверхнею першого пальця ділянки проекції сідничного нерва.

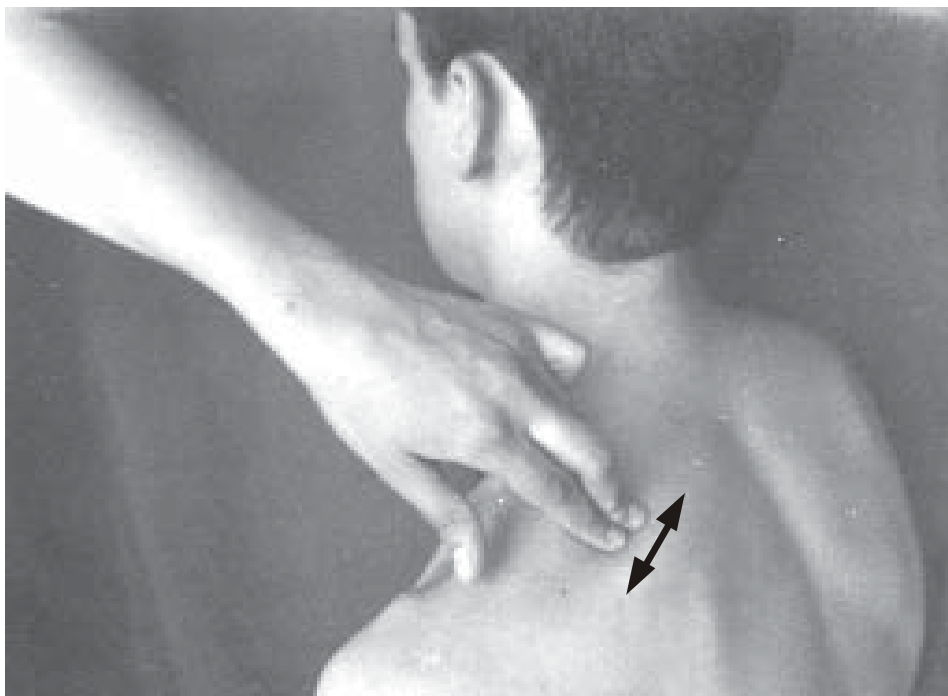


Рис. 83. Безперервна стабільна вібрація в ділянці надостової ямки.

- всією долонею або її опорною частиною (при масажі спини, живота, внутрішніх органів – серця, печінки, жовчного міхура, шлунка, кишечника, – кінцівок, грудної клітки, сідниць);
- кулаком (при масажі спини, живота, сідниць, стегон) (рис. 85);
- із захопленням тканин кистями (при масажі м'язів та сухожилків).

Л.О. Кунічев (1982) рекомендує проводити серію безперервної вібрації протягом 5-14 с, потім коротку паузу 3-5 с, під час якої на масажованій ділянці виконується погладжування.

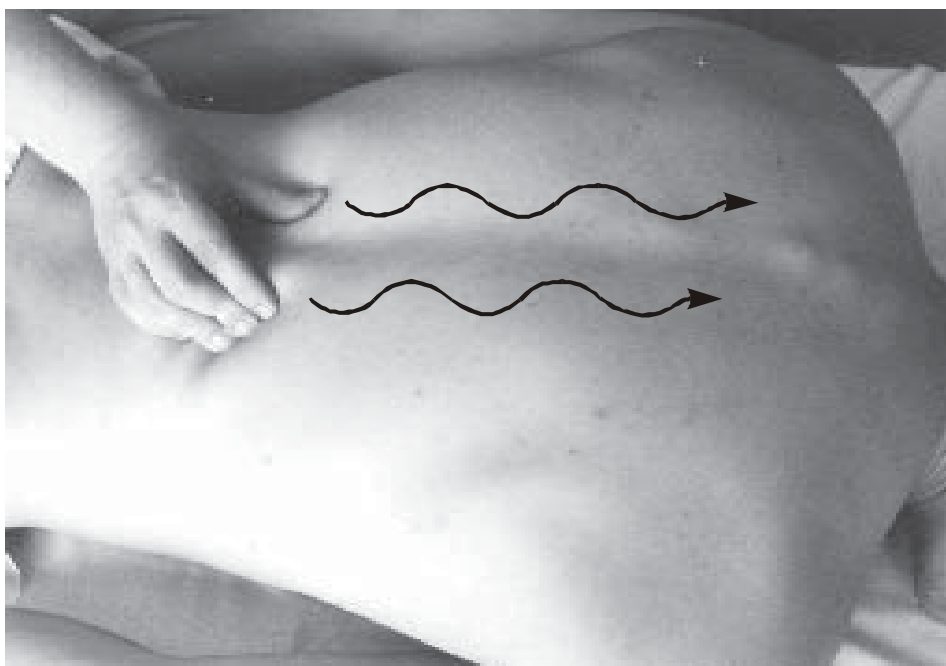


Рис. 84. Безперервна лабільна вібрація у місцях виходу міжребрових нервів.

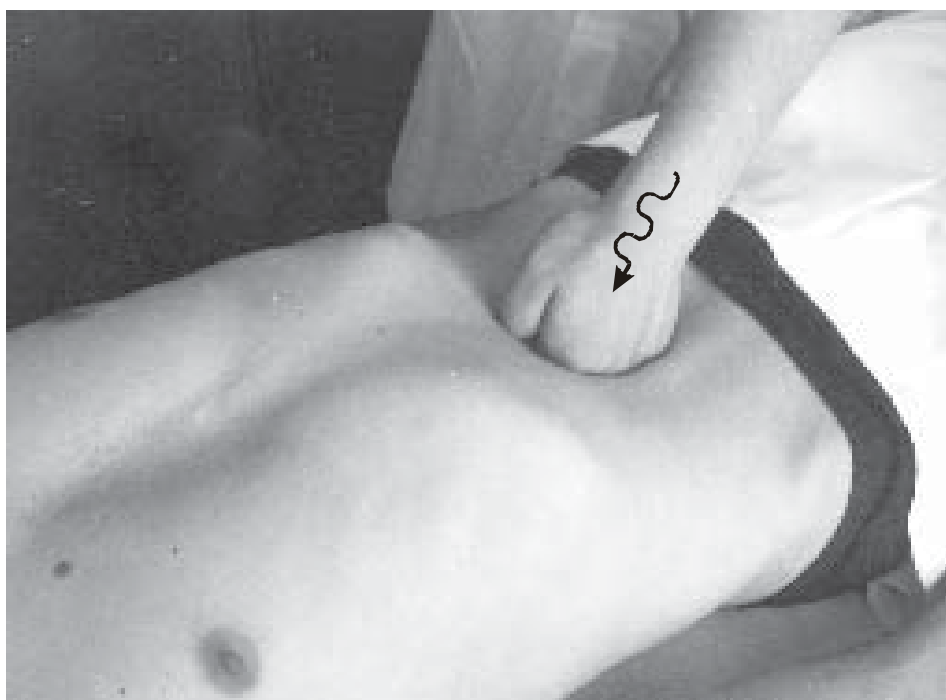


Рис. 85. Безперервна вібрація в ділянці живота кулаком.

Серію коливальних рухів виконують з поступово зростаючою швидкістю: на початку прийому – 100-120 коливань за 1 хв, в середині – 200-300 коливань, під кінець – швидкість коливань поступово зменшується. Проводиться вібрація з поперемінним натискуванням на тканини: на початку – поверхнева, потім вона стає глибокою, під кінець – поступово слабшає.

Інтенсивність впливу вібрації залежить від кута положення пальців чи кисті відносно масажованої поверхні: чим він більший, тим сильніший вплив. Найбільш ніжно впливає вібрація,

коли пальці натискають на тканини плазом (розслаблюються м'язи, зменшується біль, знімається втома, збуджуються недієздатні нерви). Найбільш інтенсивно – при перпендикулярному положенні пальців, що має стимулюючий вплив. Змінюючи силу вібрацій (швидкість та амплітуду), можна досягнути нормалізуючого впливу на діяльність нервової системи: заспокійливого при її збудженні і навпаки.

Безперервна вібрація може проводитися:

- однією чи двома руками;
- поздовжньо чи поперечно;
- зигзагоподібними чи спіралеподібними рухами;
- без переміщення по поверхні тіла (стабільна вібрація);
- з переміщенням по поверхні тіла (лабільна вібрація).

Стабільна вібрація одним пальцем називається точковою. Вона використовується для зменшення больового синдрому, стимуляції діяльності нервів, прискорення утворення кісткового мозоля, послаблення тону м'язів при їх гіпертонусі, нормалізації діяльності внутрішніх органів, для рефлекторного впливу на діяльність органів та систем.

Лабільна вібрація може проводитися за ходом нервових стовбурів та м'язових волокон для стимуляції діяльності послаблених та паретичних м'язів, за ходом кишечника – для нормалізації його діяльності.

Допоміжні прийоми безперервної вібрації: стрясування, струшування, підштовхування (О.Ф. Вербов, 1966). Л.О. Кунічев (1982) виділяє ще потрушування.

ПОТРУШУВАННЯ (рис. 86) автор рекомендує використовувати на окремих м'язах та м'язових групах при їх максимальному розслабленні. Кисть масажиста з широко розведеними пальцями накладається на м'яз (групу м'язів), і, дещо обхопивши його, проводять потрушування. При цьому коливальні рухи виконують у поздовжньому і поперечному напрямках у хвилеподібно змінюваному ритмі з поступово наростаючою та затухаючою швидкістю.

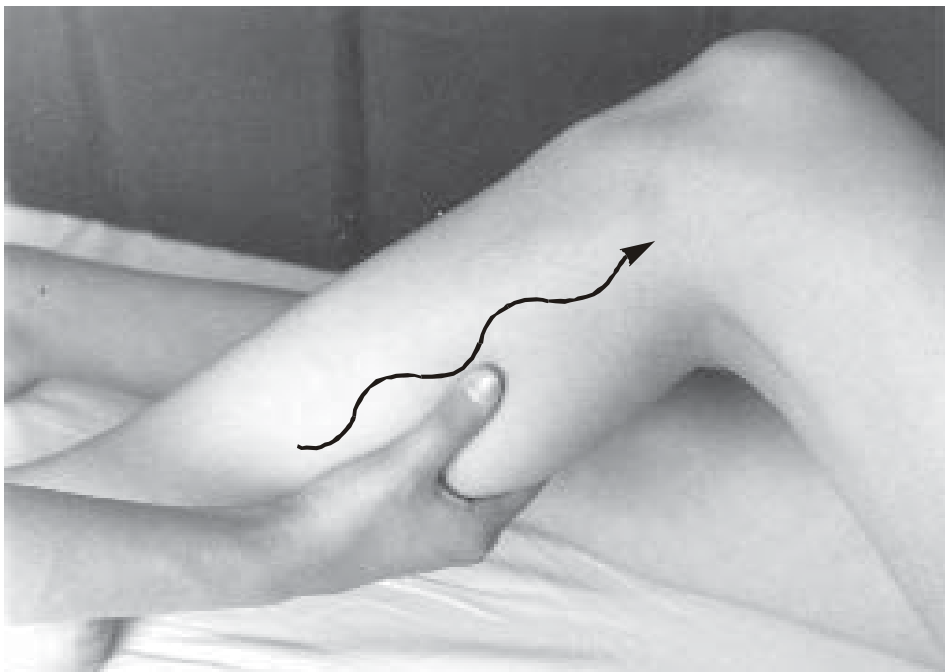


Рис. 86. Потрушування литкового м'яза.

Потрушування використовують на ослаблених м'язах після зняття гіпсу при переломах кісток, при рефлекторних контрактурах, парезах і паралічах. Цей прийом стимулює скоротливу і рухову функції м'язів, сприяє відновленню рефлексів, поліпшує лімфотік, особливо при набряках, знімає біль, є ефективним при лікуванні наслідків поранень і травм м'яких тканин, при рубцях та злуквих процесах у м'язах.

СТРЯСАННЯ (рис. 87). Використовується для впливу на внутрішні органи: печінку, жовчний міхур, шлунок, кишечник; при масажі живота, грудної клітки, таза, гортані, глотки, носа. Масажована ділянка розміщується між першим та іншими пальцями чи між обома кистями. Техніка залежить від місця проведення стрясання.

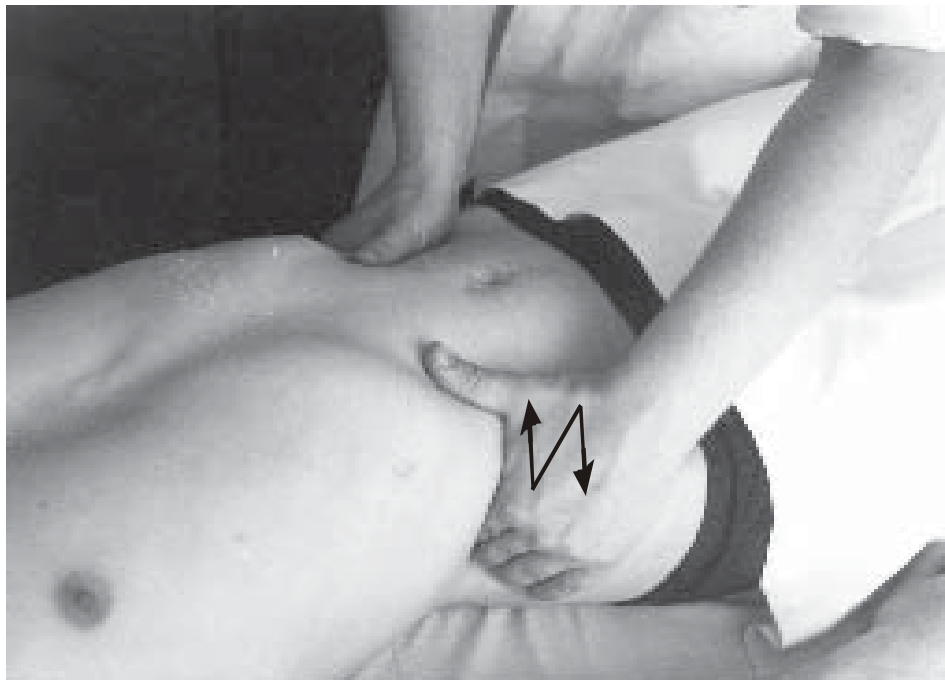


Рис. 87. Стрясання живота.

При стрясанні органів черевної порожнини праву руку накладають на місце проекції внутрішнього органа, ліву – паралельно правій, щоб великі пальці обох рук були направлені один до одного. Швидкими коливальними прямовисними рухами викликають стрясання відповідного органа. При цьому руки поступово віддаляються та зближуються між собою. При стрясанні живота обидві руки розміщуються з обох боків живота так, щоб великі пальці були на рівні пупка. Стрясання живота та органів черевної порожнини поліпшує кровопостачання в малому та великому колах кровообігу, активізує лімфотік, посилює секрецію, підвищує тонус непосмугованої мускулатури, стимулює перистальтику, сприяє розсмоктуванню злук, тонізує м'язи передньої черевної стінки.

Стрясання грудної клітки проводиться руками, розміщеними з обох боків грудної клітки, які здійснюють ритмічні, в горизонтальному напрямку, коливальні рухи. Використовується для збільшення еластичності та рухомості грудної клітки (після травми грудної клітки, для лікування спондильозу, остеохондрозу). Стрясання покращує кровообіг у великому та малому колах кровообігу, прискорює лімфотік, поліпшує еластичність легеневої тканини, зменшує застійні явища в ній, прискорює розсмоктування ексудатів та інфільтратів, відходження харкотиння.

Стрясання таза проводиться в положенні хворого лежачи на животі. Руки розміщуються так, щоб великі пальці були на задній поверхні, інші – на гребенях клубових кісток. Проводять ритмічні коливальні рухи справа-наліво, вперед-назад і навпаки. Використовується для поліпшення кровообігу в органах малого таза, при наявності злукових процесів, при обмінно-дистрофічних захворюваннях хребтового стовпа (спондильоз, остеохондроз), для стимуляції функції статевих залоз.

Стрясання гортані виконується однією рукою: великий палець розміщується з одного боку, а вказівний або II-III – з другого. Виконують ритмічні коливальні рухи, зміщуючи гортань зліва направо, зверху вниз і навпаки. Використовується при парезі голосових зв'язок, хронічному ларингіті, розладах фонації.

СТРУШУВАННЯ (рис. 88) використовується при масажі кінцівок. Струшування верхньої кінцівки проводиться в положенні хворого сидячи чи лежачи: масажист бере однією чи обома руками кисть пацієнта, піднімає вперед, злегка натягує руку і виконує швидкі, з невеликою амплітудою, у вертикальному напрямку коливальні рухи, поступово відводячи руку та повертаючи її назад. М'язи руки повинні бути максимально розслабленими, згинання в ліктьовому суглобі не допускається. Струшування передпліччя проводиться цим же методом при зігнутих в ліктьовому суглобі кінцівці.

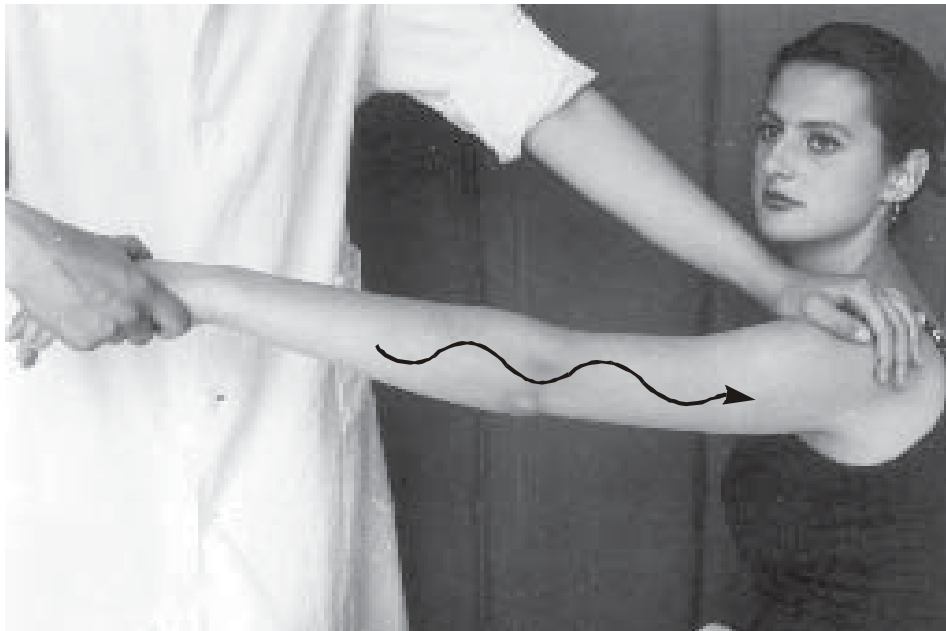


Рис. 88. Струшування верхньої кінцівки.

Струшування нижньої кінцівки проводиться в положенні хворого лежачи на спині: одна рука масажиста обхоплює ногу з боку п'яткового сухожилка, інша – на склепінні стопи. Дещо натягнувши ногу, масажист виконує повільні ритмічні коливальні рухи у вертикальному напрямку, повільно відводячи та приводячи ногу. Нога не повинна згинатися в колінному суглобі, м'язи максимально розслаблені.

Струшування використовується для стимуляції лімфо- та кровотоку, для зниження м'язового напруження, для збільшення рухомості суглобів, при контрактурах та злукових процесах.

ПІДШТОВХУВАННЯ (рис. 89) використовують при масажі шлунка, кишечника: ліва рука накладається на ділянку проєкції внутрішнього органа на поверхню тіла, права – короткими ритмічними поштовхами підштовхує шкіру, підлеглі тканини, органи до лівої руки. Амплітуда рухів більша, ніж при струшуванні, проводиться в більш повільному темпі. Використовується для стимуляції діяльності шлунка та кишечника, для попередження та розсмоктування злук, при опущенні внутрішніх органів.

Переривчаста вібрація

При проведенні переривчастої вібрації рука масажиста, дотикаючись до поверхні тіла, кожен раз відходить від неї, в результаті чого вібраційні рухи стають переривчастими, періодичними поштовхами, що слідує один за одним.

Основні прийоми переривчастої вібрації: пунктування, поколювання, поплескування, рубання, шмагання.

Переривчаста вібрація може виконуватися:

– долонною поверхнею кінцевих фаланг одного, двох, трьох або II-V пальців (пунктування);



Рис. 89. Підштовхування в ділянці живота.

- ліктьовим краєм кисті (рубання, шмагання);
- всією долонею (поплескування);
- кулаком (поколочування).

Переривчаста вібрація може виконуватися однією або двома руками, в поздовжньому та поперечному напрямках.

ПУНКТУВАННЯ виконують долонними поверхнями кінцевих фаланг II-III або II-IV пальців, які рухаються одночасно (рис. 90) або послідовно, нагадуючи удари барабанными паличками або друкування на машинці чи комп'ютері. Швидкість – 100-160 ударів за 1 хв. Чим більший кут між поверхнею тіла та руками (чим ближчий до прямого), тим сильніший вплив.

Використовується при масажі ділянок, де мало підшкірної основи, на невеликих ділянках, які щільно лежать на кістковій основі, в місцях перелому для стимуляції утворення кісткового мозоля, на невеликих м'язах, сухожилках, нервових стовбурах, в місцях виходу нервів.

ПОКОЛОЧУВАННЯ (рис. 91) виконується кулаком (його ліктьовим краєм) або кінчиками пальців. Для зм'якшення удару кисті повинні бути розслабленими. Виконується однією або двома руками (на відстані 3-5 см одна від одної), які рухаються послідовно. Частота рухів – 100-300 за 1 хв. Використовується на великих м'язових групах з метою підвищення їх тону та стимуляції м'язової діяльності.

ПОПЛЕСКУВАННЯ (рис. 92) виконується долонною поверхнею кисті при дещо зігнутих пальцях однією або двома руками, які рухаються послідовно. При цьому пальці повинні бути щільно зімкнутими, перший палець щільно притиснутий до долоні. Це забезпечує збереження повітряної подушки між долонею та масажованою ділянкою під час нанесення удару, що протидіє виникненню болювого відчуття та сприяє більш глибокому поширенню вібрації. Пом'якшенню ударів сприяє розслаблення рук, які вільно рухаються в променево-зап'ясткових суглобах.

Використовується на ділянках, покритих великими м'язовими шарами: спині, сідницях, стегнах, животі. Л.О. Кунічев (1982) вказує, що слабкі поплескування викликають звуження кровоносних судин і сповільнюють пульс. При енергійних і більш інтенсивних ударах відбувається розширення судин, мають місце гіперемія, місцеве підвищення температури, зниження чутливості нервових закінчень.

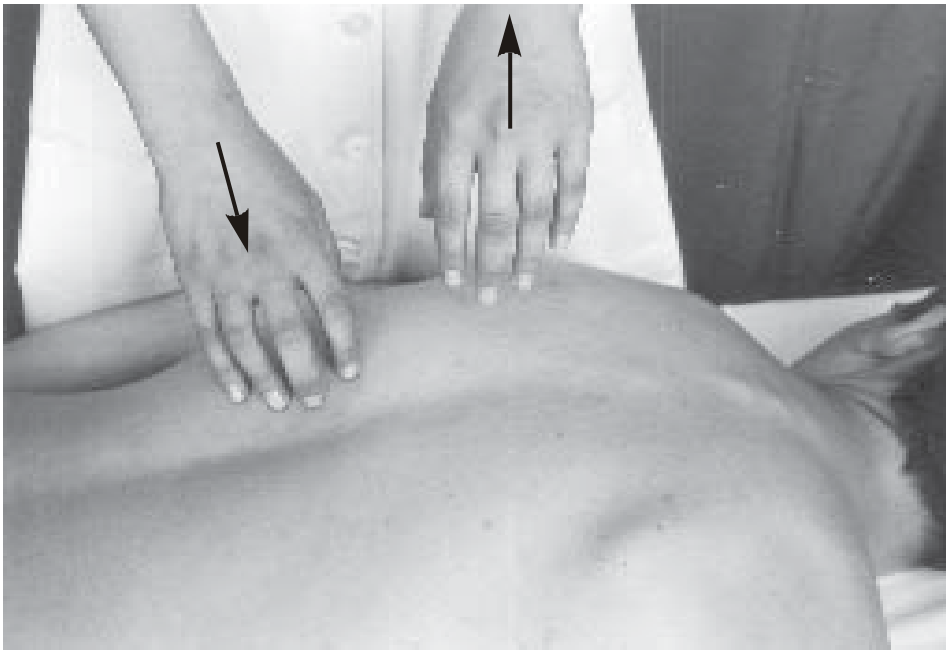


Рис. 90. Пунктування II-V пальцями.

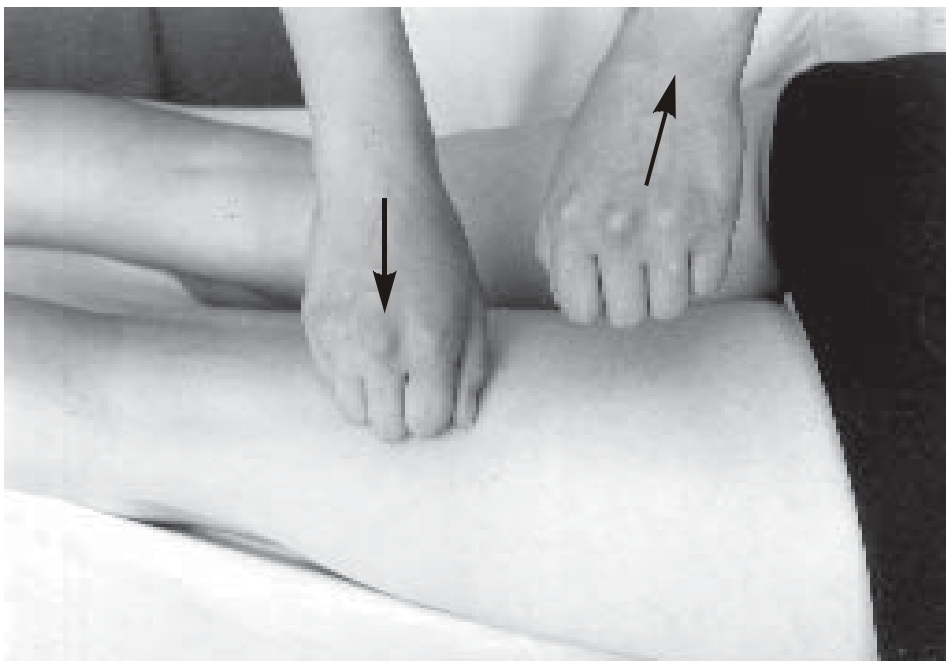


Рис. 91. Поколочування задньої поверхні стегна.

РУБАННЯ (рис. 93) виконується ліктьовим краєм кисті, яка при цьому перебуває в середньому положенні між пронацією та супінацією. При цьому ліктьовий суглоб зігнутий під прямим або тупим кутом. Кисті при рухах виконують приведення і відведення в променево-зап'ястковому суглобі, що значно пом'якшує ударні рухи. Пальці випрямлені, розслаблені, на початку руху дещо розведені. У момент удару вони з'єднуються, пом'якшуючи удар. При зімкнутих пальцях рубання сильне та болюче, може травмувати тканини. Виконується однією чи двома руками. При рубанні обома руками вони розміщуються на відстані одного сантиметра одна від одної, повернуті долонями досередини, рухаються послідовно.

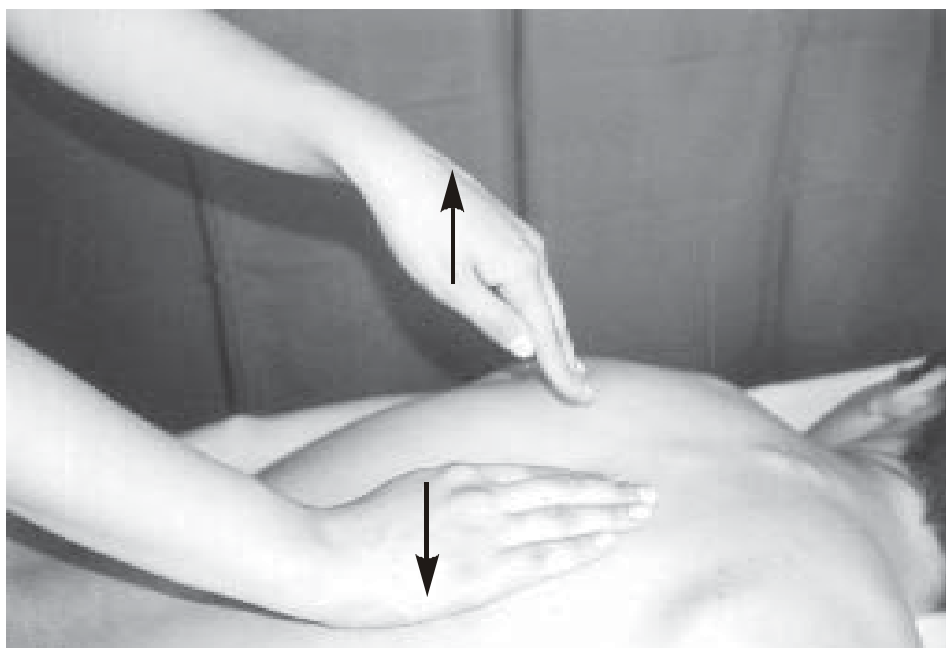


Рис. 92. Поплескування в ділянці спини долонною поверхнею кистей.

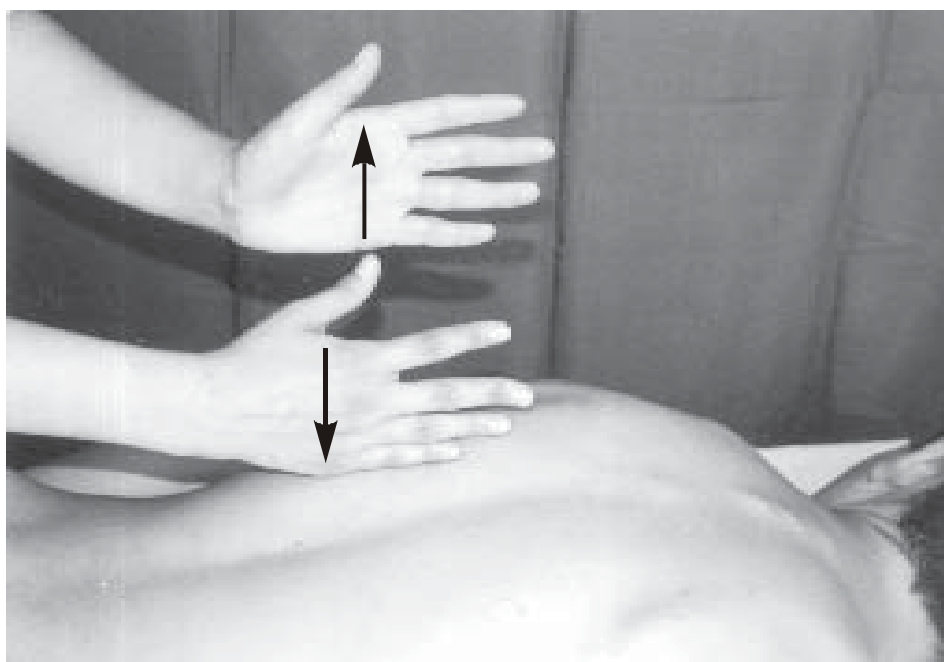


Рис. 93. Рубання прямими пальцями в ділянці спини.

Рубання проводиться на великих поверхнях тіла (груди, спина, сідниці, кінцівки), виконується ритмічно, швидко, 200-300 ударів за 1 хв.

Рубання сприяє прискоренню лімфоток, покращанню кровопостачання, обмінних процесів у покривних тканинах та м'язах, підвищенню функціональної здатності м'язів та внутрішніх органів. Не рекомендують проводити рубання на шиї, в ділянці проекції нирок, серця, хребта, на суглобах.

ШМАГАННЯ (рис. 94) виконується одним або декількома пальцями та всією долонею у вигляді дотичних ударів по покривних тканинах.

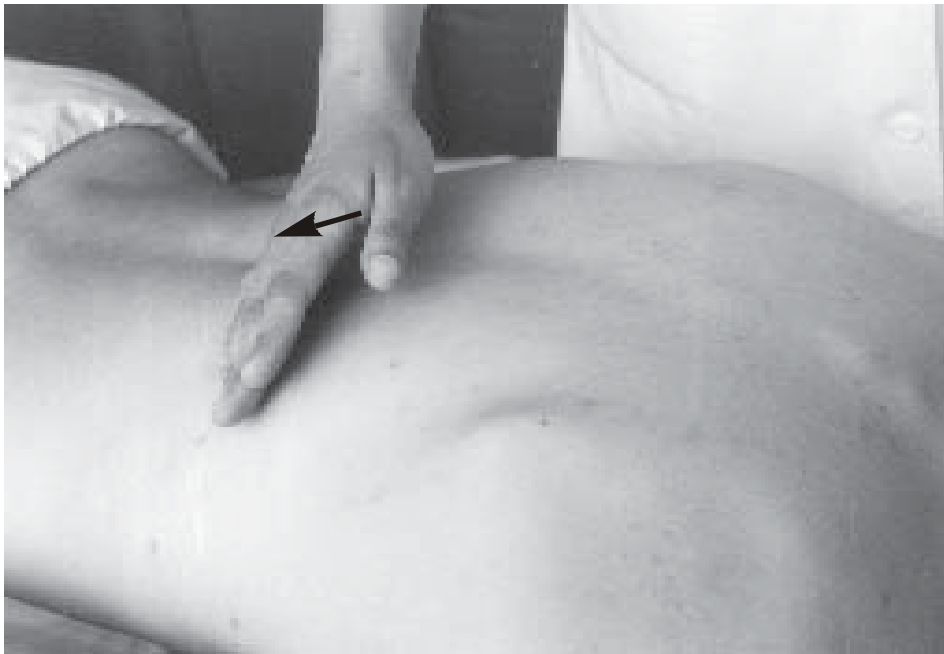


Рис. 94. Шмагання в ділянці спини.

Шмагання використовується при масажі великих поверхонь (спина, живіт, сідниці, стегна), при ожирінні, при рубцевих змінах на шкірі, в косметичній практиці. Шмагання сприяє прискоренню лімфо- та кровотоку, поліпшенню обмінних процесів у покривних тканинах, підвищує еластичність та тургор шкіри при старінні та рубцевих змінах.

Практичні рекомендації щодо проведення вібрації.

1. Вібрація – складний прийом, який вимагає від масажиста відповідних практичних навичок та вмій.

2. Вібрація не повинна викликати болю.

3. Сила та інтенсивність впливу безперервної вібрації залежать від кута нахилу кисті відносно масажованої поверхні: чим він ближчий до прямого, тим сильніший вплив.

4. Тривалість впливу на одну точку – 5-10 с. На кожну точку можна впливати від 5 до 10 разів. Після кожної вібрації виконується погладження.

5. Тривалі швидкі, дрібні безперервні вібрації діють заспокійливо, короточасні вібрації великої амплітуди збуджують нервову систему.

6. Безперервна вібрація може перейти в натискування при глибокому впливі на тканини, коли припиняються коливальні рухи, що використовується для впливу на нервові закінчення.

7. Поколочування на одному місці не повинно тривати більше 1-1,5 хв. При необхідності посилити вплив вібрації масажист напружує кисті.

8. Поколочування починають зі спини, потім переходять на бічну поверхню тулуба (по аксиллярній лінії) і проводять зверху вниз. На кінцівках воно проводиться також зверху вниз.

9. На внутрішній поверхні стегна, в ділянці проекції нирок на поверхню тіла, в лівій міжлопатковій ділянці переривчасті прийоми вібрації не проводять або проводять дуже обережно.

10. При виконанні переривчастої вібрації сила, м'якість, еластичність впливу залежать від:
– кількості кісткових важелів, які беруть участь у виконанні прийому: для нижніх впливів використовується тільки кисть, для сильніших – кисть, зап'ясток і т.д.;

– від ступеня напруження променево-зап'ясткового суглоба: чим він більш напружений, тим сильніший вплив і навпаки;

– від висоти розміщення передпліччя відносно масажованої поверхні: чим вона менша, тим менші можливості пом'якшувальних рухів кисті в променево-зап'ястковому суглобі і навпаки;

– від ступеня зімкнення пальців: розведення їх пом'якшує удар при рубанні;

– від ступеня згинання пальців: удар зігнутими пальцями м'якший;

– від напрямку удару: вертикальний удар впливає на глибоко розміщені тканини, косий – на поверхневі.

11. Рубання, поплескування не повинні бути енергійними на тканинах, які близько прилягають до кісток. На великі м'язові групи впливають кулаком.

12. Силу ударних прийомів потрібно дозувати індивідуально, вони не повинні бути енергійними у людей похилого віку, ослаблених, при підвищеній чутливості.

13. Вібраційний масаж може застосовуватись як самостійна процедура масажу або як складова загальної процедури масажу.

Основні помилки, які можуть зустрічатися при виконанні вібрації:

1. Недостатня практична підготовка масажиста.
2. Велика амплітуда і немаксимальний темп безперервної вібрації.
3. Недостатнє натягування кінцівок при проведенні струшування.
4. Занадто напружені м'язи кисті масажиста.
5. Недостатня координація рухів масажиста.
6. Відстань між масажуючими кистями більша ніж 2-4 см.

Прийоми сегментарного масажу

При сегментарному масажі О. Глезер, А.В. Даліхо (1965) рекомендують використовувати класичні прийоми (погладжування, розтирання, розминання, вібрацію), відкоректовані відповідно до рефлекторних змін в масажованих тканинах, та спеціальні прийоми (табл. 6).

Таблиця 6

Прийоми сегментарного масажу (О. Глезер, А.В. Даліхо, 1965)

Локалізація та вид рефлекторних змін	Загальні прийоми	Спеціальні прийоми
М'язи		
Обмежений гіпертонус	Ніжна вібрація, непрямая вібрація	Прийом свердління
Поширений гіпертонус	Легка вібрація, зміщення шкіри, розтирання	Прийом переміщення
Гіпотрофія, атрофія	Щільна вібрація	Вплив на підлопатковий м'яз
Міогельози	Різде розминання	Вплив на клубово-поперековий м'яз та на м'язи лопатки
Сполучна тканина		
Набухання	Ніжна вібрація	Прийом пилки
Втягнення	Розтирання, погладжування, глибоке розминання	Прийом витягнення
Вдавлення	Валяння, глибоке розминання	Вплив на проміжки між остистими відростками
Окістя	Циркулярне розтирання	Стискання грудної клітки
		Вплив на гребені клубових кісток, на груднину, на потиличну та лобову кістки, крижі

Спеціальні прийоми

Для впливу на зміни в м'язах. Автори вказують, що обмежений гіпертонус зникає після ніжної вібрації. Груба вібрація підвищує тонус м'язів. Розминання та валяння сприяють підвищенню тону м'язів з тривалими болями. Міогельози не реагують на вібрацію, а швидше всього реагують на сильне розминання. Широкі зони з гіпертонусом м'язів усуває вібрація, свердління чи переміщення.

СВЕРДЛІННЯ (рис. 95). Використовується при масажі будь-якої сегментарної зони. Може проводитися в положенні хворого лежачи та сидячи.

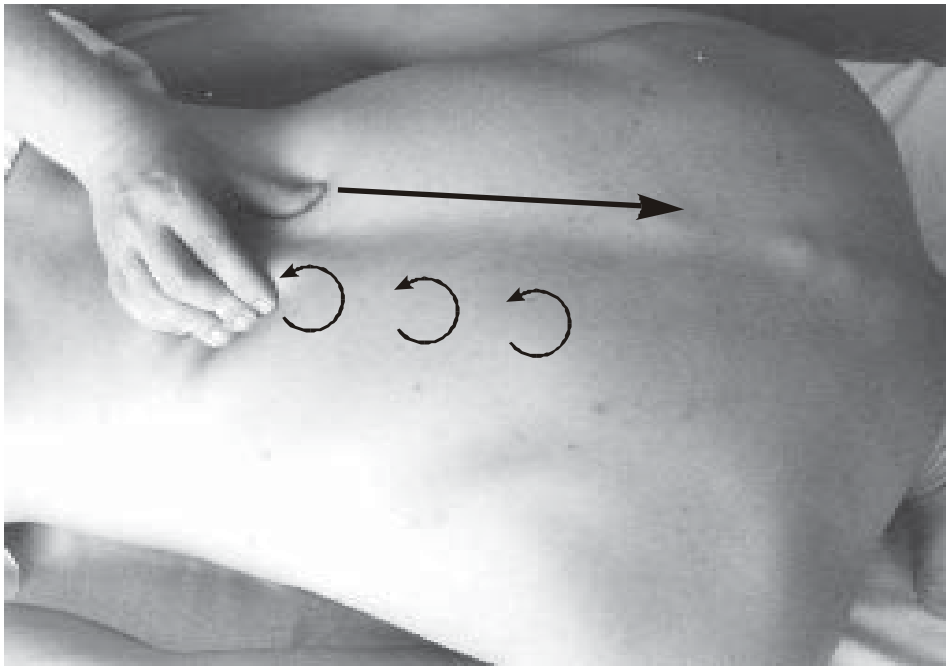


Рис. 95. Прийом свердління в ділянці спини в положенні хворого лежачи.

Прийом свердління в положенні хворого лежачи. Масажист розміщує руку на крижову ділянку так, щоб хребет знаходився між великим та іншими пальцями. II-IV пальці виконують колові та спіралеподібні рухи. При цьому пальці щільно прилягають до шкіри та м'язів, зміщуючи їх при колових рухах в напрямку до хребта. Великий палець служить опорою. Так масажують спину знизу догори від одного сегментарного корінця до другого, аж до шийного відділу хребта. Таким же чином проводять масаж першим пальцем з іншого боку, а II-IV пальці при цьому служать опорою.

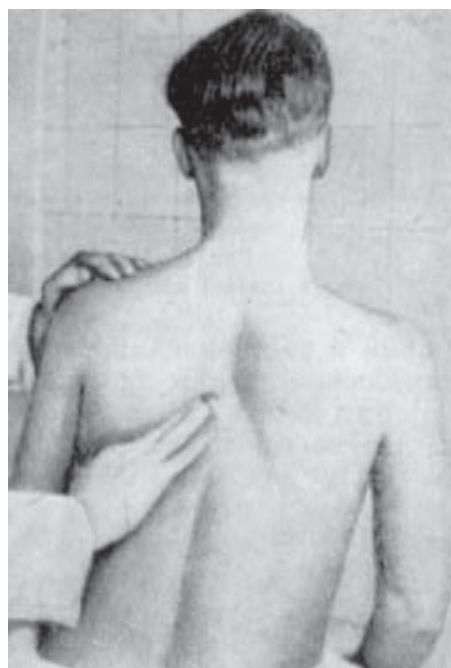
У положенні хворого сидячи ці ж рухи виконують першими пальцями, які розміщують по обидва боки хребта. II-IV пальці служать опорою. Прийом можна проводити послідовно з кожного боку або одночасно з обох боків.

ПЕРЕМІЩЕННЯ. Застосовується для усунення рефлексорних змін в м'язах спини і завжди поєднується з погладжуванням. Положення хворого – лежачи. Масажист – зліва від пацієнта. Права кисть, фіксуючи таз пацієнта, розміщується на правій сідниці і обхоплює пальцями клубовий гребінь. Ліва долоня виконує гвинтоподібні, колові рухи до хребта (за годинниковою стрілкою), зміщує всі тканини, починаючи з лівого нижнього відділу грудної клітки, і поступово переміщується до лівого надпліччя. Одночасно з цим права рука виконує рухи в зворотному напрямку (проти годинникової стрілки), весь час залишаючись на одному місці. При правильному виконанні прийому відбувається немовби скручування хребтового стовпа з м'язами прихребтових зон. Після цього, розмістивши руки на протилежні ділянки спини, долонею правої руки масажист виконує гвинтоподібні рухи на лівій сідниці за годинниковою стрілкою, а долоня лівої руки на правій половині спини – проти годинникової стрілки. Після кожного прийому переміщення проводять погладжування долонними поверхнями кистей, які виконують напівколові рухи до хребта в напрямку знизу догори.

ДЛЯ ВПЛИВУ НА ВАЖКОДОСТУПНІ М'ЯЗИ (підлопатковий, круглий, клубово-попечерковий) використовують спеціальні прийоми. Для впливу на підлопатковий м'яз лівою рукою фіксують лопатку на рівні плечей, праву руку переміщують між лопаткою і грудною кліткою, зміщуючи лопатку назовні. Виконують погладжування і розтирання підлопаткового м'яза та ділянки грудної клітки, прикритої лопаткою (рис. 96).



А



Б

Рис. 96. Масаж підлопаткових м'язів (О. Глезер, А.В. Даліхо, 1965):

А – перший варіант; Б – другий варіант.

ВПЛИВ НА КЛУБОВО-ПОПЕРЕКОВИЙ М'ЯЗ. До м'яза підходять над гребенем клубової кістки. Спочатку масажують клубовий м'яз поглажуванням і розтиранням, а після зменшення напруження в ньому пальці переходять на великий поперековий м'яз. Закінчують рухи в місці прикріплення м'яза (малий вертлюг) (рис. 97).



А



Б

Рис. 97. Масаж клубово-поперекового м'яза (О. Глезер, А.В. Даліхо, 1965):

А – в сидячому положенні хворого; Б – в положенні хворого лежачи.

СТРЯСАННЯ ТАЗА. Для зменшення напруження м'язів та сполучної тканини таза проводять його стрясання. Масажист сідає позаду сидячого хворого, кладе свої руки на його тулуб так, щоб перші пальці дотикались один до одного. Кисті в положенні пронації. Краї вказівних пальців проводять у глибину між нижніми краями ребер і гребенями клубових кісток. Короткими бічними рухами кистей, які при цьому ковзають назад до хребта, здійснюють стрясання таза. Прийом можна виконувати як в сидячому, так і в лежачому положенні (рис. 98).

Для впливу на зміни в сполучній тканині. При набуханні автори рекомендують ніжну вібрацію, при втягненнях – поглажування і глибоке розминання, при вдавленнях – розминання і ваяння. Спеціальними прийомами для впливу на сполучну тканину є прийом пилки і витягнення.

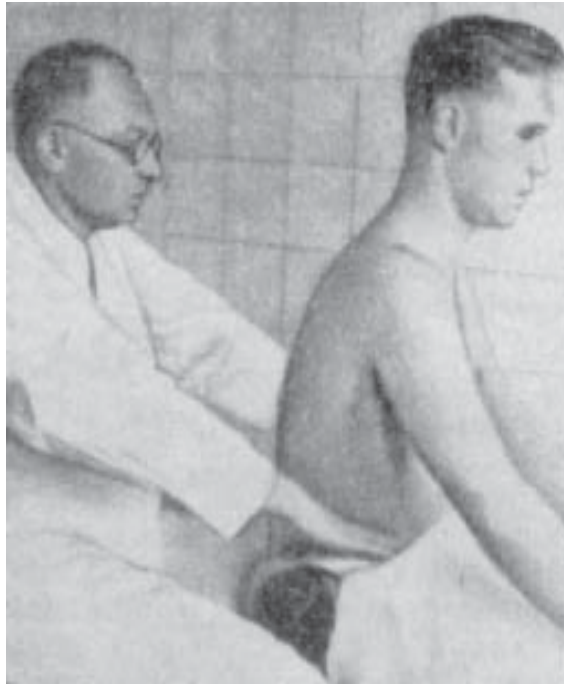


Рис. 98. Стрясання таза (О. Глезер, А.В. Даліхо, 1965).

ПРИЙОМ ПИЛКИ має за мету охопити ділянку спини. При цьому розведені великий і вказівний пальці обох рук розміщують з обох боків хребта так, щоб між ними утворився шкірний валик. Після цього обома руками виконують пиляючі рухи в протилежних напрямках, причому пальці повинні змішувати захоплену шкіру, а не ковзати по ній. Таким чином масажують усю поверхню від сегмента до сегмента знизу догори.

ПРИЙОМ ВИТЯГНЕННЯ виконують найчастіше долонною поверхнею дистальних фаланг II-III або II-IV пальців у вигляді штриха. На грудній клітці та спині рухи виконуються в напрямку до хребта, в ділянці шиї та надпліччя – поперечно, на кінцівках – найчастіше за ходом лімфи. Для виконання прийому палець, проникнувши в підшкірну основу і залишаючись у ній, повільно ковзає, розтягує напружену підшкірну основу. Сила натискування залежить від бажаної глибини впливу. Штрихові рухи можуть бути короткими і переривчастими або довгими та повільними.

ВПЛИВ НА ПРОМІЖКИ МІЖ ОСТИСТИМИ ВІДРОСТКАМИ ХРЕБЦІВ. Кінцеві фаланги 2-3 пальців обох рук розміщують на хребті так, щоб між вказівними пальцями перебував один остистий відросток. Кожна рука виконує дрібні колові рухи, спрямовані в протилежні сторони, проходячи в глибину між остистими відростками сусідніх хребців. Остисті відростки всіх хребців масажують знизу догори.

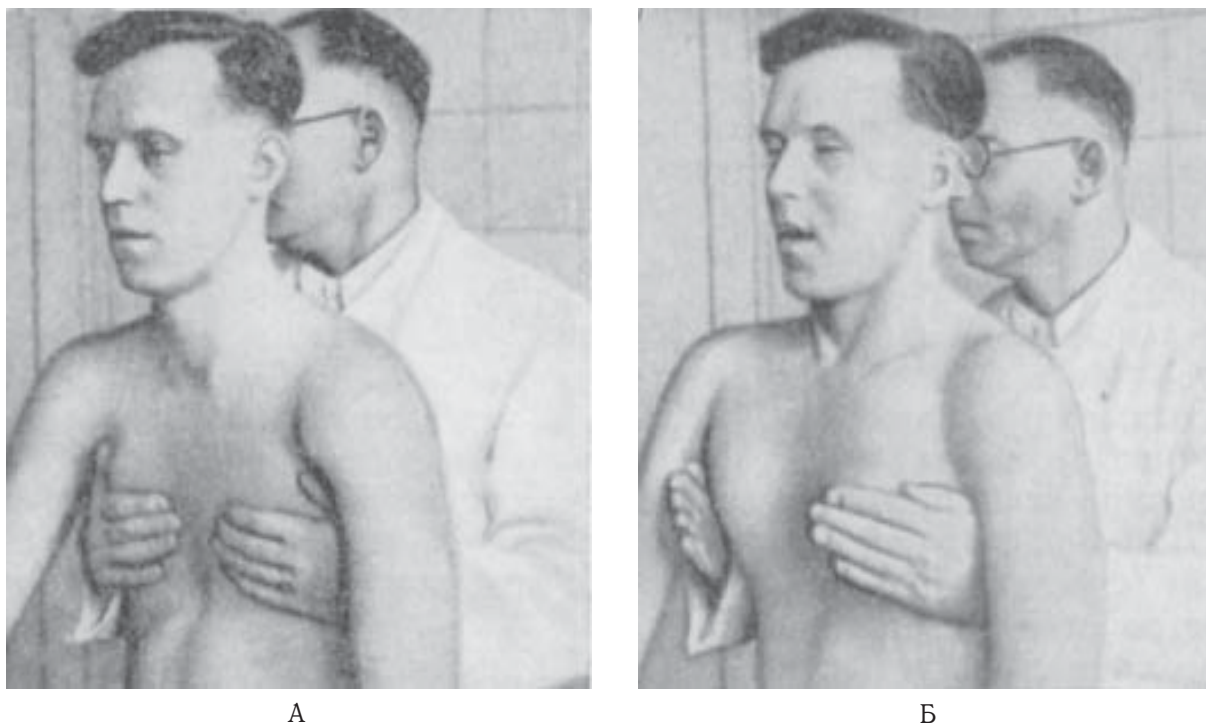
Для впливу на окістя. При злуках у плевральній порожнині, бронхіальній астмі й емфіземі легень автори до сегментарного масажу додають розтягнення грудної клітки, змінюючи його ступінь залежно від характеру захворювання. При розтягненні грудної клітки хворий робить максимальний видих, в цей час масажист, сидячи позаду хворого, обома руками стискає його грудну клітку. Після команди “вдих” він зразу забирає свої руки (рис. 99). Завдяки припиненню стискання і вдиху хворого відбувається швидке розширення грудної клітки.

Практичні рекомендації щодо проведення сегментарного масажу.

О. Глезер, А.В. Даліхо (1965) вважають найбільш доцільним таке проведення масажу:

1. Якщо у хворого визначені уражені сегменти, то найбільш доцільно починати з масажу сегментарних корінців біля місць їх виходу з хребта.

2. Масаж необхідно починати з нижніх сегментів і тільки потім, коли тут зникає напруження, переходити до впливу на вищерозміщені відділи.



А Б
Рис. 99. Розтягування грудної клітки (О. Глезер, А.В. Даліхо, 1965):
А – перший прийом; Б – другий прийом.

3. У першу чергу необхідно ліквідувати поверхнєве напруження, а потім – більш глибоко розміщене.

4. Вплив у ділянці будь-якого сегмента доцільно проводити в напрямку до хребта.

5. Напруження в кінцівках завжди усувають з периферії в напрямку до серця. Але ефект настає швидше, якщо спочатку масажувати стегно і плече, лише потім гомілку та передпліччя, але завжди в напрямку від периферії до центру.

6. Немає необхідності при перших процедурах обминати максимальні точки, бо при впливі на них швидше настає лікувальний ефект.

Розділ 4

АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНІ ДАНІ ТА ТЕХНІКА МАСАЖУ ОКРЕМИХ ДІЛЯНОК ТІЛА

Анатомо-топографічні дані тулуба

Тулуб – частина тіла людини, за винятком голови та кінцівок (рис. 100). Тулуб включає ділянки спини, шиї, передньої та бічних поверхонь грудної клітки, живота (рис. 101).

Скелет тулуба утворений хребтовим стовпом та грудною кліткою (рис. 102, 103). Хребтовий стовп є основою всього тіла, виконує функцію опори тіла, захисту спинного мозку, що міститься в його каналі, бере участь в рухах голови та тулуба. Він складається з 33-34 хребців, з'єднаних між собою рухомими і нерухомими зчленуваннями (рис. 104). Хребці розподіляють на справжні і несправжні. До справжніх відносять 24 хребці, які з'єднуються за допомогою міжхребцевих зчленувань і зв'язок, а до несправжніх – решту хребців (9-11), що зростаються у крижову та куприкову кістки. Хребтовий стовп включає шийний (7 хребців), грудний (12 хребців), поперековий (5 хребців), крижовий (5 хребців) та куприковий (4 чи 5 хребців) відділи. Особливостями будови хребців шийного відділу є те, що в поперечних відростках знаходиться отвір, в якому проходить хребтова артерія та вени. Остистий відросток VII шийного хребця відносно довший, його легко промацати крізь шкіру. З'єднання справжніх хребців відбувається з участю міжхребцевих дисків, які складаються з зовнішнього (волокнистого) кільця та внутрішнього драглистого ядра. Диски забезпечують хребту рухомість, пружність та амортизують поштовхи при фізичних вправах. З віком вони втрачають свою еластичність, можуть зміщуватись за межі хребців.

Хребтовий стовп відіграє основну роль у формуванні постави. У нормі він у фронтальній площині прямий, в сагітальній – має два види фізіологічних вигинів: лордоз (вигин, обернений випуклістю вперед) та кіфоз (вигин, обернений випуклістю назад). Розрізняють шийний лордоз, грудний кіфоз, поперековий лордоз та крижовий кіфоз. Величина шийного лордозу в нормі досягає 2-3 см, поперекового – 4-6 см (при вимірюванні в профіль), а найбільш виступаючі назад точки грудного та крижового кіфозів розміщуються на одній вертикалі. Відхилення хребта від вертикальної осі у фронтальній площині (вліво чи вправо) носить назву сколіозу. Порушення форми хребта призводить до порушення його опорної та амортизаційної функцій, створює несприятливі умови для функції внутрішніх органів.

Грудна клітка складається з грудної частини хребтового стовпа, 12 пар ребер та груднини (рис. 105, 106). У грудній клітці виділяють передню, задню та дві бічні стінки, верхній та нижній отвори. Верхній отвір грудної клітки обмежений першим грудним хребцем, першими ребрами і верхнім краєм ручки груднини. Крізь нього проходять стравохід, трахея, судини, нерви та інші органи. Нижній отвір грудної клітки обмежений XII грудним хребцем, кінцями XI та XII пар ребер, хрящами несправжніх ребер, що зростаються між собою і утворюють реброву дугу, а також мечоподібним відростком. Він затягнутий м'язово-сухожилковою перетинкою – діафрагмою, крізь яку проходять стравохід, великі судини та нерви.

Права і ліва хрящові реброві дуги утворюють підгруднинний кут, розміри якого залежать від форми грудної клітки. Між ребрами маємо міжреброві простори, напрям яких збігається з напрямом ребер. Міжреброві простори заповнені міжребровими м'язами і сполучнотканинними перетинками.

Груднина – непарна довга плоска кістка. Верхня її частина має назву ручки, середня – тіла, а нижній кінець – мечоподібного відростка. На верхньому краю ручки є яремна вирізка. Ручка продовжується донизу в тіло груднини, на межі між ними знаходиться кут груднини, біля якого прикріплюється II ребро. Кут груднини легко промацується через шкіру, завдяки чому можна легко знайти те чи інше ребро.

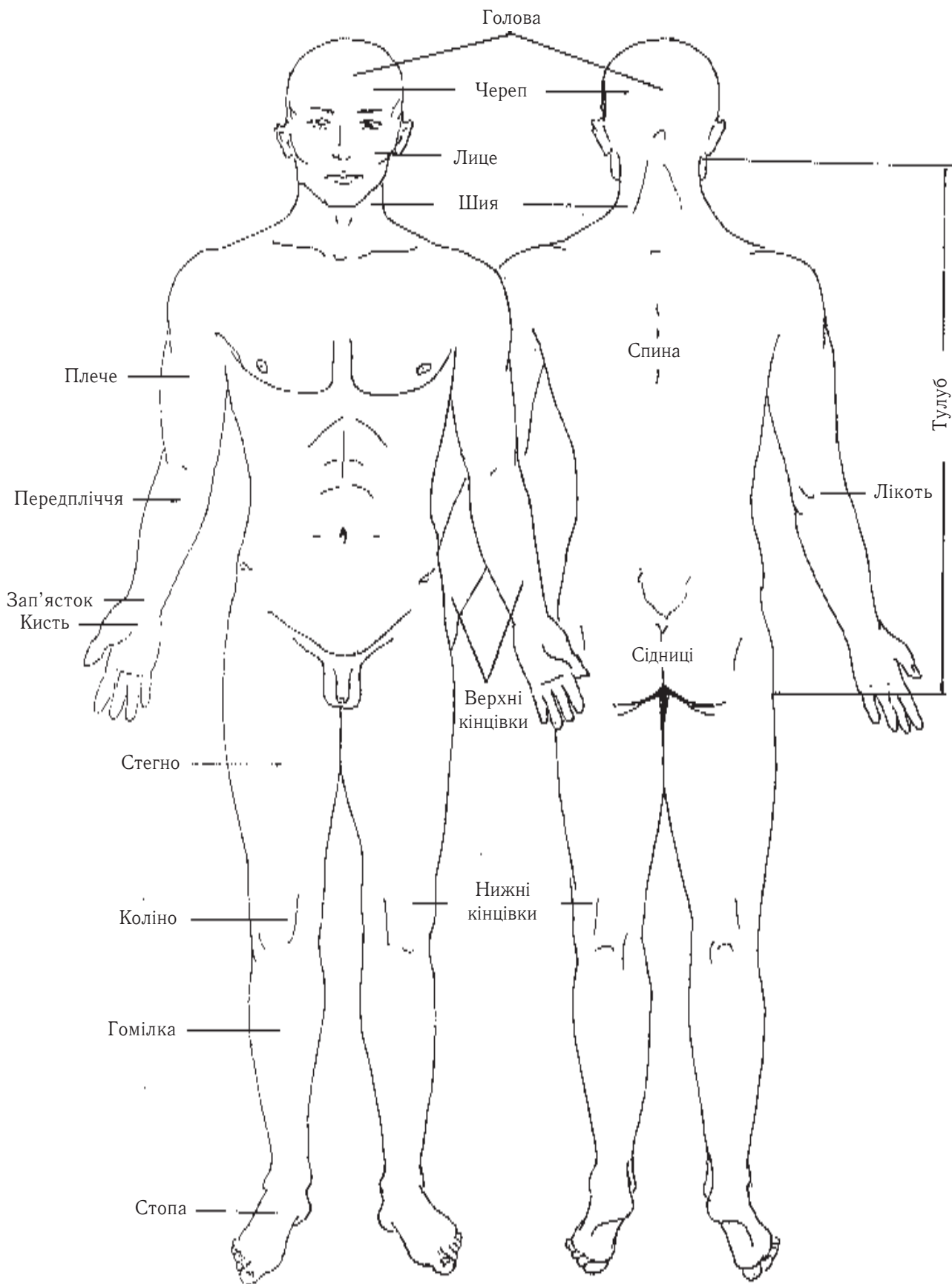


Рис. 100. Частина тіла людини.

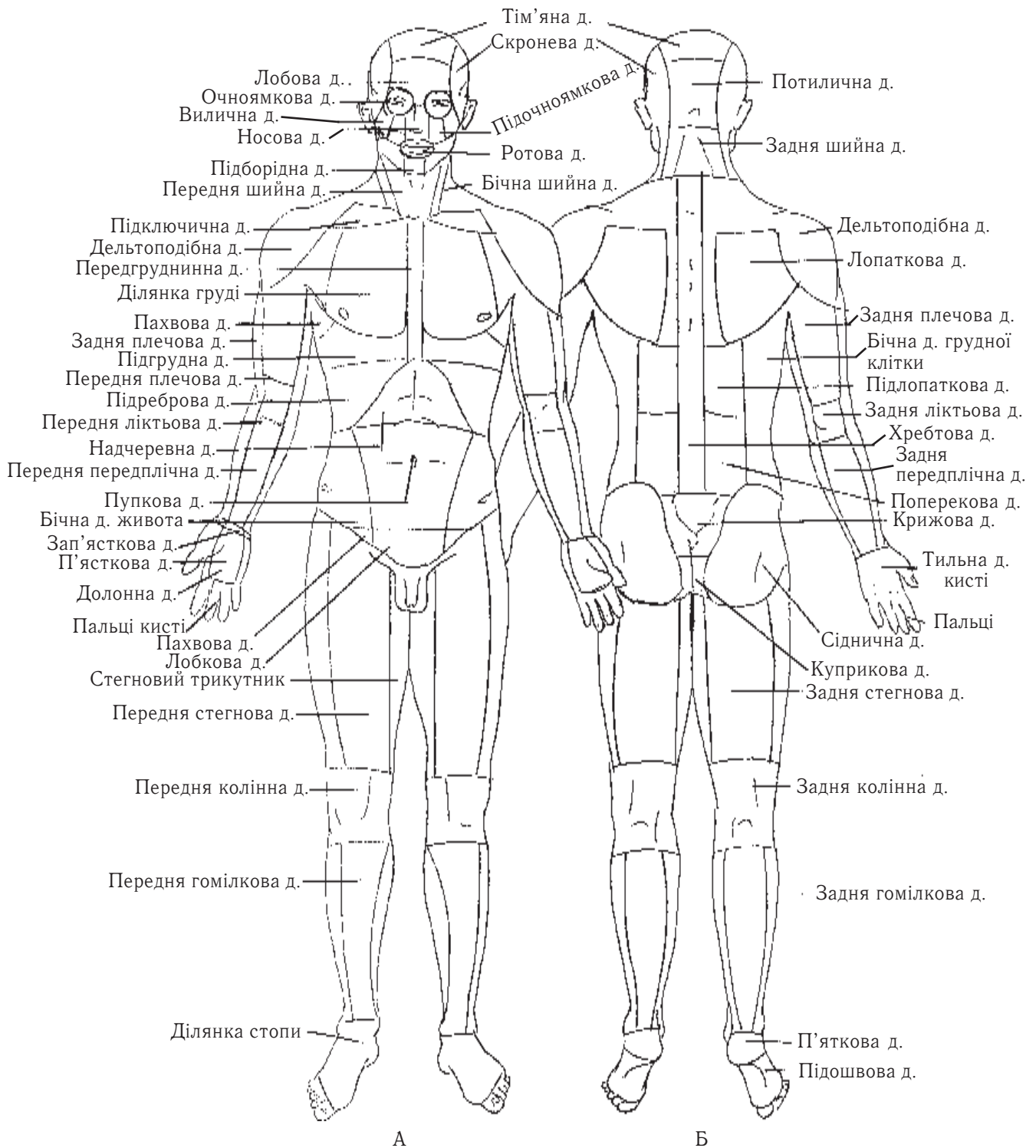


Рис. 101. Ділянки (д.) тіла людини: А – передня поверхня; Б – задня поверхня.

На грудній клітці виділяють такі вертикальні лінії: передню серединну, груднинну, пригруднинну, середньоключичну, соскову, пахвові (передню, середню, задню), лопаткову, прихребтову, задню серединну.

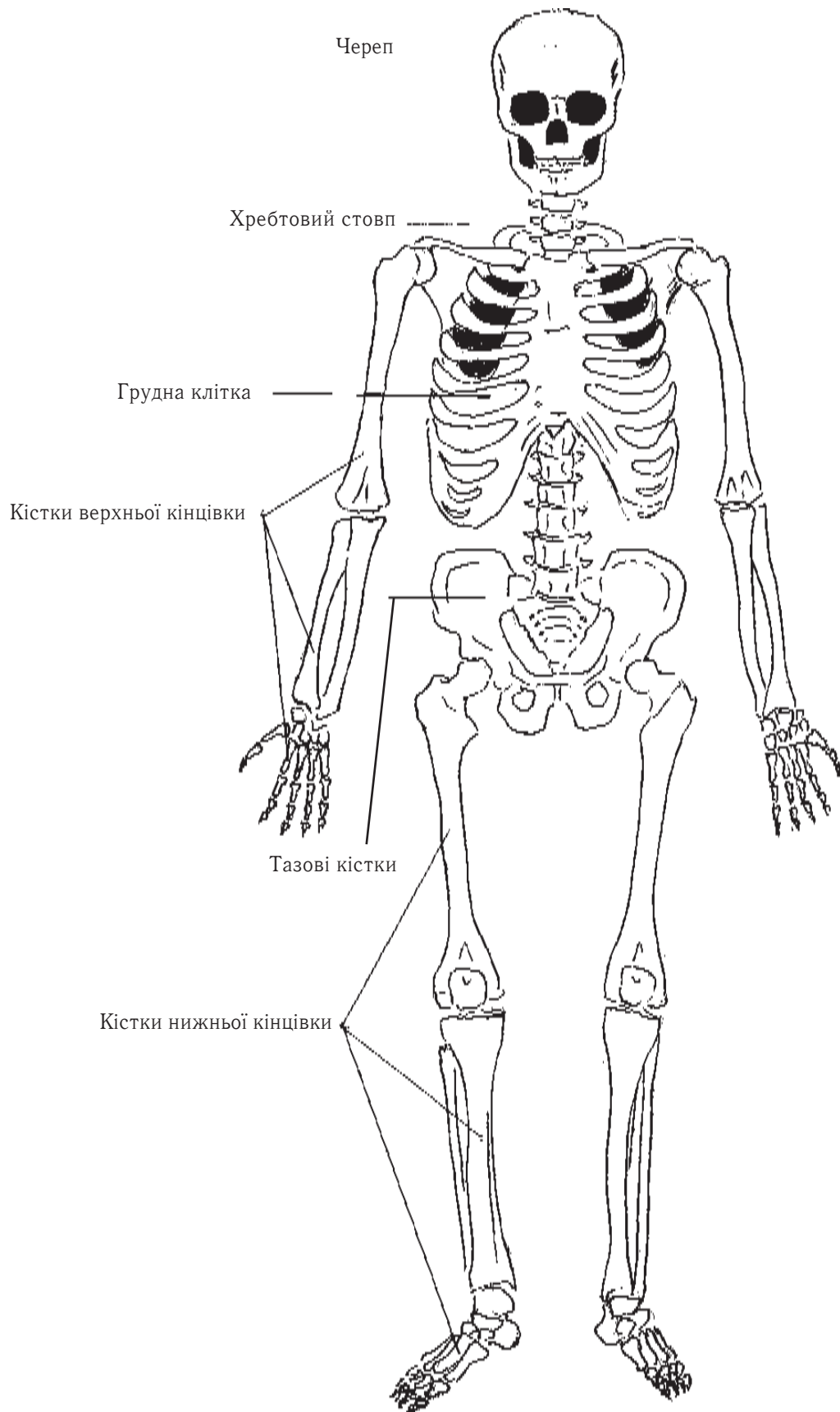


Рис. 102. Скелет.

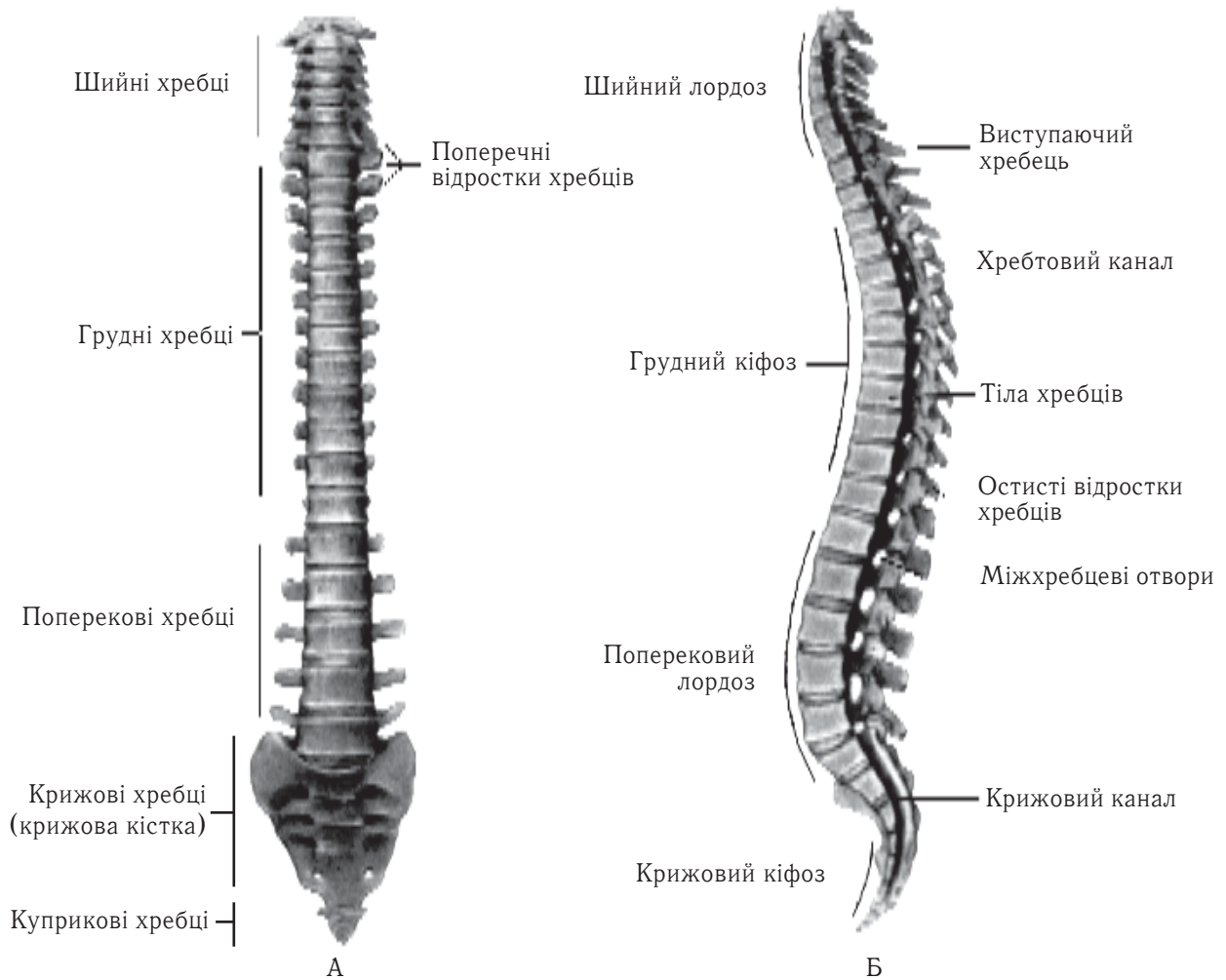


Рис. 103. **Хребтовий стовп:** А – вигляд спереду; Б – серединний розпил.

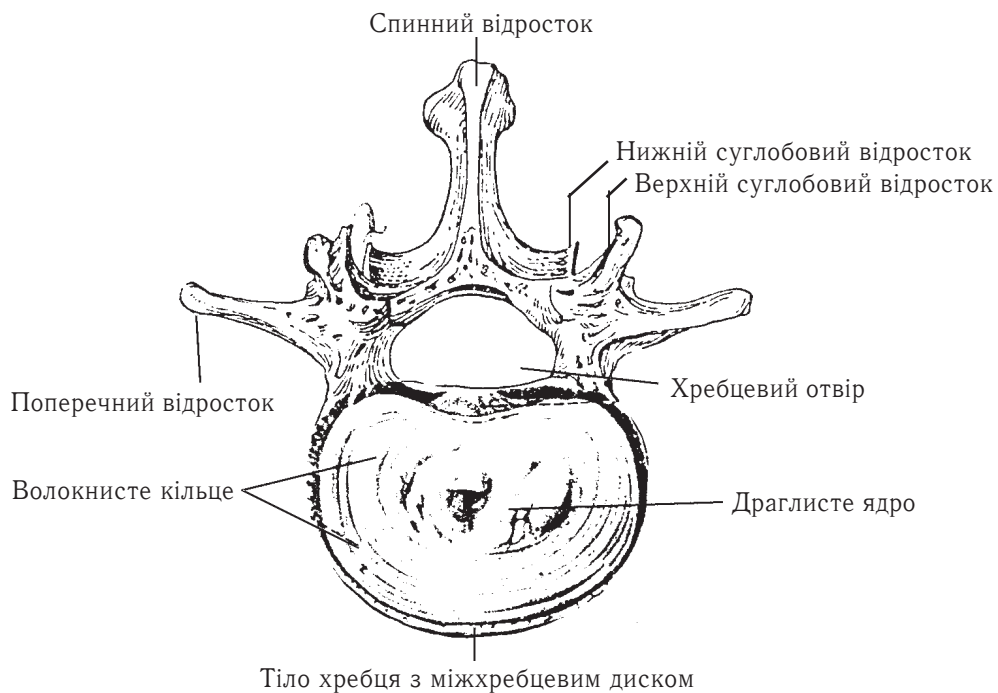


Рис. 104. **Поперековий хребець і міжхребцевий диск** (вигляд зверху).

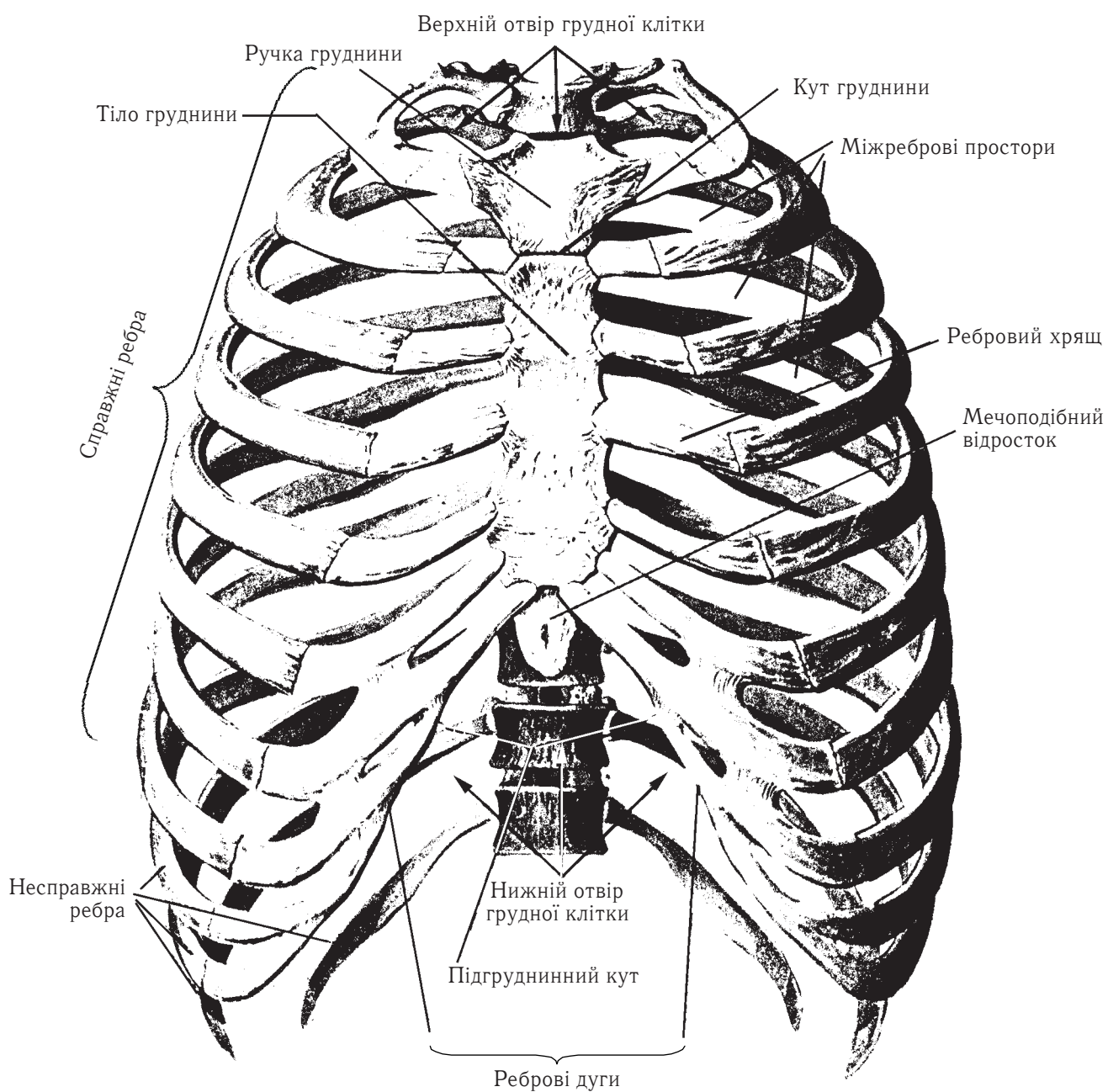


Рис. 105. Грудна клітка (вигляд спереду).

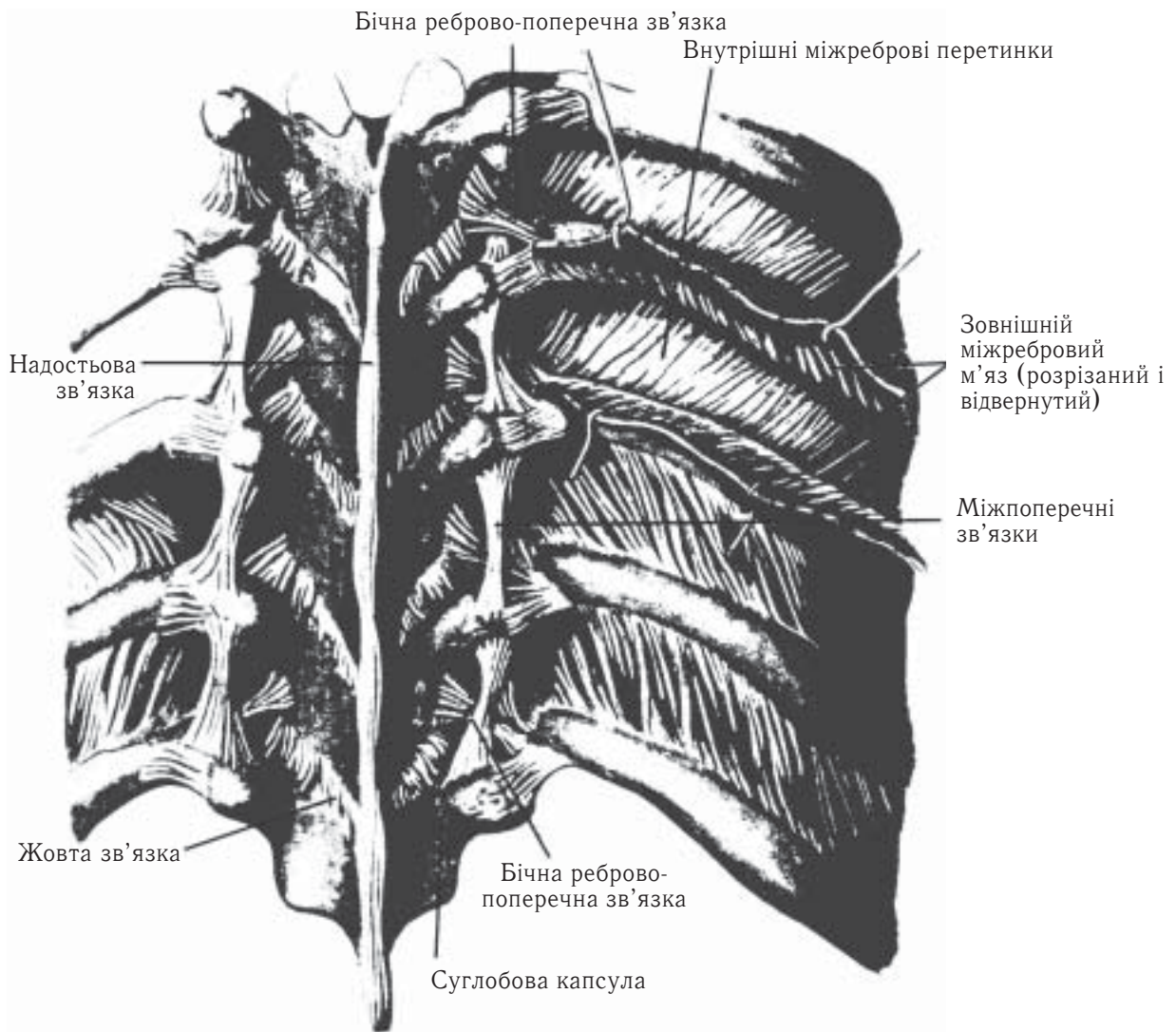


Рис. 106. Суглоби і зв'язки ребер і хребців (ззаду) (Р.Д. Синельников, 1972).

Анатомо-топографічні дані та техніка масажу спини

Анатомо-топографічні дані спини

Кісткову основу спини складає хребтовий стовп та ребра. Вона включає хребтову, крижову, лопаткову, підлопаткову, поперекову ділянки та поперековий трикутник (І.І. Бобрик, В.Г. Ковешніков, 2001). Дві перші – непарні, інші – парні (рис. 107). Ділянку, розміщену над остю лопатки, в масажі прийнято називати “надпліччя”.

При огляді та пальпації спини (рис. 108) визначається виступаючий під шкірою остистий відросток VII шийного хребця, ребра, ость лопатки з дзьобоподібним відростком, присередній край лопатки та її нижній кут. Лопатка прилягає до задньої поверхні грудної клітки на рівні II-VII ребер. У нижньому відділі спини доступні пальпації гребені клубових кісток. Лінія, що з'єднує їх, проходить через остистий відросток IV поперекового хребця (в масажі називається поясною лінією). При нахилі тулуба вперед добре пальпуються остисті відростки всіх грудних хребців.

Шкіра спини щільна, малорухома в ділянці середньої лінії та дуже рухома з боків. Підшкірна основа може бути виражена по-різному.

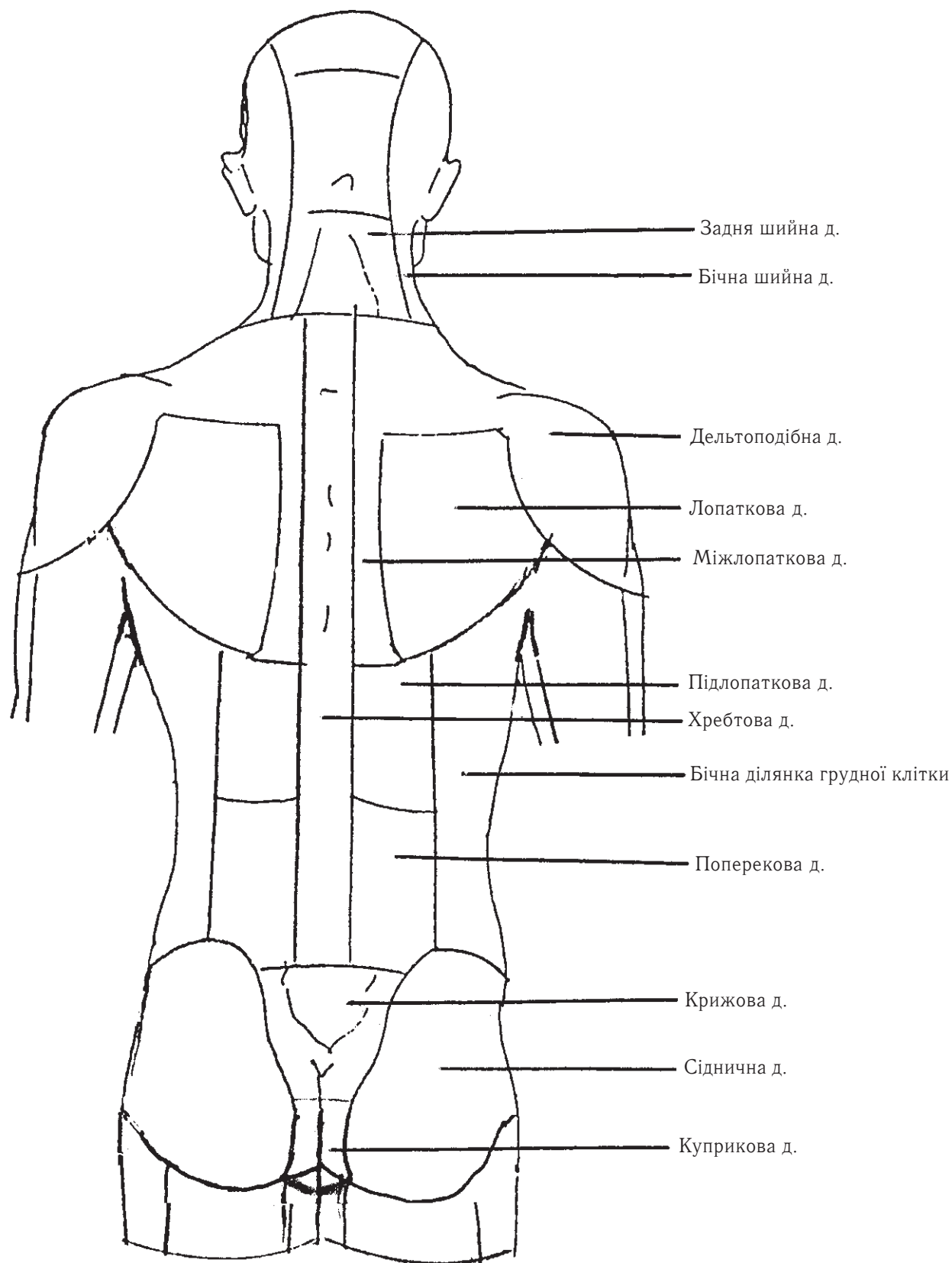


Рис. 107. Ділянки (д.) тулуба (вигляд ззаду).



Рис. 108. Рельєф м'язів тулуба (вигляд ззаду).

М'язи спини (рис. 109-111): поверхневий м'язовий шар утворюється двома м'язами – трапецієподібним, розміщеним під шкірою (займає задню шийну ділянку, грудний відділ хребтової ділянки, міжлопаткові, лопаткові ділянки) та найширшим м'язом спини, який також розміщується під шкірою і займає нижню частину спини та її бічні відділи. У верхній своїй частині він покритий трапецієподібним м'язом.

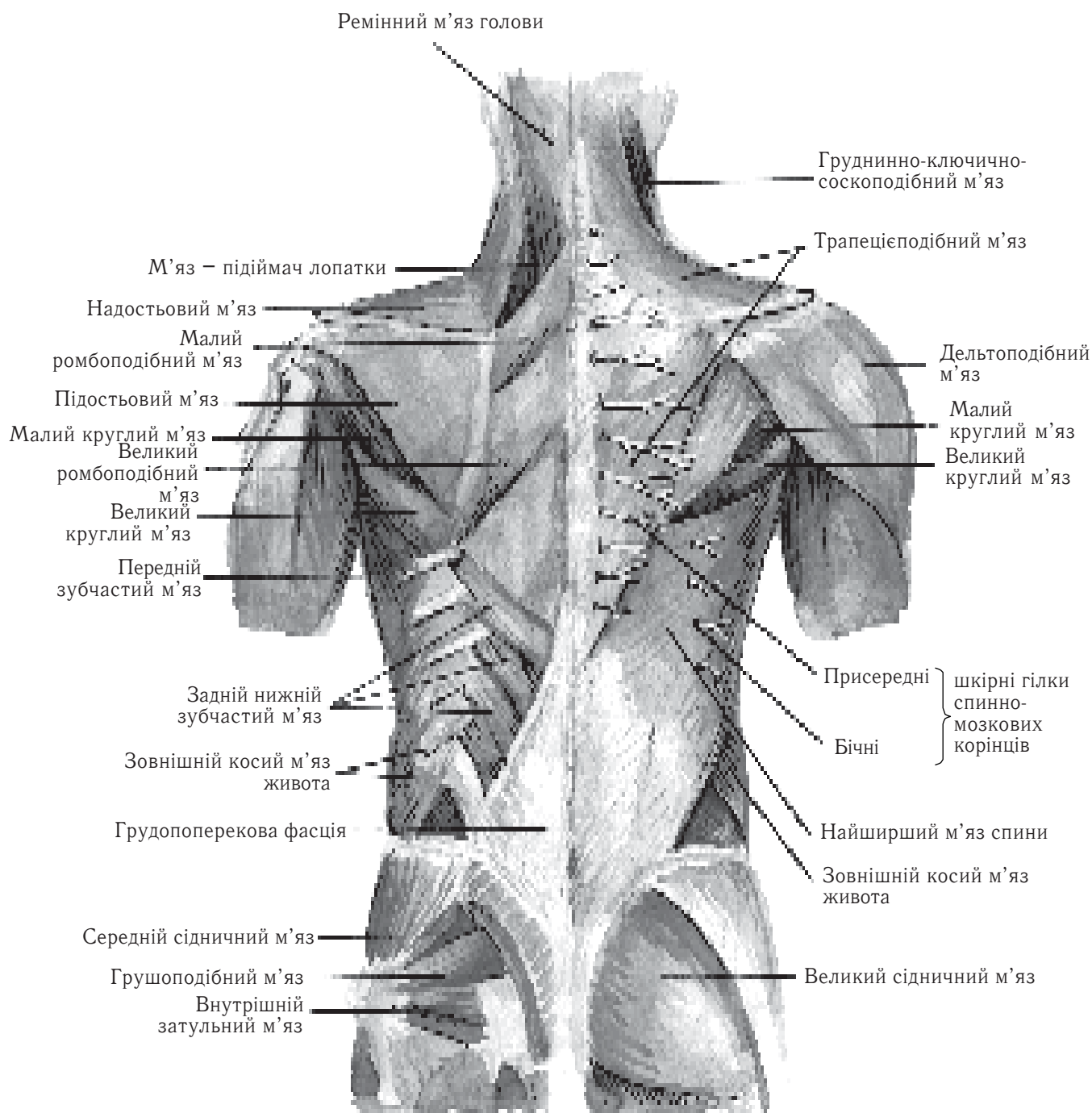


Рис. 109. М'язи спини і потилиці (трапецієподібний м'яз і найширший м'яз спини зліва видалені).

Під трапецієподібним та найширшим м'язами спини по обидва боки від хребта розміщені великий, малий ромбоподібні м'язи, м'яз – підіймач лопатки, задні верхній та нижній зубчасті м'язи. Глибокі м'язи спини розміщені по боках хребтового стовпа (в прихребтових зонах, паравертебрально – лат. *paravertebralis* – термін прийнятий в масажі в Україні і за кордоном). До них відносять м'яз – випрямляч хребта, поперечно-остьові та ремінні м'язи. М'яз – випрямляч хребта – найбільший та найсильніший м'яз спини, розміщується вздовж усього хребтового стовпа (рис. 112).

Судини та нерви спини дрібні, численні, мають багато анастомозів (рис. 109, 113). Лімфу з судин, розміщених в ділянці спини, приймають пахвові та пахвинні лімфатичні вузли.

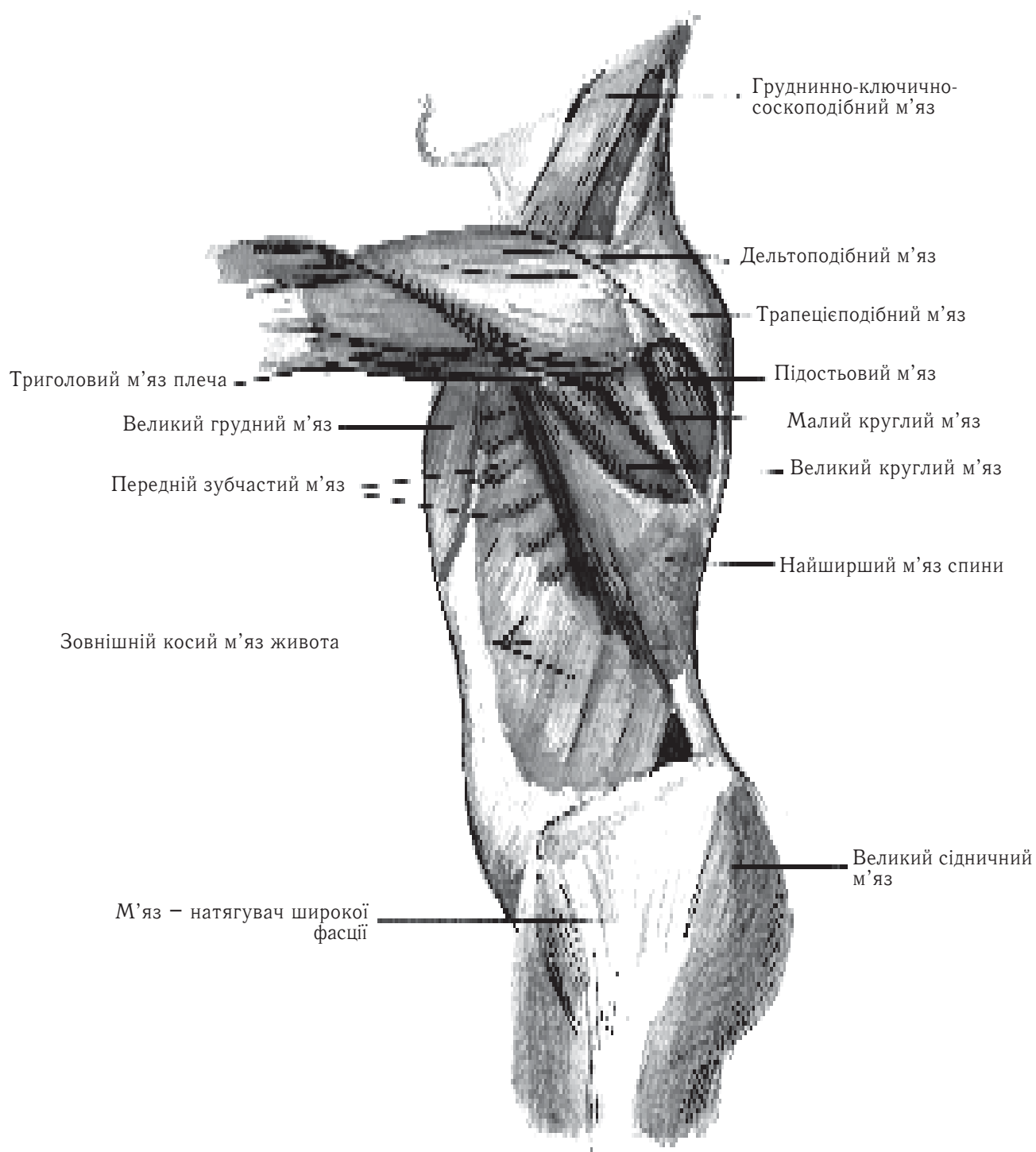


Рис. 110. М'язи тулуба зліва.

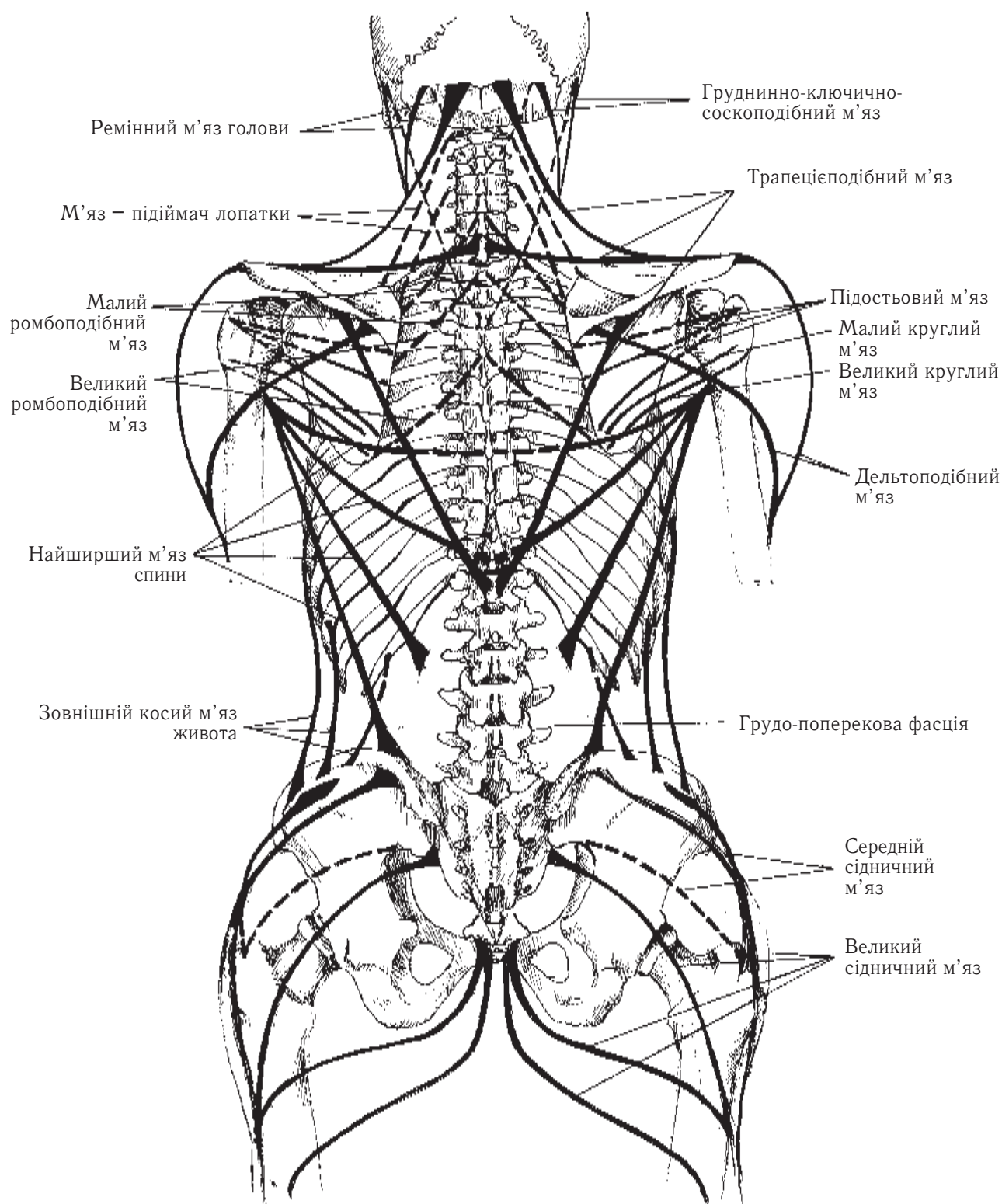


Рис. 111. Місця початку і прикріплення м'язів задньої поверхні тулуба (схема).

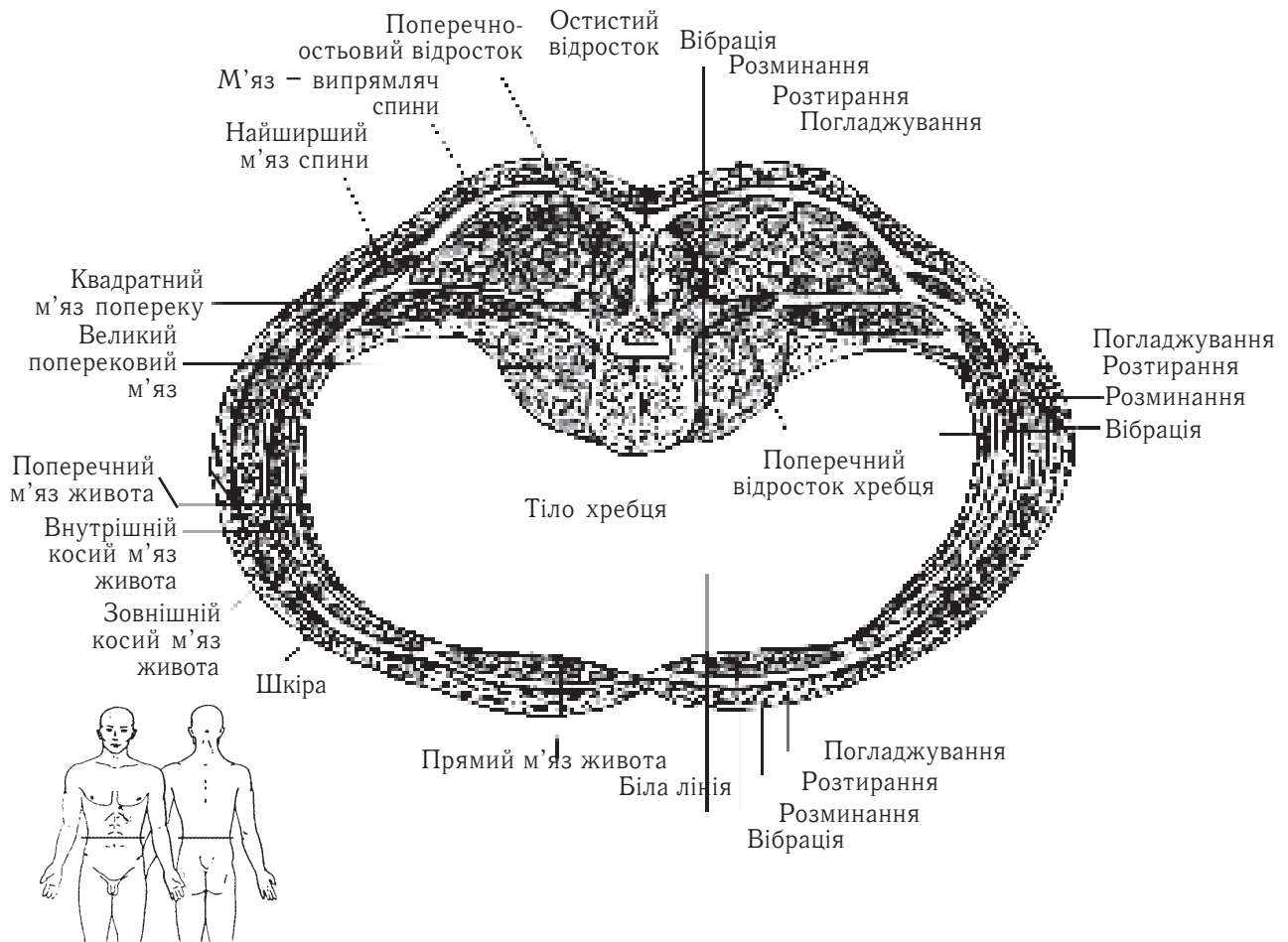


Рис. 112. Покривні тканини і м'язи спини та живота. Вплив основних прийомів масажу на них (горизонтальний розтин на рівні II поперекового хребця).

Техніка масажу спини

Положення пацієнта – лежачи на животі, руки вздовж тулуба, дещо зігнуті у ліктьових суглобах, кисті проновані, під гомілковостопними суглобами валик. Положення масажиста – стоячи на рівні кульшових суглобів пацієнта (рис. 114).

Погладжування. Напрямок масажних рухів (рис. 115) – від поперекової ділянки паралельно до остистих відростків хребта догори через верхній край трапецієподібного м'яза до надключичних ямок. Після цього кисті повертаються у вихідне положення і, дещо відступивши від хребта, продовжують рухи до пахвових ділянок. Використовують поверхнєве і глибоке площинне погладжування (рис. 39, 116-118, 41) та гладження (рис. 43), охоплює погладжування бічних поверхонь тулуба, зовнішніх країв найширших м'язів спини та трапецієподібного м'яза. Міжостисті та міжреброві проміжки масажують граблеподібним погладжуванням (рис. 50).

Розтирання. Напрямок рухів може бути поздовжнім та поперечним. Долонною поверхнею, опорною частиною кисті, пальцями однієї чи двох рук виконують прямолінійні та спіралеподібні розтирання прихребтових зон, трапецієподібного м'яза, найширших м'язів спини і лопаток (рис. 119-123, 55). Спіралеподібне розтирання кінцями пальців і штрихування ділянки остистих відростків (рис. 124), гребенів клубових кісток, внутрішніх країв та нижніх кутів лопаток. Граблеподібне розтирання ребер, міжостистих та міжребрових проміжків (рис. 50, 125). Розтирання ліктьовим краєм кистей внутрішніх країв та нижніх кутів лопаток, для чого руку пацієнта треба закласти за спину. Можна виконувати розтирання спини пальцями, зігнутими

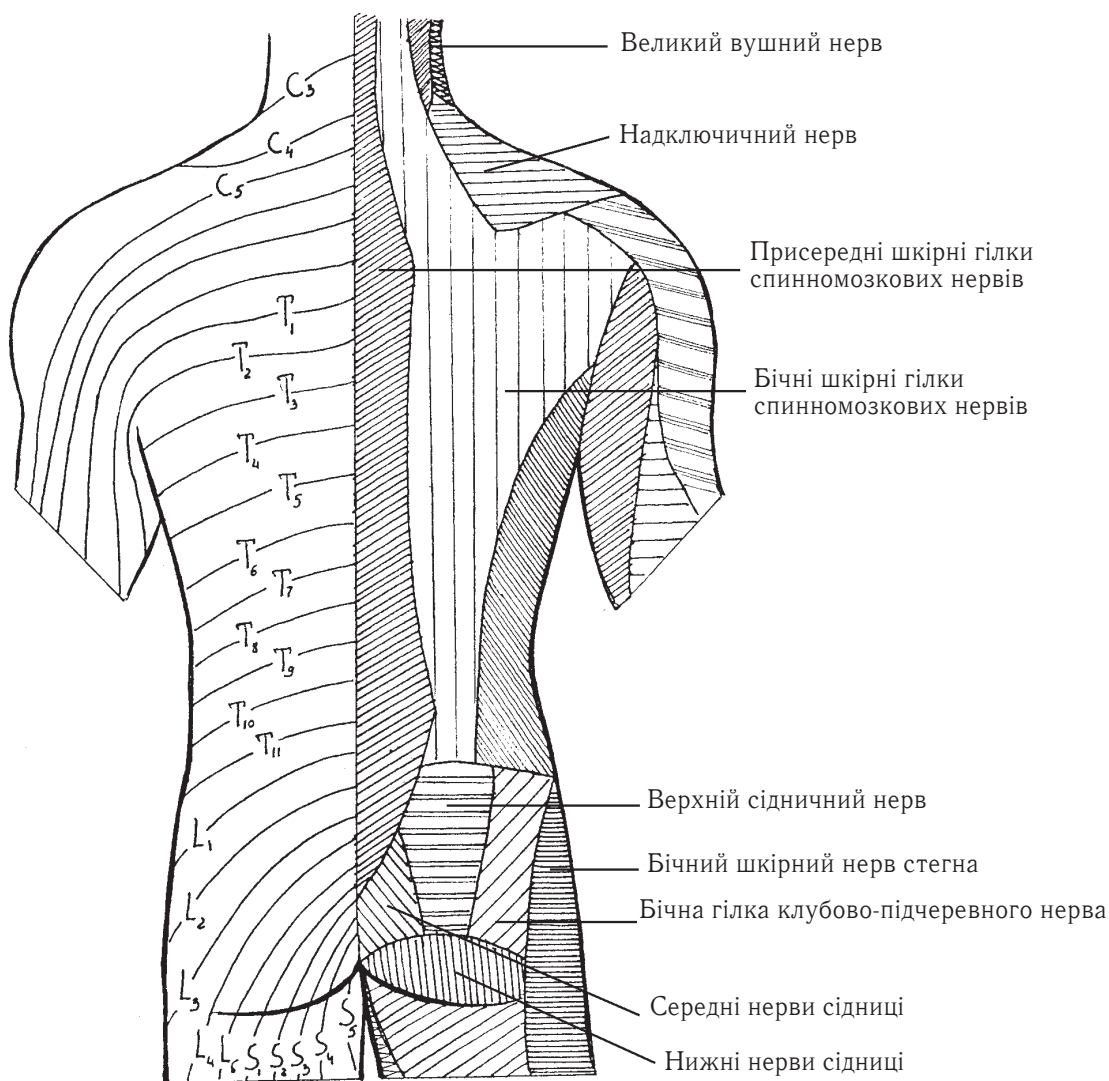


Рис. 113. Схема сегментарної та шкірної іннервації ділянки спини (А.П. Ромоданов і співавт., 1979).

в кулак (рис. 126), обтяженою кистю (рис. 48, 127). Пиляння і стругання м'язів спини (рис. 56, 62). Пересікання зовнішніх країв найширших м'язів спини та низхідної частини трапецієподібного м'яза. Сила натиску на ділянці С4–D2 повинна бути послаблена.

Розминання. Виконується однією чи обома руками з кожного боку спини поздовжньо (рис. 128) та поперечно, при цьому масажні рухи можуть виконуватися у висхідному та низхідному напрямках. Для масажу паравертебральних зон, трапецієподібного м'яза та найширших м'язів спини використовують зміщення (рис. 71, 129), розтягування (рис. 75), натискування (рис. 130-134). Розминання зовнішніх країв найширших м'язів спини та трапецієподібного м'яза: поздовжнє та поперечне розминання однією чи двома руками (рис. 135). Після розслаблення поверхнево розміщених м'язів приступають до масажу через їх поверхню більш глибоко розміщених м'язів. Використовують прийоми натискування однією, двома руками, обтяженою кистю (рис. 81, 130-134). Поступово, спіралеподібно заглиблюючись у товщу м'яза, розминають його між долонею та кістковою основою, на якій він розміщений, зміщуючи м'язовий пласт з кісткового ложа, потім поступово, тими ж спіралеподібними рухами, зменшують натискування і переходять на розміщену поруч ділянку м'яза (рис. 119). Можна використовувати гребенеподібний прийом (рис. 81). Особливо ретельного масажу вимагають глибокі м'язи спини, розміщені по обидва боки від хребта (в прихребтових, паравертебральних зонах) (рис. 134, 136).



Рис. 114. Положення хворого і масажиста під час масажу спини.

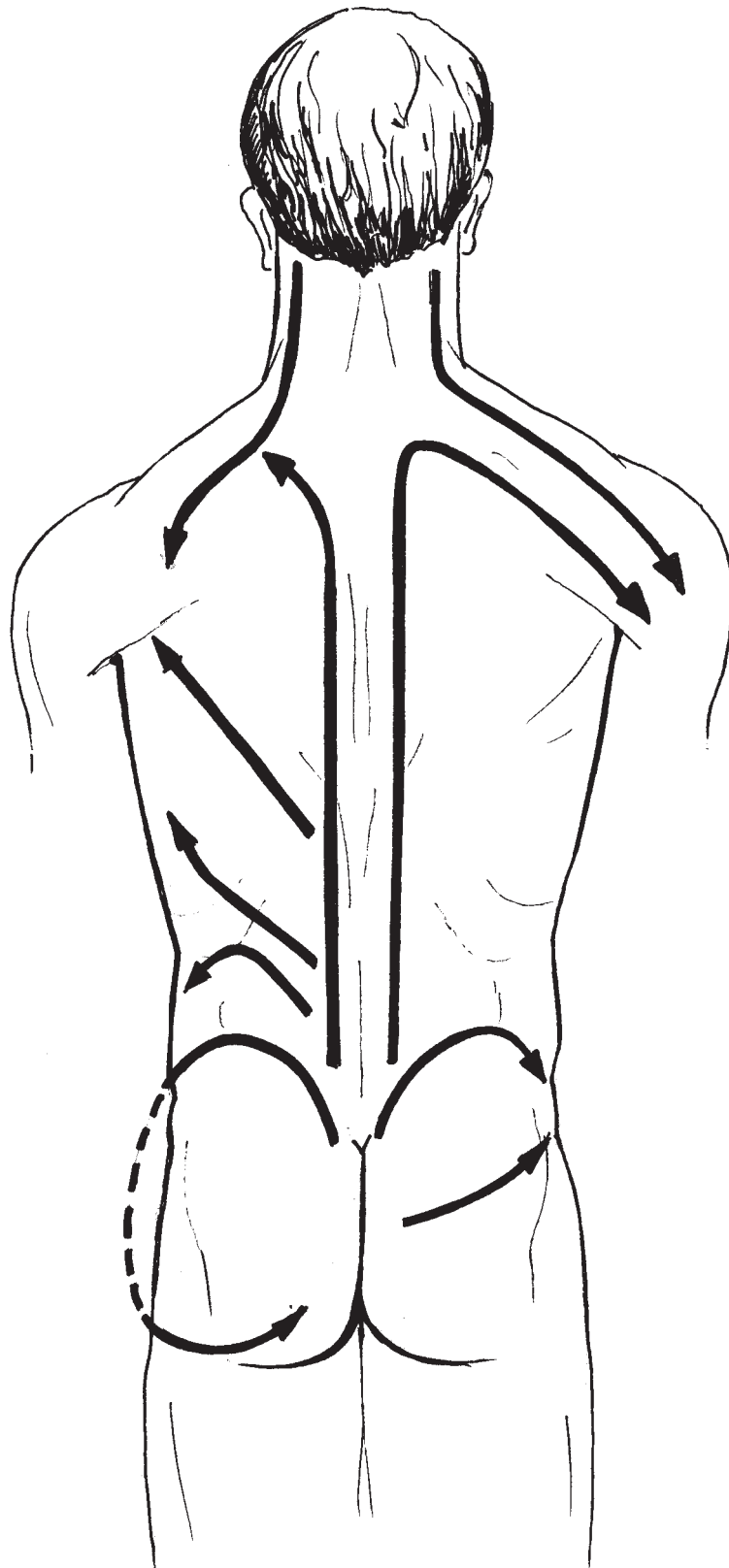


Рис. 115. Напрямок масажних рухів на спині.

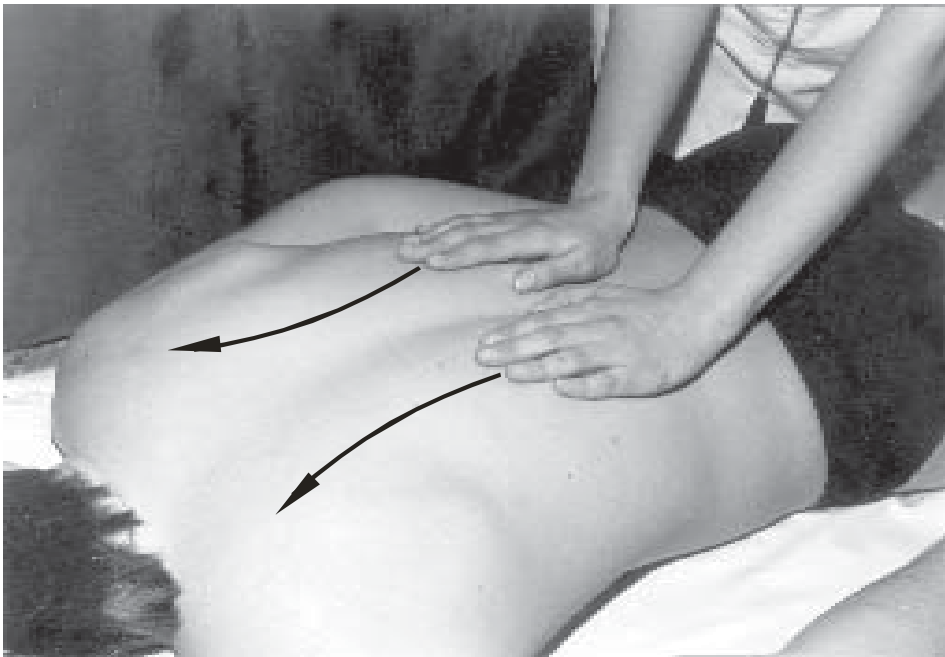


Рис. 116. Погладжування прихребтових зон долонною поверхнею кистей, які рухаються симетрично.



Рис. 117. Погладжування спини долонними поверхнями кистей з відведеним першим пальцем (руки рухаються симетрично).

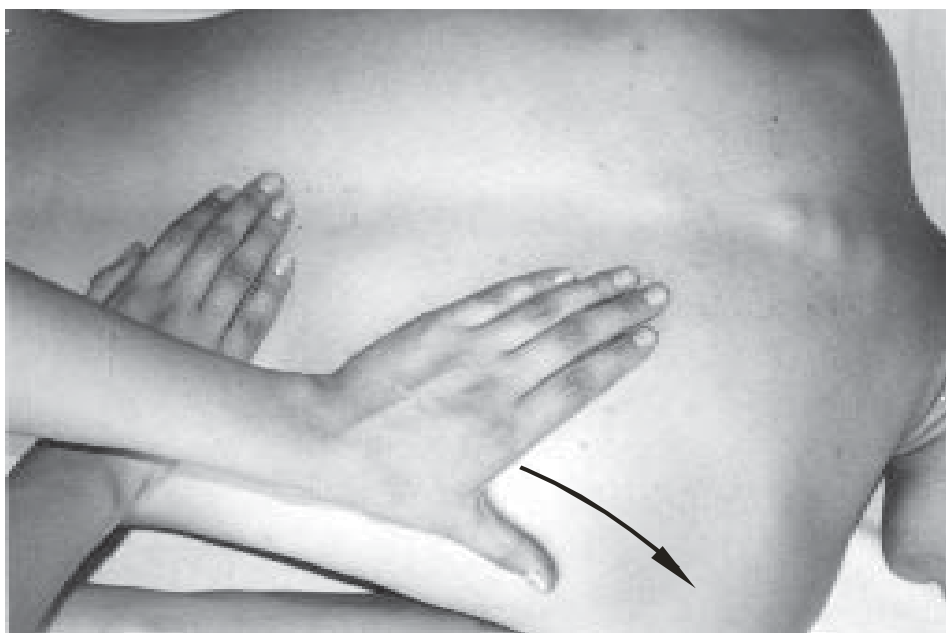


Рис. 118. Площинне поперемінне погладження спини.

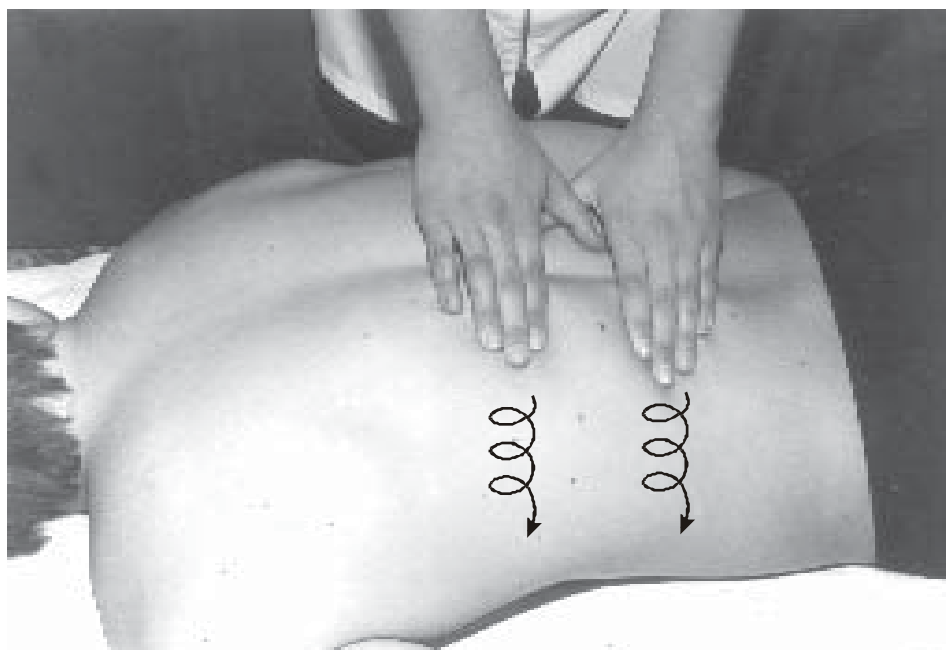


Рис. 119. Спіралеподібне розтирання (розминання) пальцями спини синхронними рухами обох кистей з опорою на великі пальці.

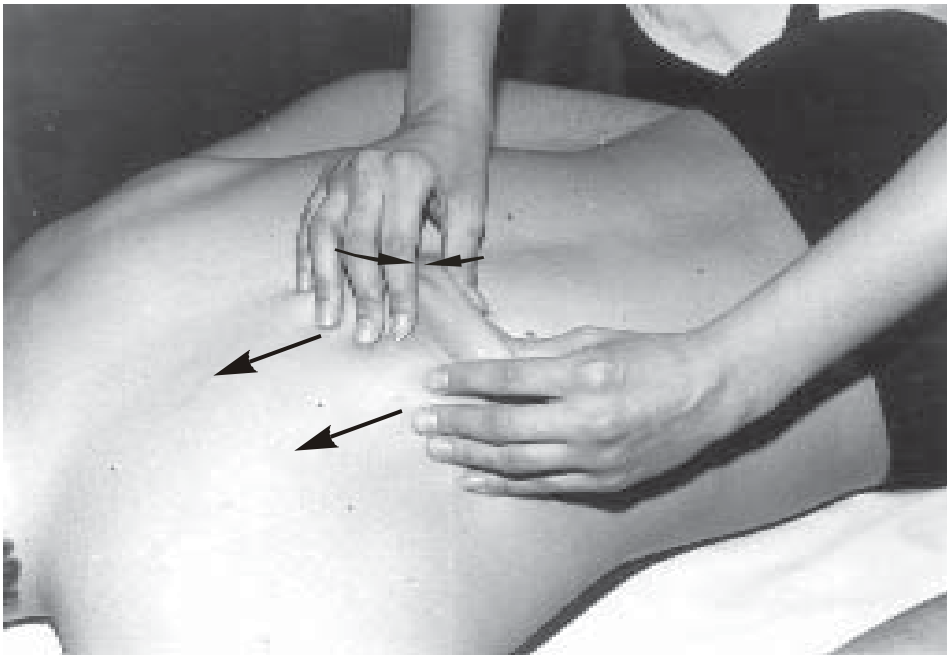


Рис. 120. Розтирання (розминання) зміщенням шкіри спини пальцями обох рук.

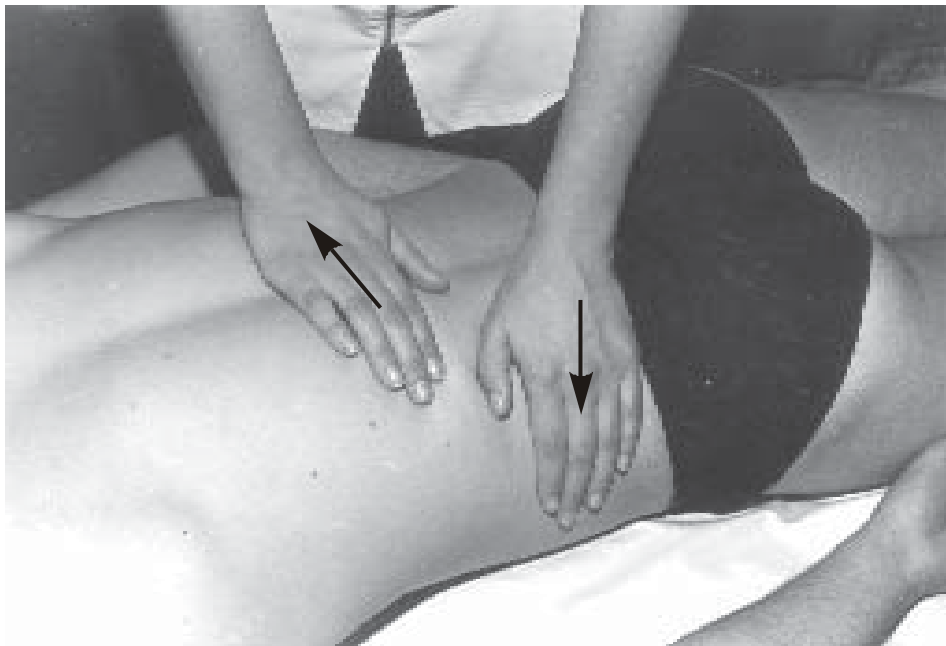


Рис. 121. Розтирання поперекової ділянки долонними поверхнями обох кистей, які рухаються паралельно в протилежних напрямках.

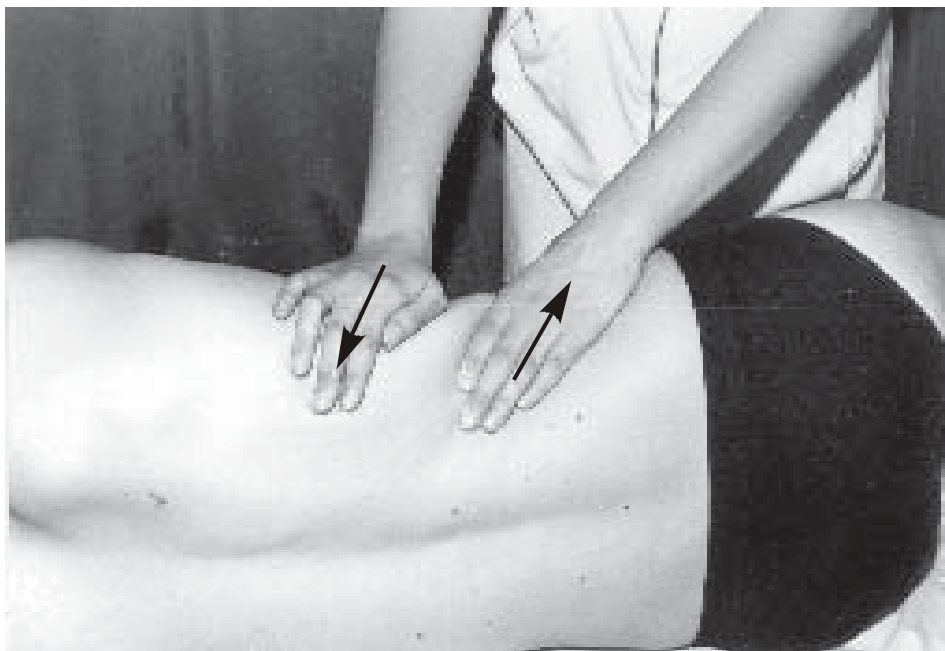


Рис. 122. Розтирання долонними поверхнями обох кистей бічної поверхні тулуба (руки рухаються в протилежних напрямках).



Рис. 123. Розтирання спини долонними поверхнями кистей в положенні хворого на боці.

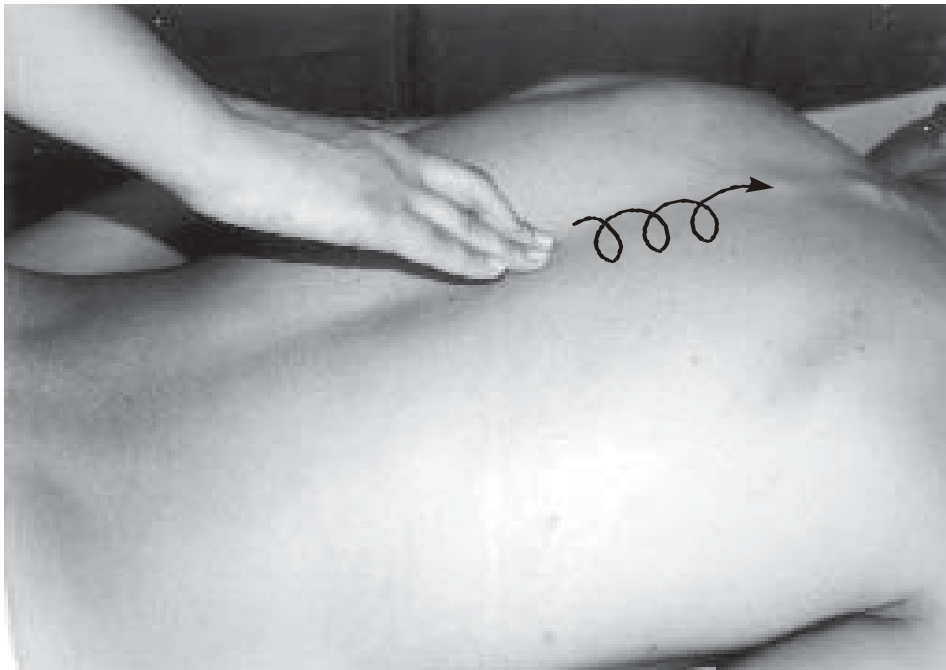


Рис. 124. Спіралеподібне розтирання пальцями остистих відростків хребців.



Рис. 125. Граблеподібне розтирання міжребрових проміжків в положенні хворого на боці.

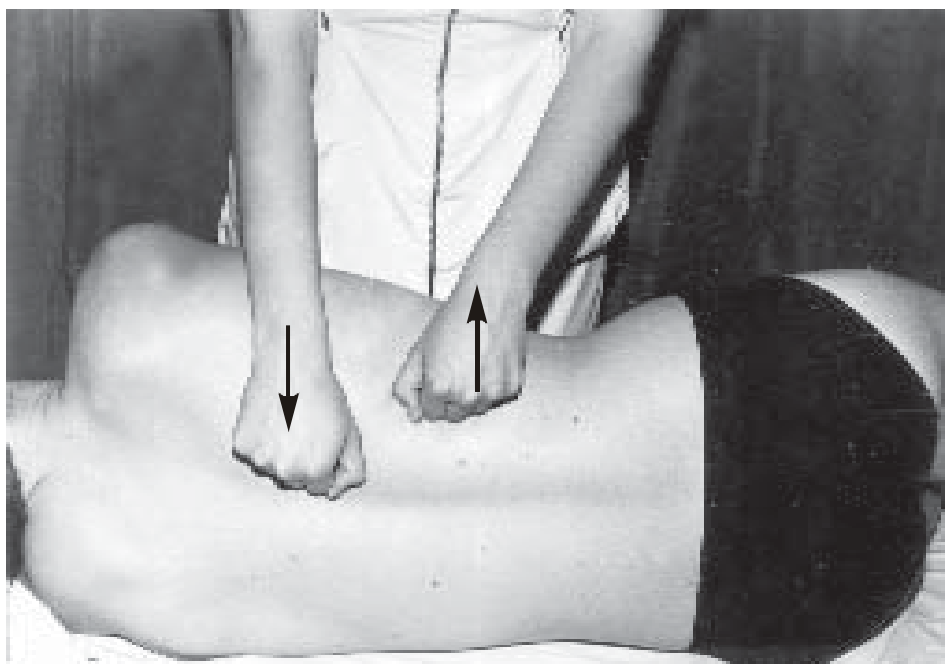
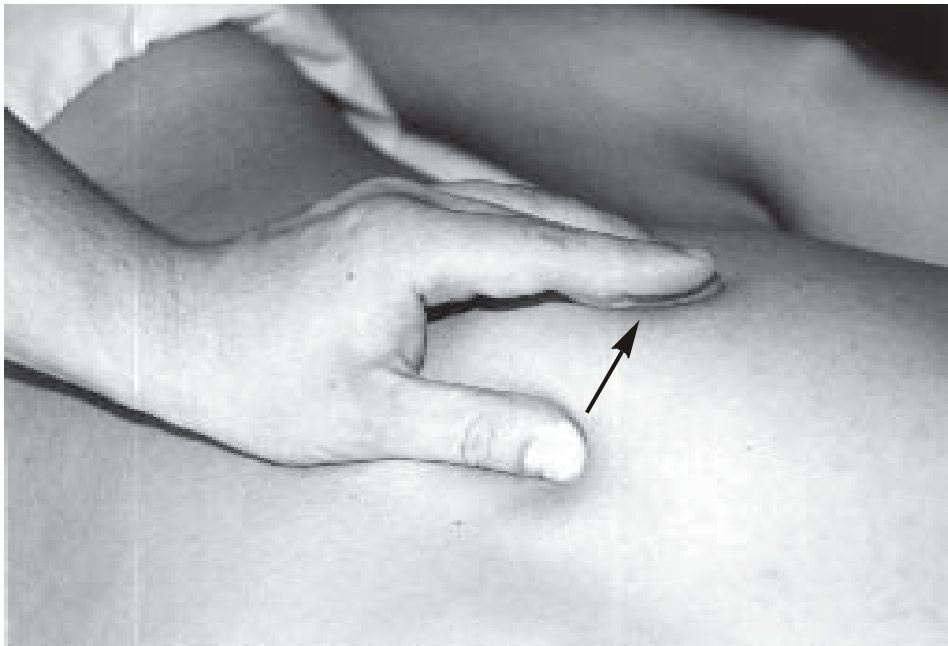


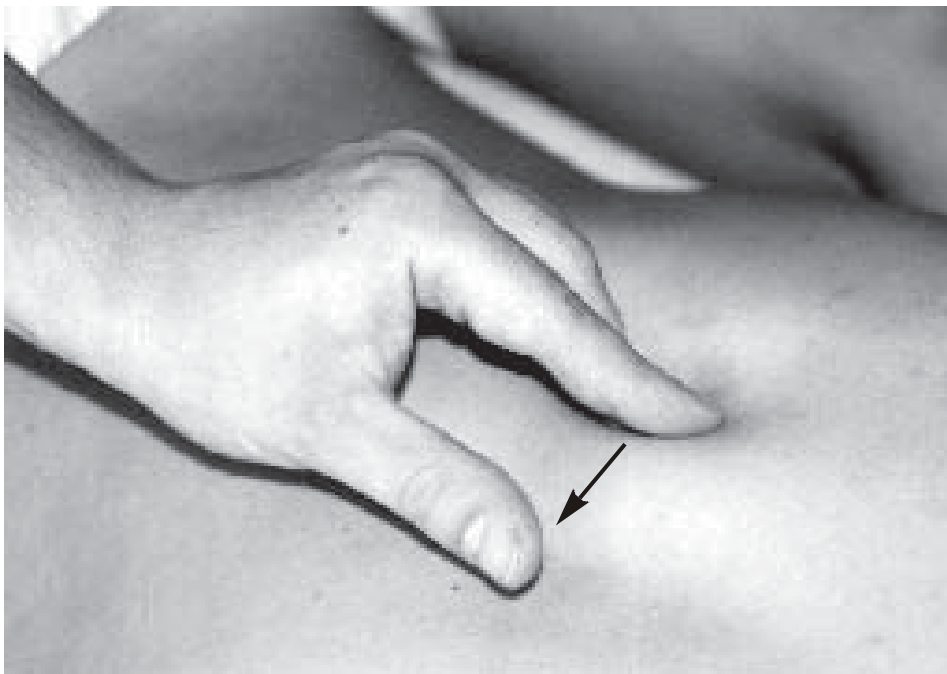
Рис. 126. Розтирання спини пальцями, зігнутими в кулак, у положенні хворого на боці.



Рис. 127. Розтирання міжребрових проміжків граблеподібним прийомом з обтяженою кистю.



А



Б

Рис. 128. Поздовжнє розминання зміщенням м'яза – випрямляча спини однією рукою:
А – зміщення м'яза І пальцем в напрямку ІІ-ІV пальців; Б – зміщення м'яза ІІ- ІV пальцями в напрямку І пальця.



Рис. 129. Розминання (зміщення) м'яких тканин спини двома руками.

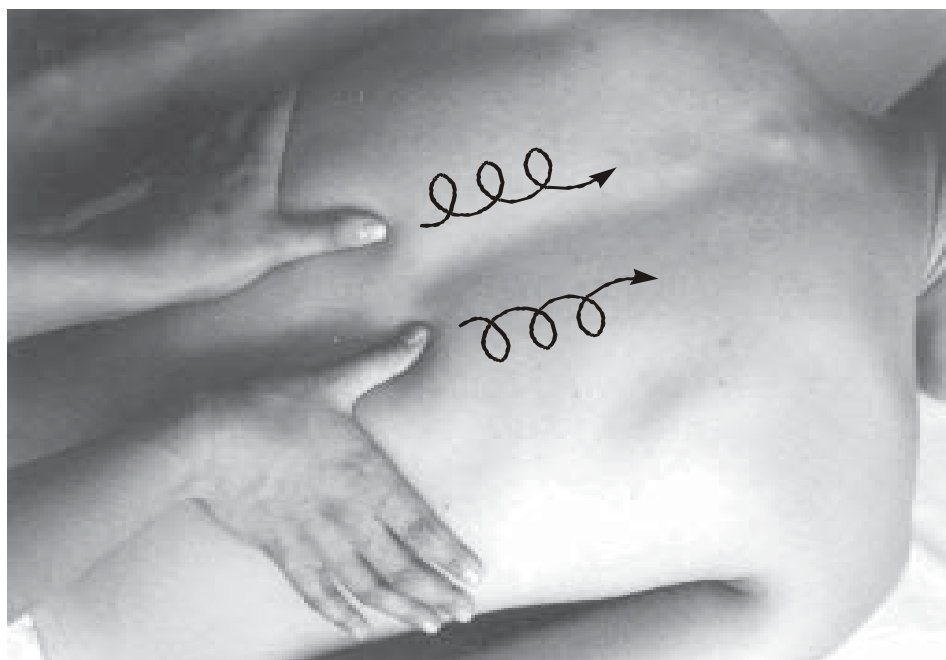


Рис. 130. Спіралеподібне розминання м'язів прихребтових зон натискуванням великими пальцями обох рук, які рухаються паралельно.



Рис. 131. Розминання м'язів прихребтових зон натискуванням великими пальцями обох рук, які рухаються синхронно вліво-вправо.

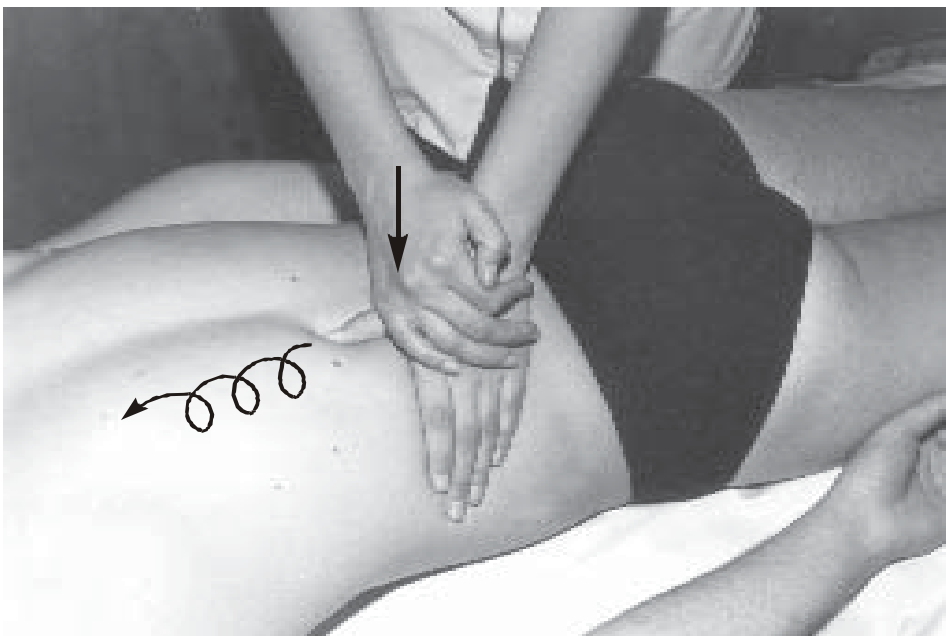


Рис. 132. Розминання м'язів прихребтових зон натискуванням I пальцем з обтяженням.



Рис. 133. Розминання м'язів прихребтових зон пальцями з обтяженою кистю.

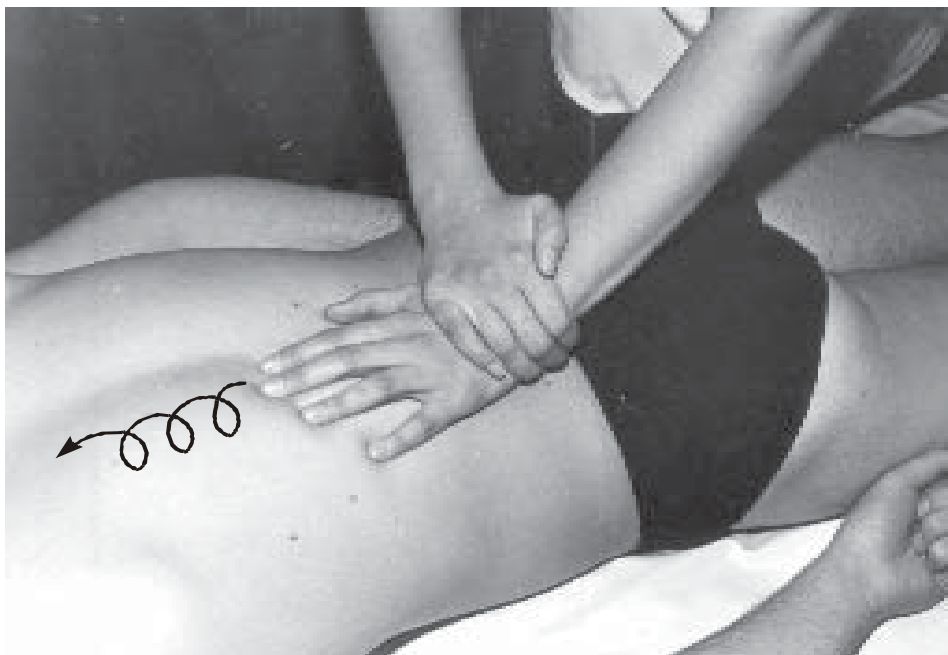


Рис. 134. Розминання натискуванням обтяженою кистю м'язів спини.



Рис. 135. Поперечне розминання зовнішнього краю найширшого м'яза спини.

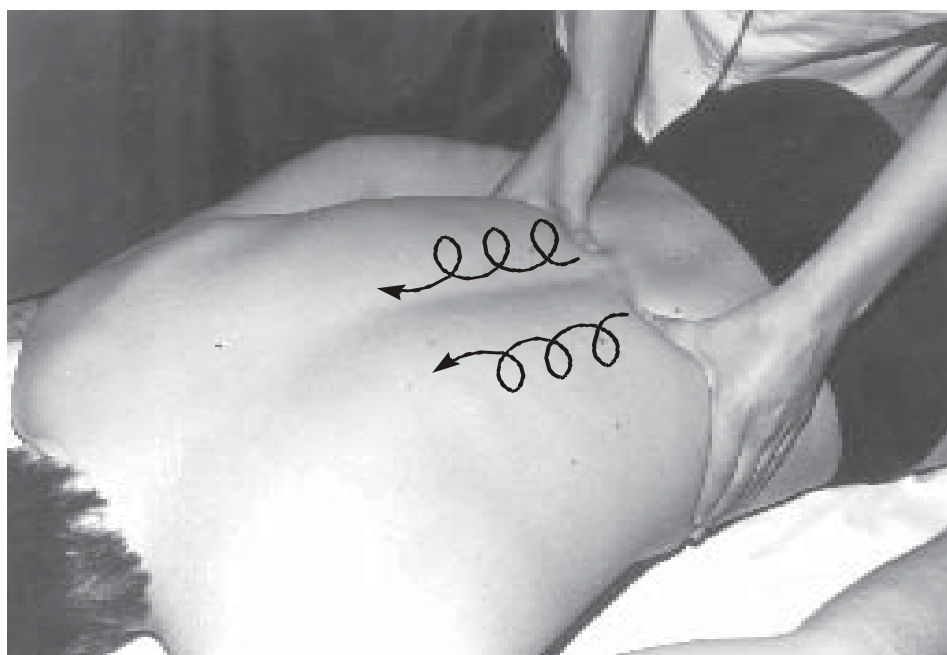


Рис. 136. Розминання (свердління) великими пальцями м'язів прихребтових зон.

Натискування в ділянці хребтового стовпа (рис. 77, 137): масажист розміщує обидві кисті на відстані 10-15 см одна від одної поперечно до хребта так, щоб пальці були з одного боку, а опорна частина кисті – з другого. Здійснюють послідовно кожною рукою ритмічне натискування, повільно переміщуючи їх у висхідному та низхідному напрямках. Можна виконувати натискування на паравертебральні зони одночасно двома руками, розміщеними симетрично по обидва боки хребта (рис. 138).

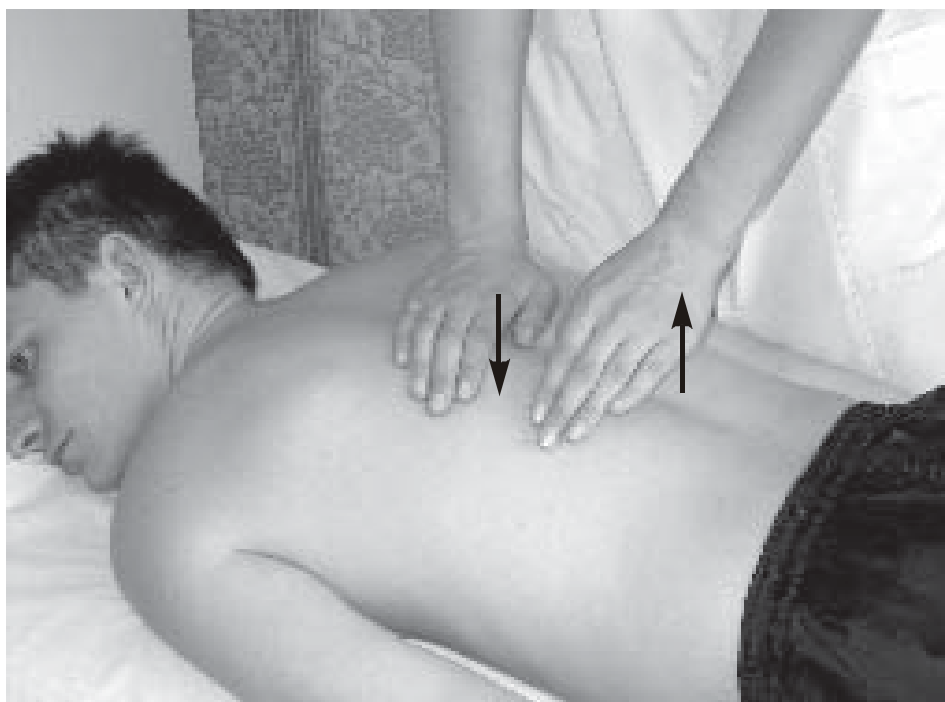


Рис. 137. Натискування двома руками послідовно в ділянці хребта.

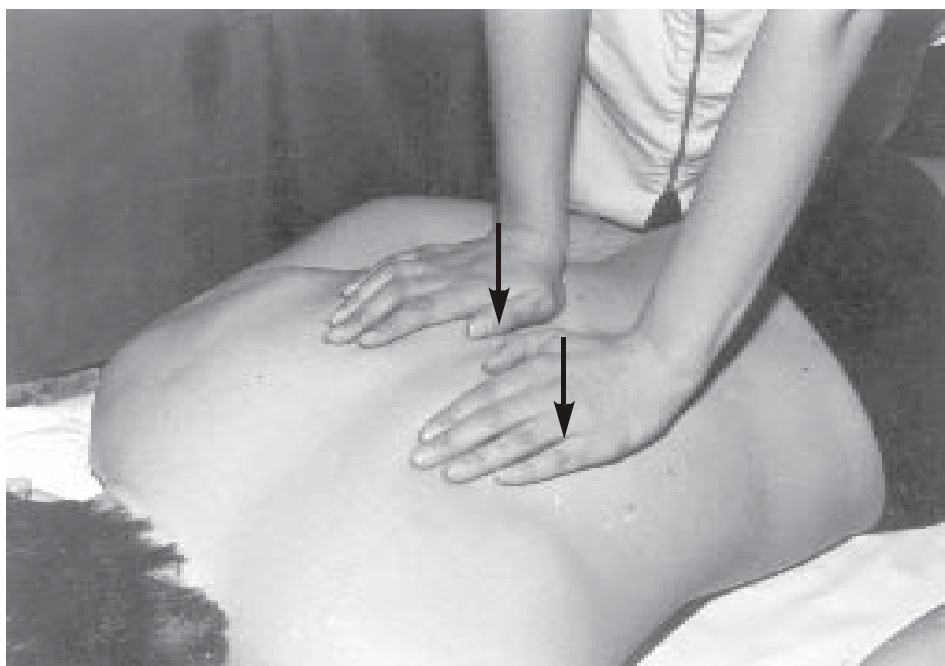
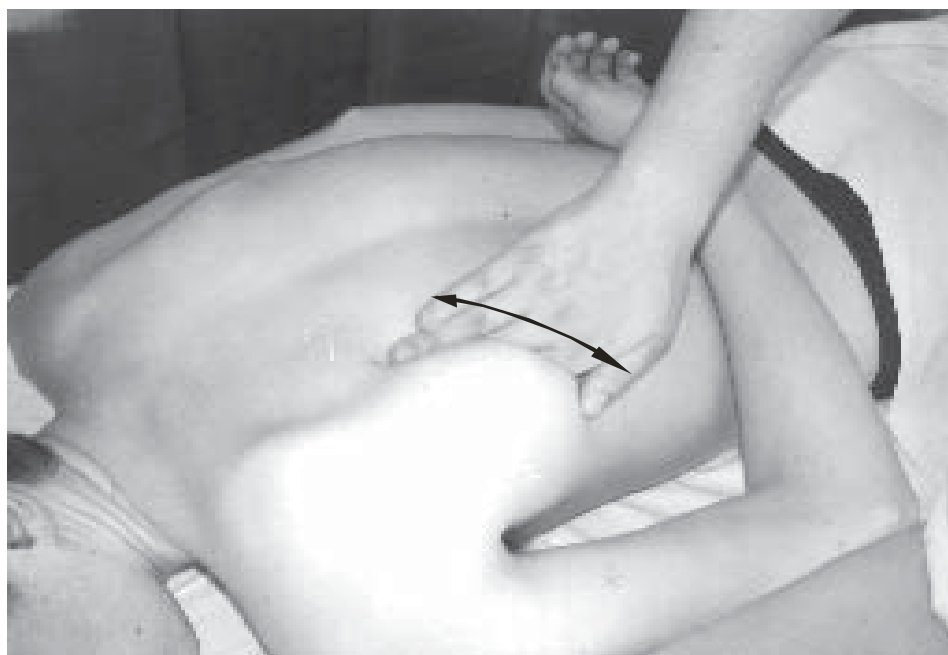


Рис. 138. Натискування двома руками одночасно в прихребтових зонах кистями, розміщеними по обидва боки від хребта.

Масаж під лопаткою проводиться в положенні хворого лежачи на животі. Масажист однією рукою піднімає плечовий суглоб, сприяючи деякому відходженню лопатки від поверхні грудної клітки. Другою рукою проникає під лопатку, виконуючи спіралеподібне розтирання пальцями та розминання натискуванням підлопаткового м'яза і ділянки грудної клітки під нею. Підлопатковий м'яз можна розминати, заклавши руку пацієнта за спину (рис. 139).



А



Б

Рис. 139. Розминання пальцями під лопаткою:

А – без піднімання плеча, Б – з підніманням плеча.

Вібрація. Безперервна вібрація. Лабільна вібрація одним або декількома пальцями чи підвищенням великого пальця або гребенеподібно (виконується найчастіше вздовж прямих м'язів спини, в місцях виходу корінців спинномозкових нервів на поверхню тіла) (рис. 84, рис. 140). Стабільна вібрація в зонах напруження м'язів (найчастіше це надостьова ямка, паравертебральні зони, місця прикріплення м'язів). Потрушування країв трапецієподібного

м'яза та найширших м'язів спини. Стрясання окремих ділянок (рис. 141) чи усєї спини накладанням на протилежні (правий верхній, лівий нижній) квадрати спини рук, які здійснюють безперервні коливальні рухи. Потім руки розміщуються на немасажованих (протилежних) квадратах, виконуючи ці ж коливальні рухи.

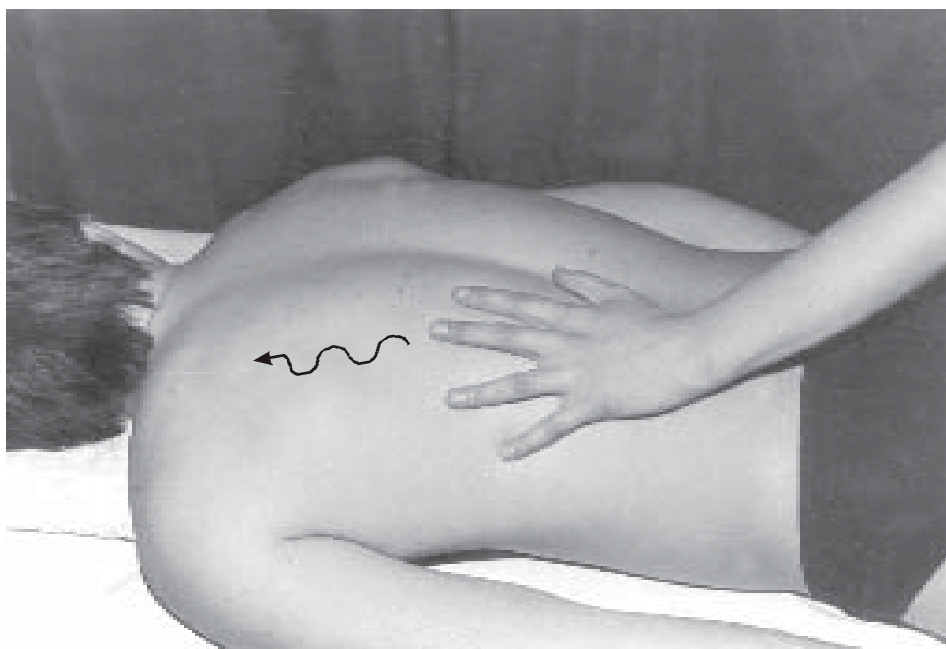


Рис. 140. Вібраційні погладження спини.



Рис. 141. Стрясання в ділянці поперекового відділу хребта.

Переривчаста вібрація: поколювання пальцями (рис. 90), кулаком, поплескування (рис. 92), рубання обома руками (рис. 93, рис. 142), шмагання (рис. 94). У ділянці нирок – не виконується, в лівій міжлопатковій ділянці – обережно.

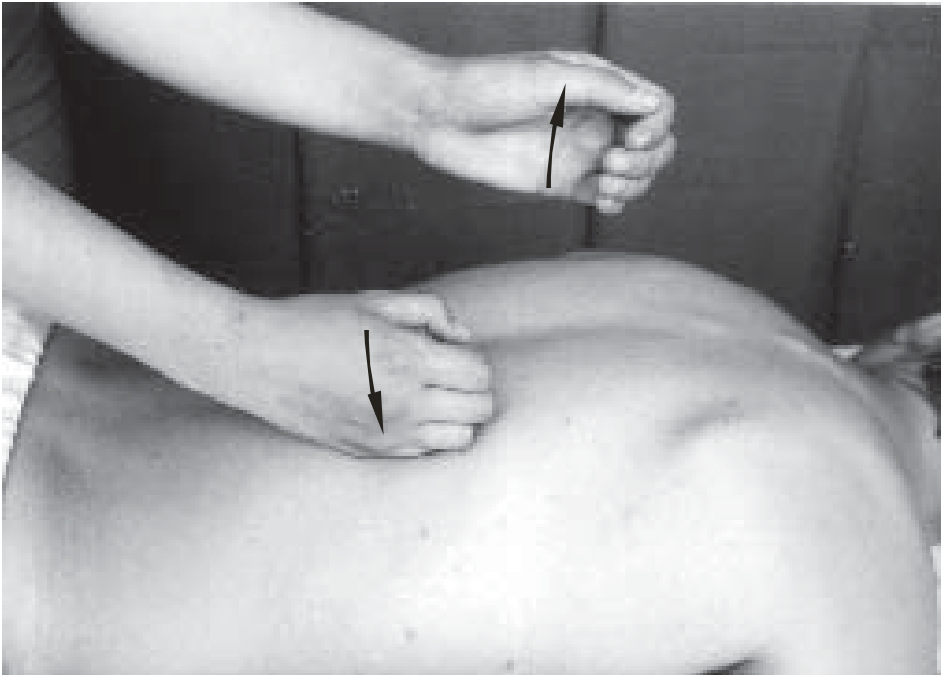


Рис. 142. Рубання зігнутими пальцями в ділянці спини (пальці з'єднані).

Практичні рекомендації щодо проведення масажу спини.

1. Масаж спини краще проводити, коли хворий лежить на низькій кушетці, щоб при нахилі тулуба масажиста вперед прямі руки не згинались, досягаючи поверхні спини хворого.

2. Положення хворого під час масажу повинно бути максимально зручним, щоб виключити його зусилля, спрямовані на утримання тіла. При наявності патологічних викривлень хребта необхідно максимально допустимо відкоректувати їх за допомогою положення, подушки та інших пристосувань.

3. Обов'язково розминати поверхнево і глибоко розміщені м'язи, бо нерозмасажовані рефлекторно змінені м'язи є джерелом патологічної імпульсації, яка підтримує захворювання, а на певних етапах його розвитку може стати причиною рецидиву.

4. Натискування на хребет потрібно проводити обережно, особливо у людей середнього та похилого віку, для яких характерні явища остеопорозу.

5. Під час масажу міжребрових проміжків зона дотику повинна бути максимально широкою (вся бічна поверхня пальця, розміщеного в міжребровому проміжку, чи декількох пальців, граблеподібно розміщених в сусідніх міжребрових проміжках), щоб зменшити неприємне відчуття лоскоту.

6. Прийоми переривчастої вібрації в лівій міжлопатковій ділянці треба проводити обережно, враховуючи їх збуджуючий вплив на серце та легені.

7. Переривчаста вібрація в ділянці проекції нирок та в ділянці хребта не показана.

8. Тривалість масажу ділянки спини залежить від завдань і коливається в межах 10-20 хв.

Показання до призначення масажу спини.

Масаж спини призначається: при захворюваннях та травмах хребта, нервової системи, захворюваннях органів дихання. Масаж прихребтових та рефлексогенних зон спини використовується при сегментарно-рефлекторних методах лікування ним захворювань серцево-судинної системи, внутрішніх органів, захворювань та травм кінцівок.

Анатомо-топографічні дані та техніка масажу шиї

Анатомо-топографічні дані шиї

Шийний відділ хребтового стовпа утворений 7 шийними хребцями. Перший з них сполучається з черепом, останній – з першим грудним хребцем (рис. 143).

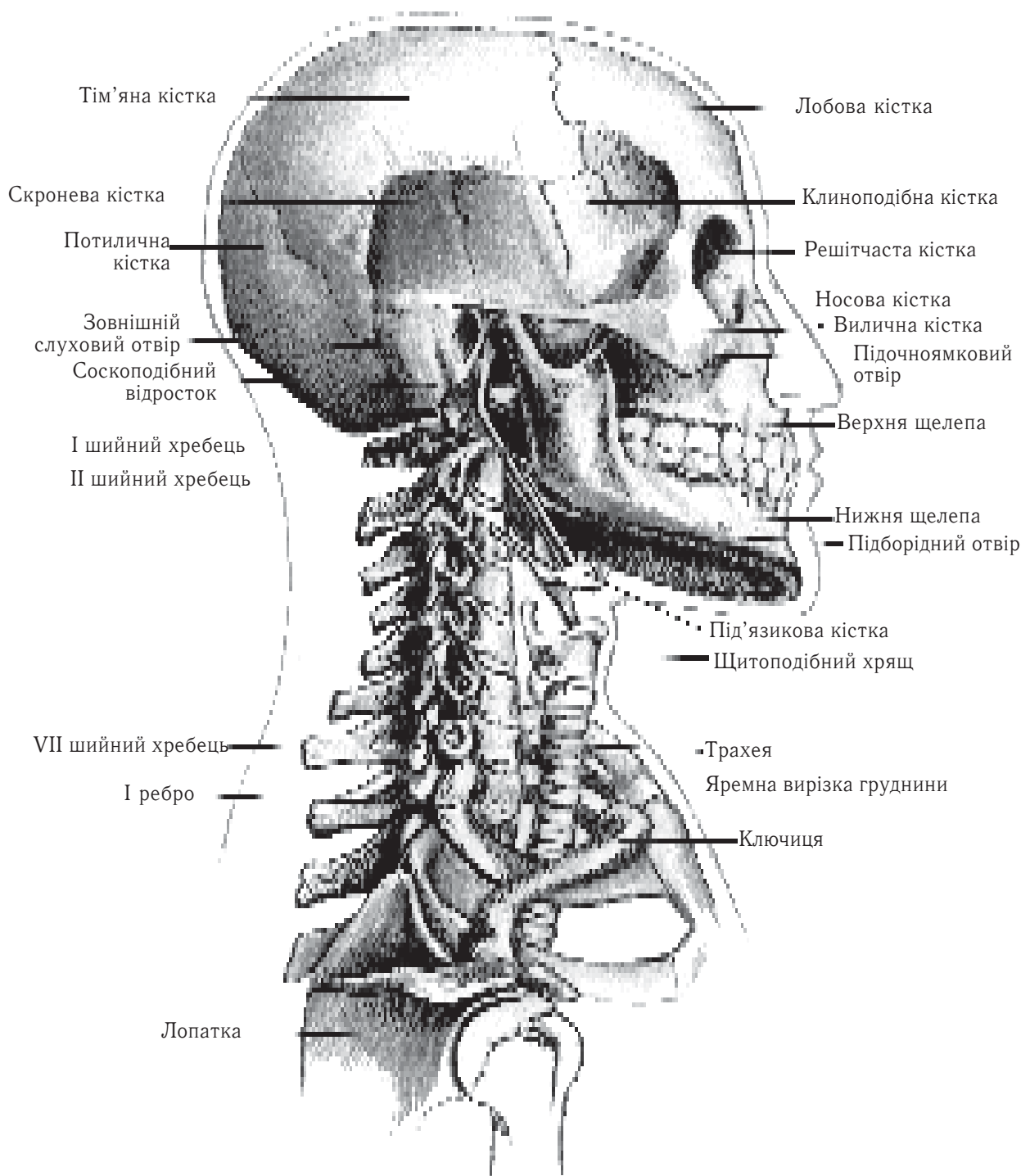


Рис. 143. Скелет голови та шиї (вигляд збоку).

Ділянки шиї: передня шийна ділянка, сонний трикутник, м'язовий або лопатково-трахейний трикутник, підборідний трикутник, груднинно-ключично-соскоподібна ділянка, бічна та задня шийні ділянки (рис. 144). Задня шийна ділянка, спина до рівня IV хребця, передня поверхня грудної клітки до рівня II ребра в масажі об'єднані в "комірцеву зону" (рис. 145).

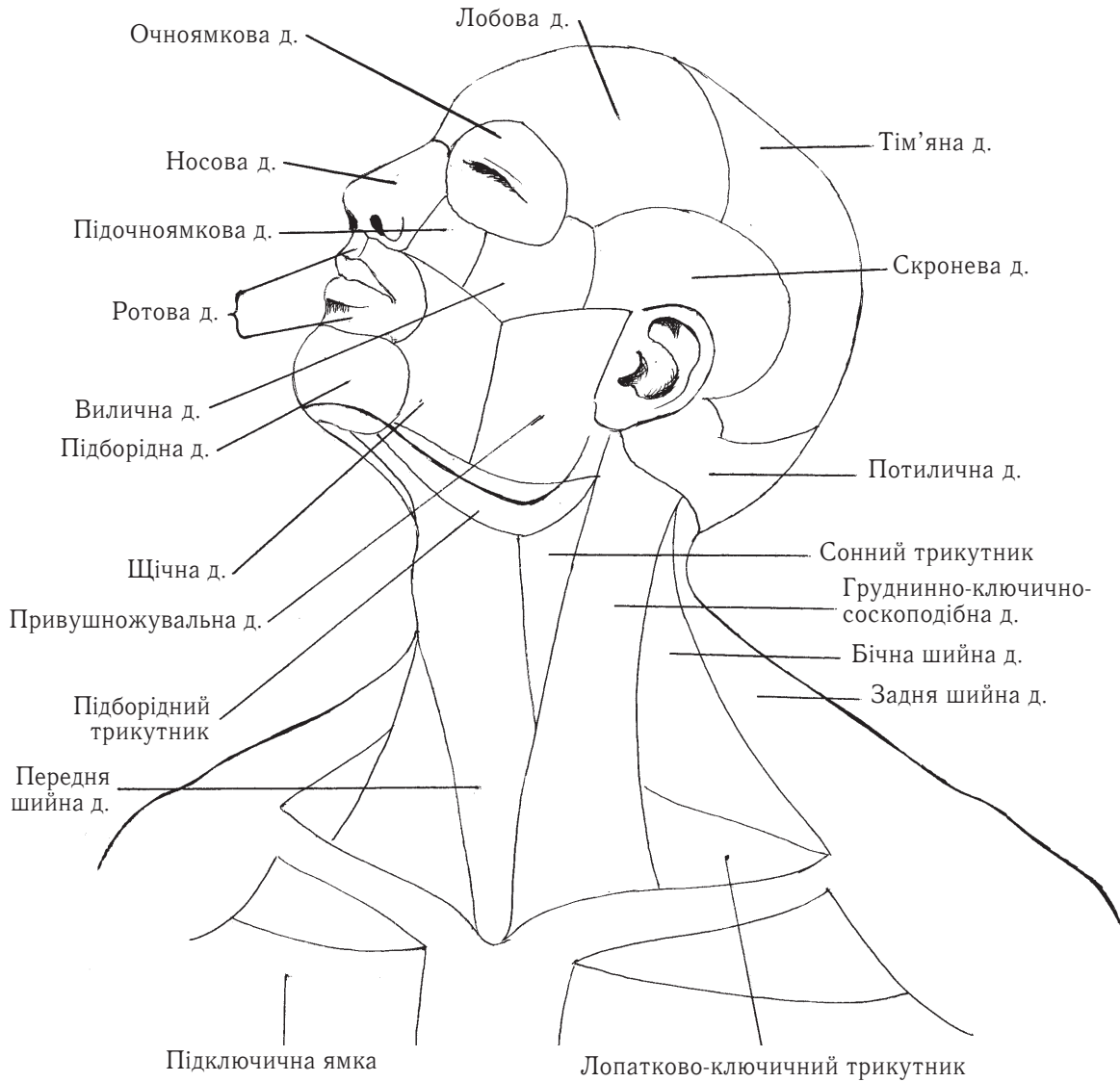


Рис. 144. Ділянки (д.) голови та шиї.

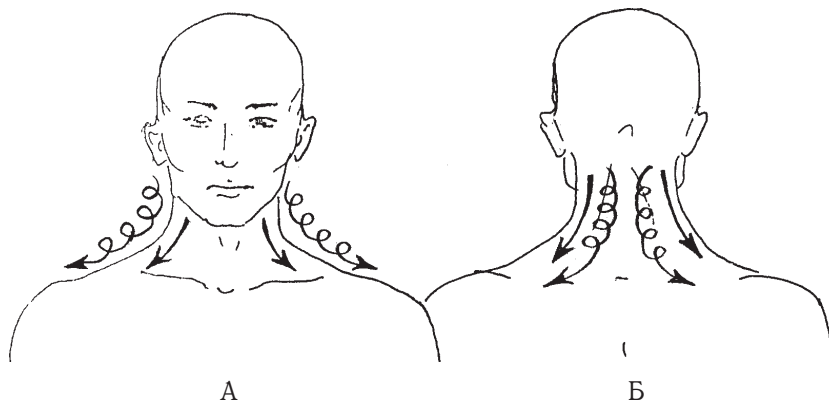


Рис. 145. Комірцева зона та напрямки масажних рухів:

А – вигляд спереду, Б – вигляд ззаду.

У ділянці шиї розміщені важливі судини, нервові сплетення, лімфатичні вузли, що утворюють лімфатичне сплетення.

Шкіра передньої і бічної шийних ділянок дуже ніжна і легко зміщується. На задній поверхні шиї вона більш товста і менш рухома. Всю її передню поверхню, залягаючи під шкірою, покриває широкий підшкірний м'яз шиї (рис. 146, 147). Він натягує шкіру шиї, сприяє відтягненню її вперед, полегшуючи розширення кровеносних судин при значних фізичних навантаженнях. Підшкірний м'яз шиї входить до складу мімічних м'язів, сприяючи відтягуванню донизу кутів рота.

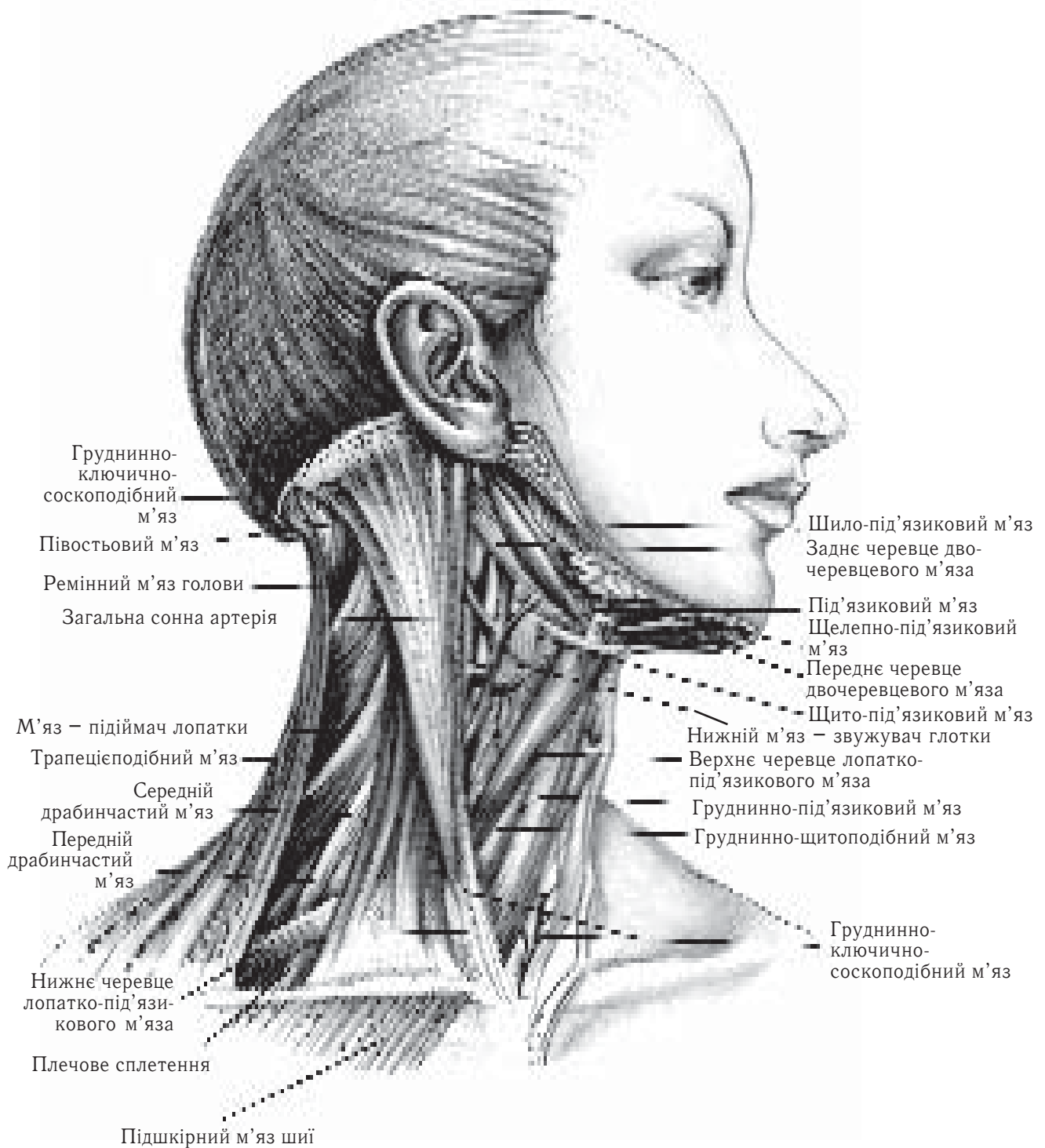


Рис. 146. М'язи шиї (вигляд збоку).

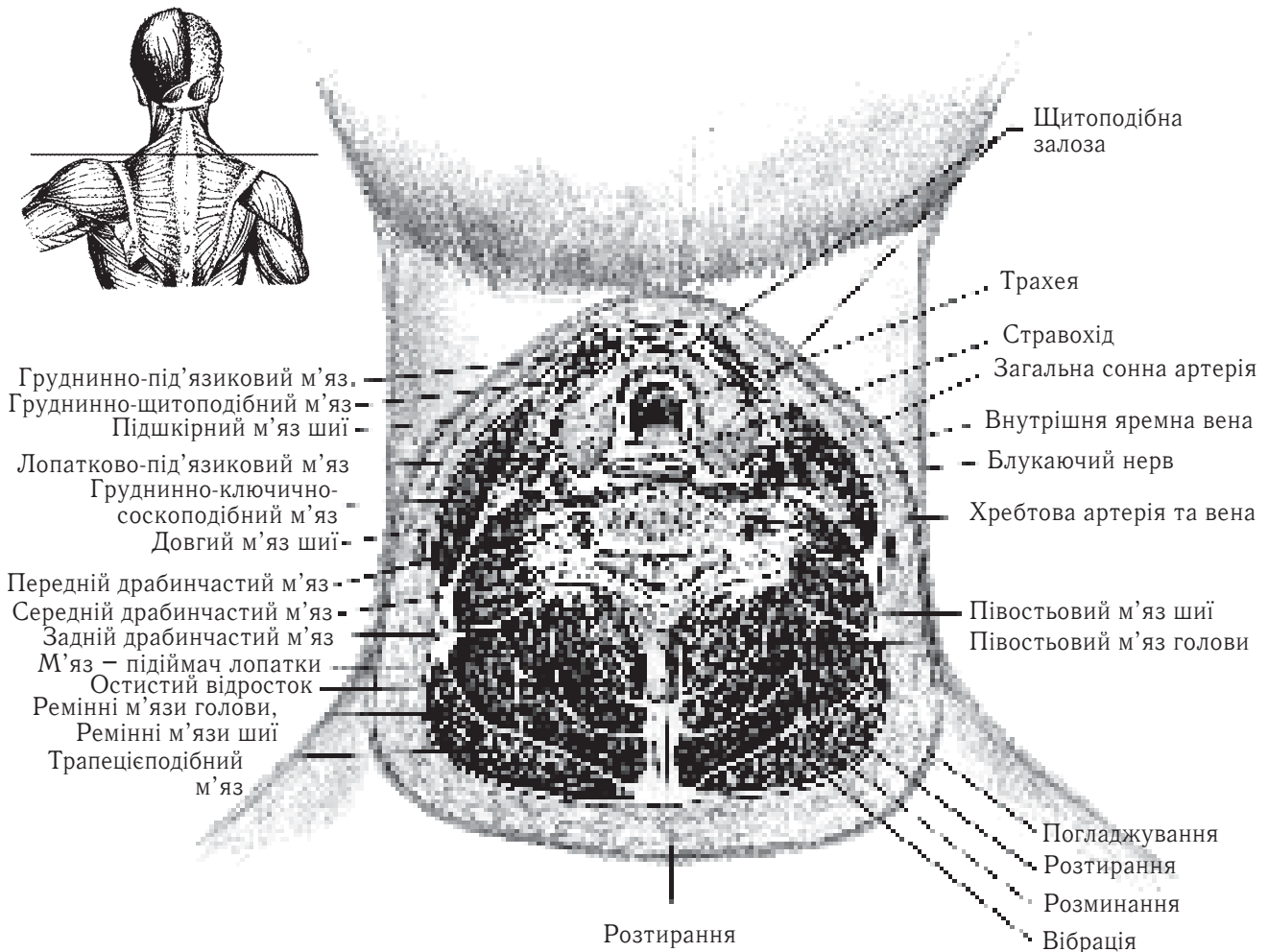


Рис. 147. Топографія шиї (сагітальний розпил на рівні VII шийного хребця). Вплив основних прийомів масажу на анатомічні структури шиї.

На задній шийній ділянці під шкірою розміщена низхідна частина трапецієподібного м'яза, волокна якого підіймають бічний кут лопатки, а при фіксованих лопатках одночасне скорочення м'яза з обох боків розгинає шийний відділ хребтового стовпа.

Між передньою і бічною шийними ділянками, під підшкірним м'язом, розміщений груднинно-ключично-соскоподібний м'яз. При скороченні одночасно двох м'язів голова нахилиється вперед, одного – голова нахилиється в цей же бік і дещо повертає обличчя у протилежний. М'яз бере участь в акті дихання, сприяє підніманню грудної клітки і плечового пояса.

В ділянці шиї розміщуються м'язи, що прикріплюються до під'язикової кістки: лопатково-під'язиковий, груднинно-під'язиковий, груднинно-щитоподібний, щито-під'язиковий, підборідно-під'язиковий. Вони беруть участь у розмові, ковтанні, диханні, мають відношення до рухів нижньої щелепи. До глибоких м'язів шиї відносять: передній, середній та задній драбинчасті м'язи, довгий м'яз шиї, довгий м'яз голови, передній прямий, бічний прямий м'язи голови. В ділянці шиї розміщуються гортань, трахея, глотка, стравохід і життєво важливі судини та нерви. До числа останніх входять зовнішня та внутрішня сонні артерії, внутрішня і зовнішня яремні вени і нерви, блукаючий нерв. У поперечних відростках тіл шийних хребців розміщується хребтова артерія, яка разом з внутрішньою сонною артерією кровопостачає головний мозок (рис. 146, 147).

Під груднинно-ключично-соскоподібним м'язом проходять гілки шийного сплетення, яке утворюється за рахунок чотирьох шийних нервів (C_1-C_4), та блукаючий нерв, який після виходу з черепа спускається вниз за судинами шиї. Позаду сонної артерії, обабіч хребта, від основи

черепа до шийки I ребра розміщується шийний відділ симпатичного стовбура. Від нього відходять нерви до серця, органів ший та сполучні гілки до блукаючого нерва.

На ший розміщені потиличні, привушні, передні та бічні шийні, піднижньощелепні, підпідборідні, надключичні лімфатичні вузли. Лімфатичні вузли розміщені також вздовж внутрішньої та зовнішньої яремних вен. Всі вони утворюють густу лімфатичну сітку ший, яка збирає лімфу від органів ший, поверхневих та глибоких тканин лица, волосистої частини голови, ший. Далі лімфа направляється в яремний стовбур, який на лівій половині ший впадає в грудну протоку, а правий яремний стовбур – безпосередньо у внутрішню яремну вену.

Техніка масажу ший

Залежно від умов та стану хворого масаж ший проводиться: в положенні хворого сидячи в спеціальному кріслі, голова розміщена на підголівнику; сидячи за масажним столиком, голова опирається лобовою ділянкою на підголівник чи руки пацієнта; лежачи на спині, на боці. Залежно від положення хворого та ділянки масажу масажист може бути спереду, збоку, ззаду (рис. 148). Напрямки масажних рухів схематично зображені на рисунку 149.

Погладжування. Погладжування задньої шийної ділянки краще проводити в положенні хворого сидячи за масажним столиком, голова дещо нахилена, опирається лобом на підголівник. Масажист розміщується позаду хворого (рис. 148). Площинне та обхоплююче погладжування задньої шийної ділянки двома руками, які рухаються симетрично: пальці розміщуються на потилиці, перші пальці дотикаються, руки рухаються вниз, дійшовши до VII шийного хребця, продовжують рух по верхньому краю трапецієподібного м'яза, далі над ключицею до пахвових ямок. Обхоплююче погладжування задньої шийної ділянки однією рукою: масажист розміщується з протилежного (відносно ділянки масажу) боку, напрямок рухів, як і при площинному погладжуванні. Почергово масажують один, потім інший бік.

Обхоплююче погладжування бічної шийної ділянки (рис. 150). Положення хворого та масажиста попереднє. Перший палець розміщений за вухом, інші – під нижньою щелепою. Рука, обхопивши бічну шийну ділянку, рухається вниз до підключичної ділянки. Обхоплююче погладжування бічної шийної ділянки може проводитись в положенні хворого сидячи в масажному кріслі, голова дещо розігнута, лежить на підголівнику. Масажист перед хворим. Рука масажиста розміщується так, щоб великий палець прилягав до кута нижньої щелепи, інші – позаду вуха. Виконується обхоплююче погладжування зверху вниз до підключичних лімфатичних вузлів. Обхоплююче погладжування можна виконувати однією рукою (друга фіксує шию з протилежного боку) та двома руками одночасно (голова повинна знаходитись на підголівнику).

Погладжування передньої шийної ділянки. Масажист розміщується збоку від хворого, поклавши руку під нижню щелепу, обхоплюючим погладжуванням рухається від підборіддя до груднини, закінчує рухи на рівні III-IV ребра, друга рука фіксує голову ззаду.

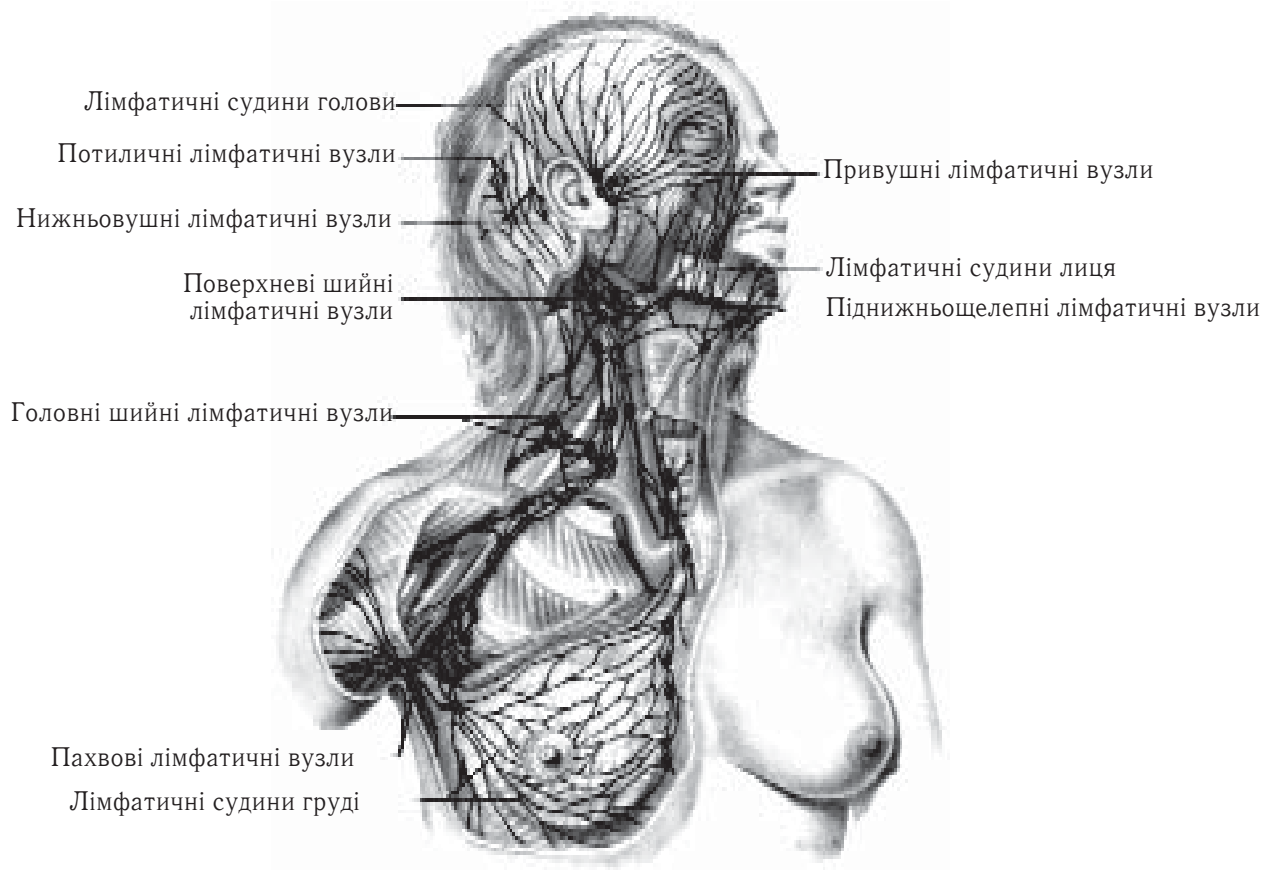
Погладжування вздовж яремної вени виконується подушечками пальців, які рухаються від соскоподібного відростка вздовж груднинно-ключично-соскоподібного м'яза до яремної вирізки. Погладжування груднинно-ключично-соскоподібного м'яза: щипцеподібне від місця початку (соскоподібний відросток) до місця прикріплення (груднина та ключиця) (рис. 151).

Розтирання. Положення хворого – сидячи за масажним столиком, голова дещо нахилена, опирається на підголівник, руки хворого чи руку масажиста. Масажист позаду хворого, при масажі однією рукою – збоку. Спіралеподібне розтирання однією рукою потиличної ділянки в місцях прикріплення м'язів. При розтиранні пальцями рука спирається на перший палець, який розміщується на протилежному від масажу боці потилиці і навпаки (рис. 152). Напрямок рухів – від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребеня і навпаки. Спіралеподібне розтирання задньої та бічних шийних ділянок, щипцеподібне – груднинно-ключично-соскоподібних м'язів, лінійне – передньої шийної ділянки в напрямку зверху донизу. Спіралеподібне розтирання груднинно-ключичних з'єднань та ключиці. Комбіноване розтирання задньої та бічних шийних ділянок послідовно з кожного боку однією рукою чи одночасно з обох боків двома руками, які рухаються в протилежних фазах: ліктьовим краєм кисті – потиличної ділянки, обхоплююче та площинне долонною поверхнею кисті – задньої шийної ділянки (рис. 153); обхоплююче розти-

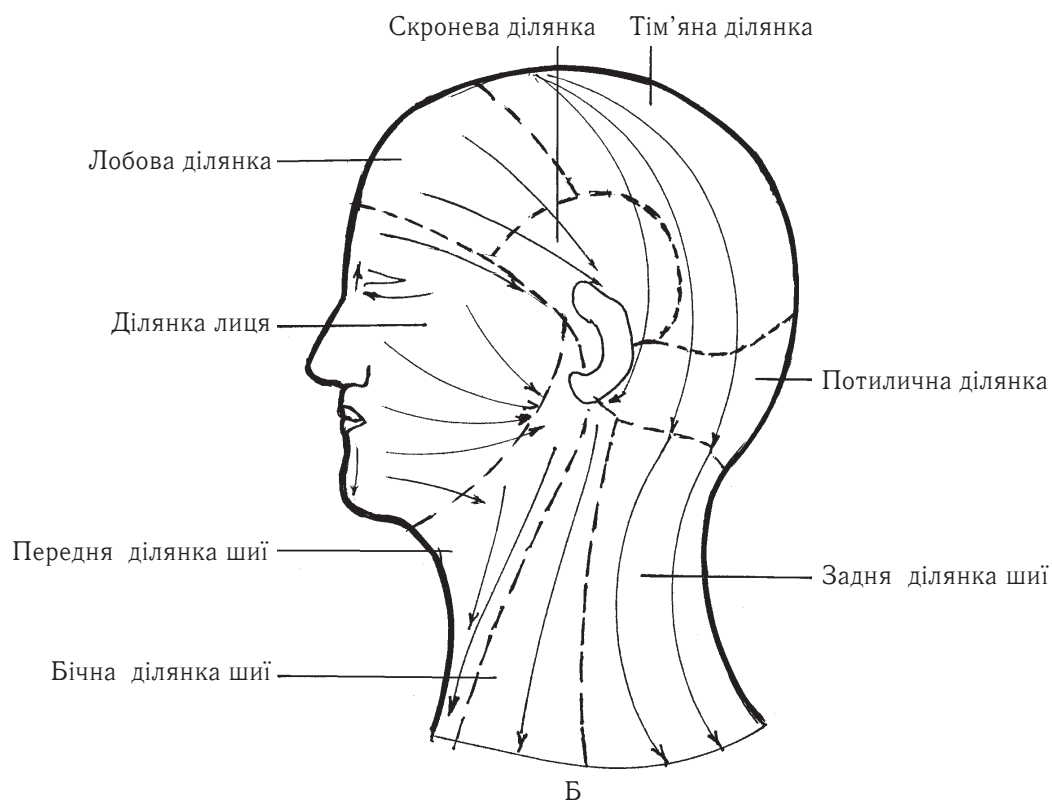
рання долонною поверхнею кисті, пиляння, пересікання низхідної частини трапецієподібного м'яза (рис. 154, 63). Щипцеподібне розтирання груднинно-ключично-соскоподібного м'яза та країв трапецієподібного. Спіралеподібне розтирання кінцями пальців драбинчастих м'язів.



Рис. 148. Положення хворого і масажиста під час масажу голови та ший.



А



Б

Рис. 149. Лімфатичні судини і вузли голови, шиї, груді та пахвової ямки (А). Напрямок масажних рухів у ділянці голови та шиї (Б).

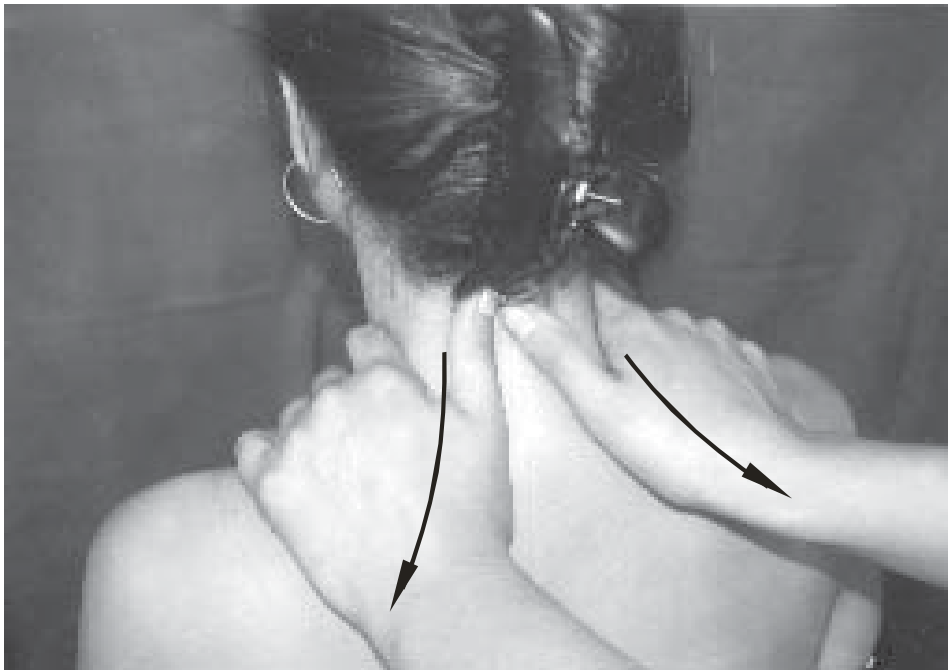


Рис. 150. Обхоплююче погладження задньої та бічних шийних ділянок і надпліччя двома руками.



Рис. 151. Щипцеподібне погладження груднинно-ключично-соскоподібного м'яза.



Рис. 152. Спіралеподібне розтирання потиличної ділянки пальцями однієї руки.

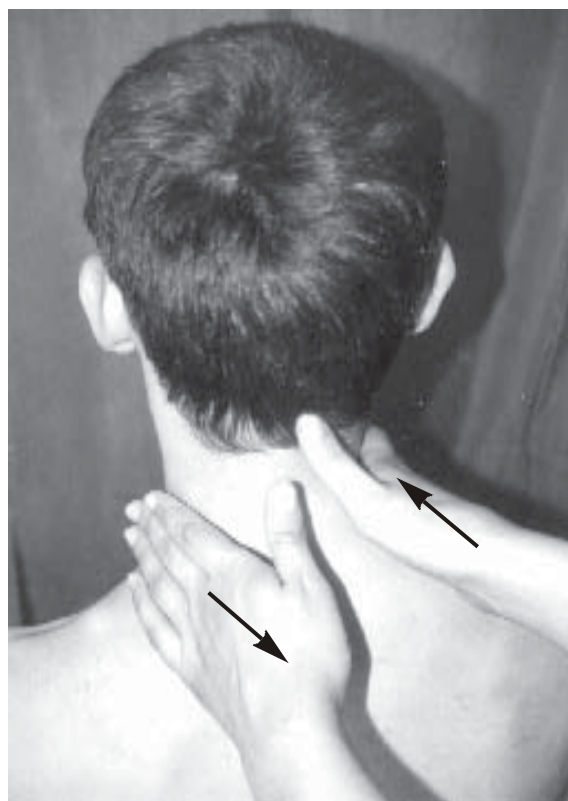


Рис. 153. Площинне розтирання бічних шийних ділянок пальцями обох рук (руки рухаються по симетричних ділянках у протилежних напрямках).



Рис. 154. Розтирання трапецієподібного м'яза ліктьовим краєм обох кистей, які рухаються в протилежних напрямках (пиляння).

Спіралеподібне розтирання ділянки VII шийного хребця та прилеглих тканин долонною поверхнею нігтьових фаланг пальців. Напрямок рухів – “сонечком” (у вигляді променів сонця): починаючи з остистого відростка рука рухається на периферію на відстань 2-2,5 см і знову повертається на остистий відросток цим же шляхом. Таким чином масажується вся ділянка навколо VII шийного хребця. Виконується однією рукою (рис. 155).

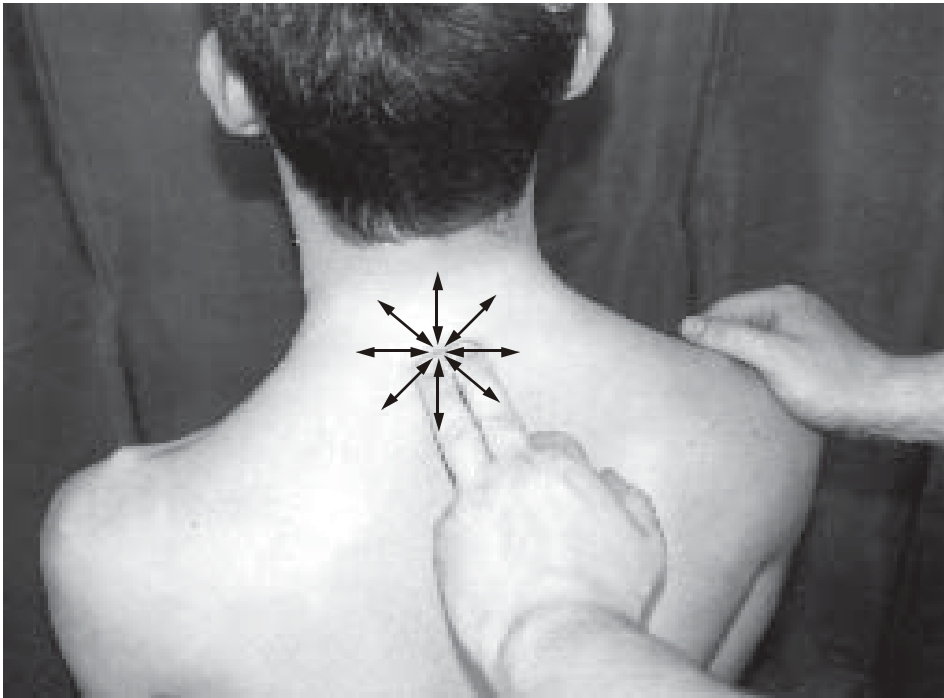


Рис. 155. Розтирання VII шийного хребця та прилеглих тканин “сонечком”.

Розминання. Розминання поперемінним натискуванням кінцями III-IV пальців підшкірного м’яза шиї, починаючи від I-II ребра до краю нижньої щелепи. Поперечне, поздовжнє, щипцеподібне розминання, розминання натискуванням та зміщенням низхідної частини трапецієподібного м’яза (рис. 156-158). Щипцеподібне розминання груднинно-ключично-соскоподібного м’яза (рис. 159), розминання натискуванням драбинчастих м’язів. У місцях початку та прикріплення м’яза проводять спіралеподібне розтирання пальцями, штрихування. Розминання м’язів може проводитися послідовно з кожного боку або одночасно.

Вібрація. Ніжне пунктування долонною поверхнею нігтьових фаланг пальців передньої та бічних шийних ділянок. Точковий масаж біологічно активних точок (рис. 160, 83).

Вибір прийомів та тривалість масажу значною мірою залежать від його завдань та методики.

Практичні рекомендації щодо проведення масажу шиї.

1. Масаж шиї повинен проводитися дуже обережно, під постійним контролем самопочуття хворого та артеріального тиску (якщо є тенденція до його підвищення).

2. Для розслаблення підшкірного м’яза шиї та трапецієподібного м’яза під час масажу руки хворого повинні розмішуватися на масажному столику. При масажі груднинно-ключично-соскоподібних – підборіддя повернуте в бік масажованого м’яза.

3. Під час масажу хворий не повинен затримувати дихання.

4. Масажист не повинен натискувати на яремні вени та нерви, щоб не викликати запаморочення, нудоти, блювання.

5. При масажі передньої шийної ділянки не рекомендують натискувати на під’язикову кістку, що може викликати кашльові подразнення.

6. Особливо обережно проводити масаж необхідно у людей старшого віку, з атеросклерозом судин головного мозку, щоб не викликати запаморочення.

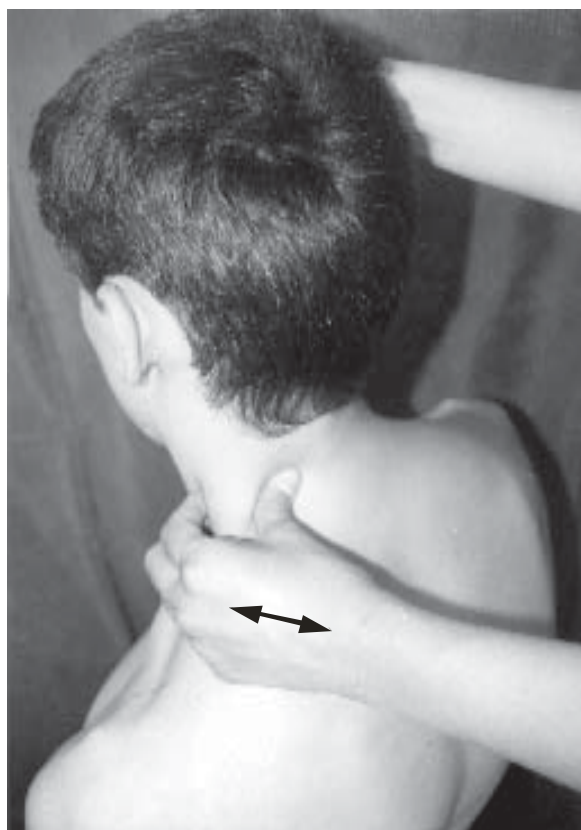


Рис. 156. Щипцеподібне розминання зовнішнього краю трапецієподібного м'яза.

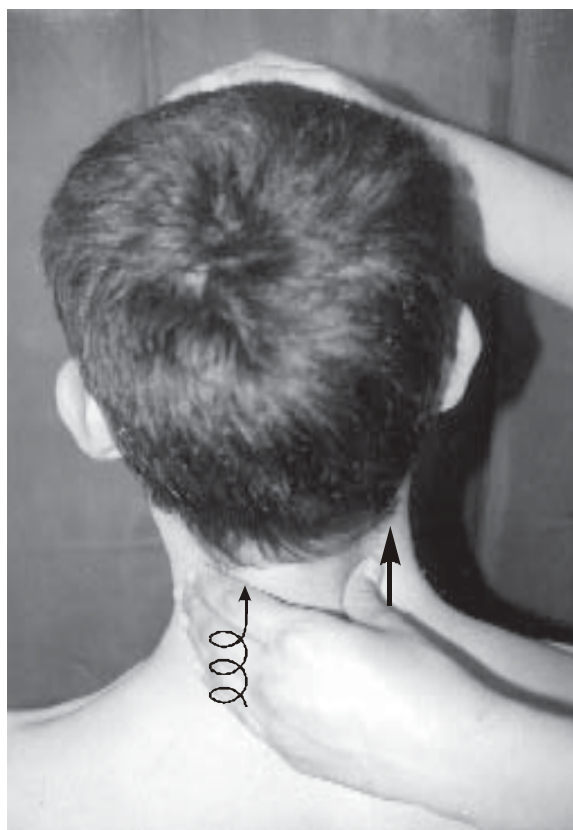


Рис. 158. Розминання натискуванням трапецієподібного м'яза (при роботі II-V пальцями кисть опирається на I палець і навпаки).

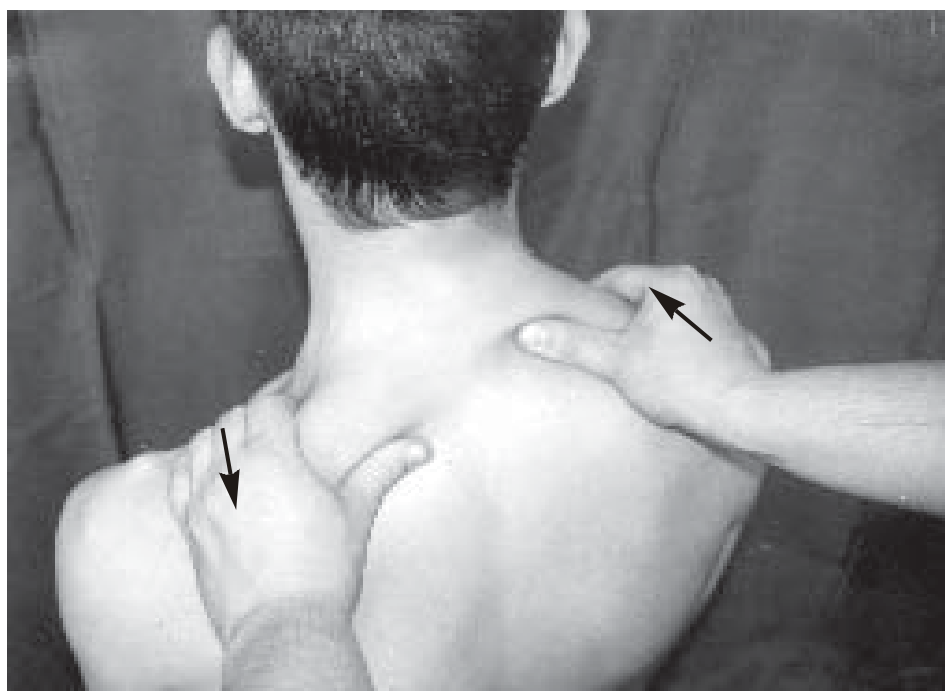


Рис. 157. Поперечне розминання трапецієподібного м'яза з обох боків двома руками (руки рухаються в протилежних напрямках).



Рис. 159. Щипцеподібне розминання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів двома руками одночасно (руки рухаються в протилежних напрямках).

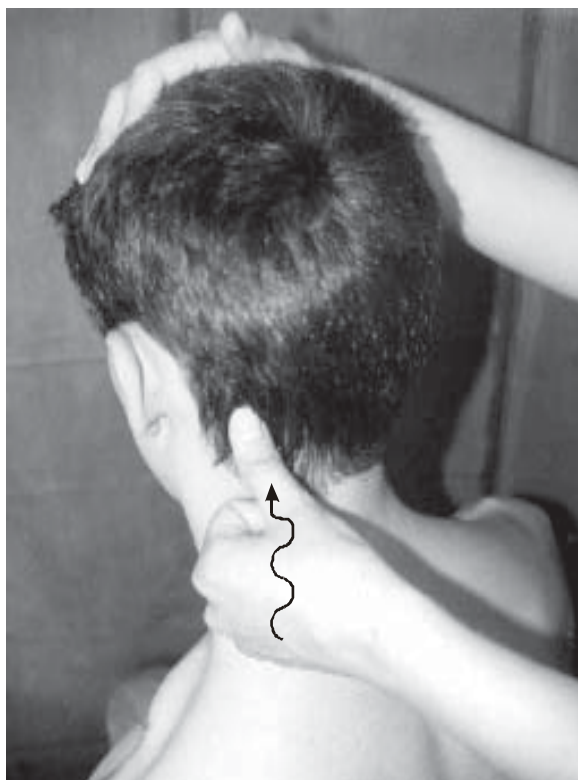


Рис. 160. Стабільна вібрація на місці виходу великого потиличного нерва.

7. Масаж корисно поєднувати з вправами для шийного відділу хребта.
8. Під час розтирання шиї обома руками руки масажують симетричні ділянки, але рухаються в протилежних напрямках.
9. Тривалість масажу шиї – 7-10 хв.

Показання до призначення масажу шиї.

Масаж шиї призначають при захворюваннях шийного відділу хребта, центральної та периферійної нервової системи, серцево-судинної та дихальної системи, при головному болю, неврозах, захворюваннях та пошкодженнях шкіри, в косметичному та гігієнічному масажі. У рефлекторно-сегментарному масажі використовується при неврологічних синдромах остеохондрозу шийного відділу хребта, захворюваннях, травмах верхніх кінцівок та порушенні їх функції при інших захворюваннях.

Анатомо-топографічні дані та техніка масажу передніх і бічних ділянок грудної клітки

Анатомо-топографічні дані передніх та бічних ділянок грудної клітки

На передньо-бічній стінці грудної клітки виділяють передгруднинну ділянку, підключичну ямку, ключично-грудний та дельто-грудний трикутники, грудну ділянку (яка включає бічну ділянку грудної клітки, ділянку груді, підгрудну ділянку), пахвову ділянку, пахвову ямку. Усі, крім передгруднинної ділянки, парні (рис. 161).

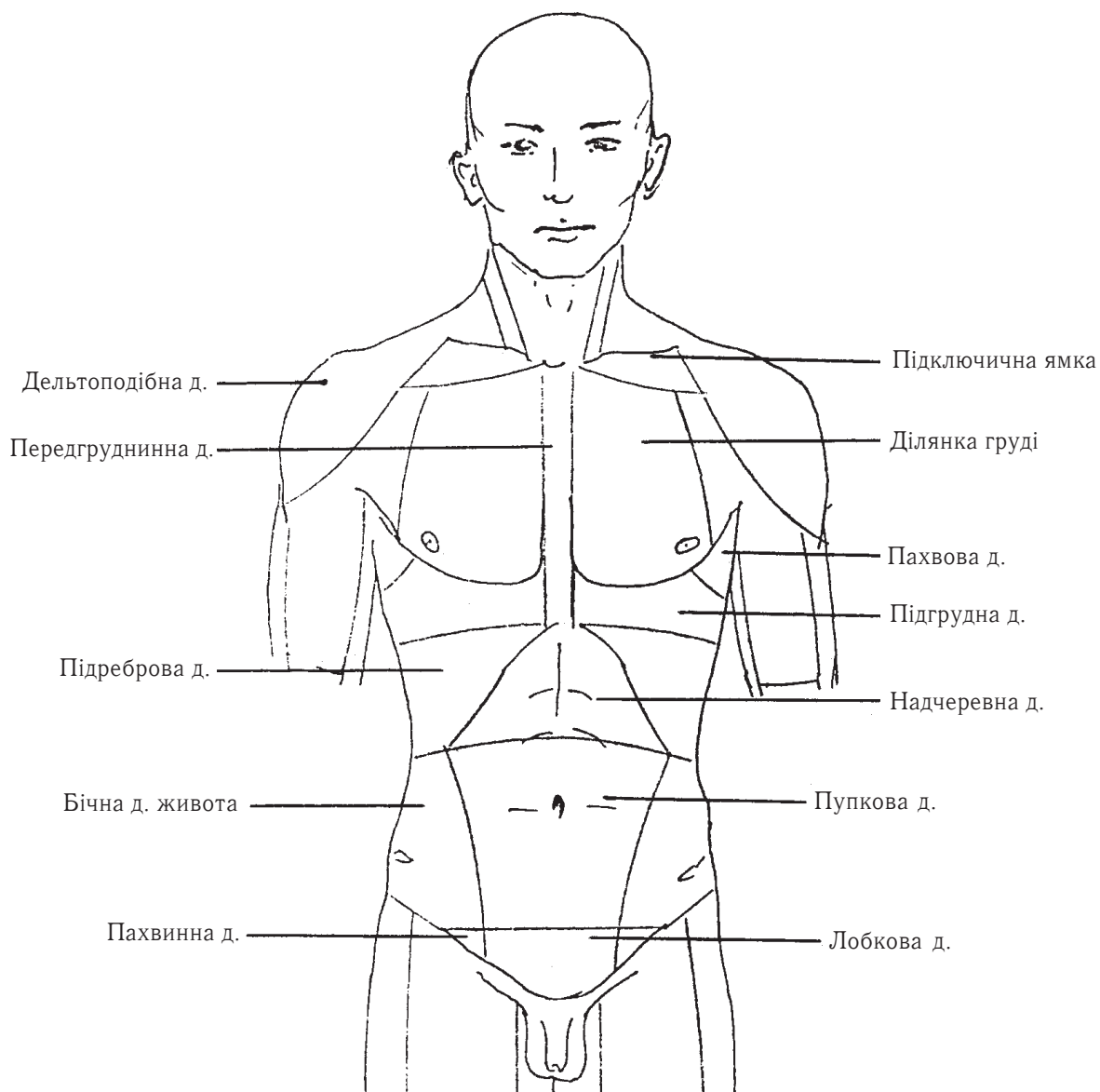


Рис. 161. Ділянки передньої поверхні тулуба.

На передній поверхні грудної клітки визначають такі розпізнавальні кісткові утвори (рис. 162). Ключиця розміщена безпосередньо під шкірою, її можна промацати на всьому протязі. Внутрішнім кінцем вона з'єднується з грудниною, а зовнішнім – з лопаткою. Добре пальпується кут груднини, до якого прикріплюється II ребро. Тіло груднини з'єднується з хрящами III-VII ребер. З боків від мечоподібного відростка пальпуються хрящі сьомих ребер, донизу і назовні від них ідуть реброві дуги (рис. 163).

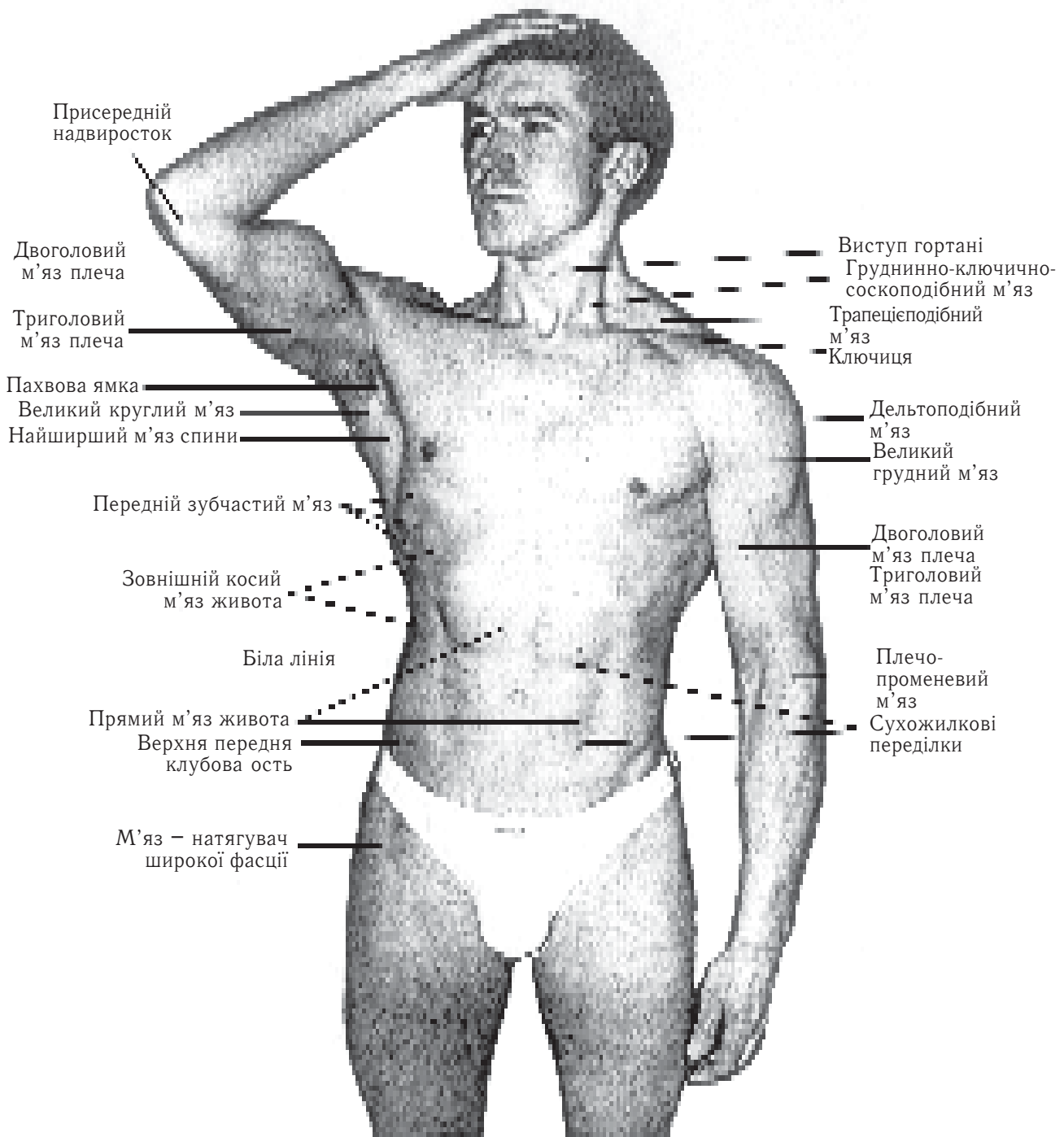


Рис. 162. Рельєф м'язів тулуба (вигляд спереду).

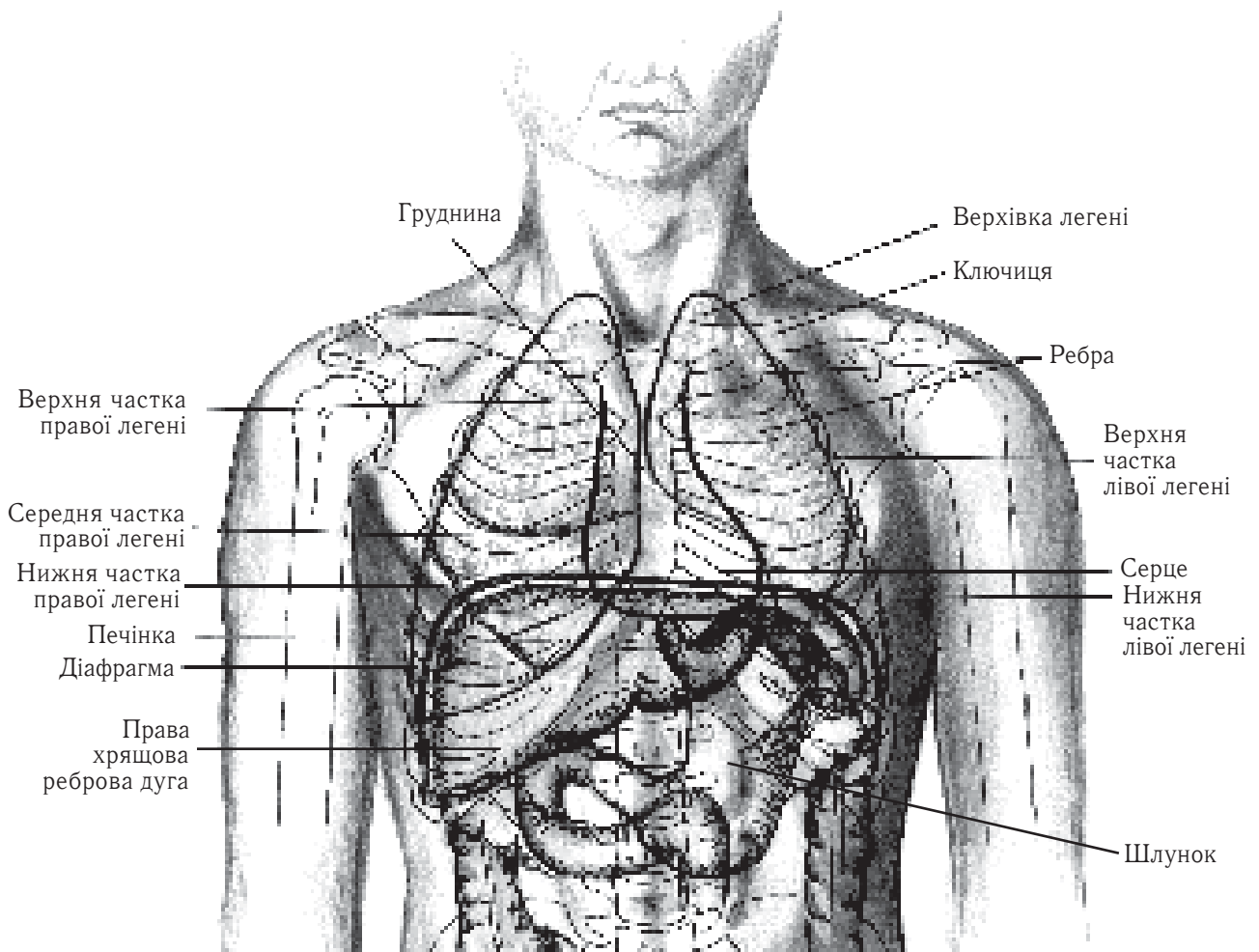


Рис. 163. Проекція внутрішніх органів на передню поверхню грудної клітки.

Шкіра на передній поверхні грудної клітки тонка, рухома, легко збирається в складку, за винятком ділянки груднини. Підшкірно-жировий шар розвинений у різних людей по-різному. На передній поверхні розміщені груди, які у жінок повністю розвиваються в період статевого дозрівання.

М'язи грудної клітки поділяють на ті, що починаються на грудній клітці, а прикріплюються на кістках верхніх кінцівок, та м'язи, які починаються і прикріплюються на скелеті грудної клітки (рис. 164, 165). Крім цього, їх поділяють на поверхневі (м'язи, що прикріплюються до верхніх кінцівок) та глибокі (власне м'язи грудної клітки). До поверхневих м'язів грудної клітки відносять великий та малий грудні, а також підключичний та передній зубчастий м'язи. До групи м'язів, що починаються і прикріплюються на кістках грудної клітки (глибоких м'язів), належать м'язи – підіймачі ребер, зовнішні, внутрішні та найглибші міжреброві м'язи, підреброві м'язи, а також поперечний м'яз грудної клітки.

Між міжребровими м'язами на нижній поверхні кожного ребра і в проміжках між ними проходить судинно-нервовий пучок, який включає міжреброву артерію, вену та нерв. Кровообіг передньої поверхні грудної клітки відбувається переважно з міжребрових артерій, внутрішніх грудних артерій та їх гілок, які анастомозують з судинами задньої поверхні грудної клітки, що відходять від аорти. Іннервація здійснюється міжребровими нервами та гілками підключичного відділу плечового сплетення (рис. 166). Лімфатичні судини передніх ділянок грудної клітки, супроводжуючи поверхневі вени, направляються до над- і підключичних, пахвових, пригруднинних лімфатичних вузлів.

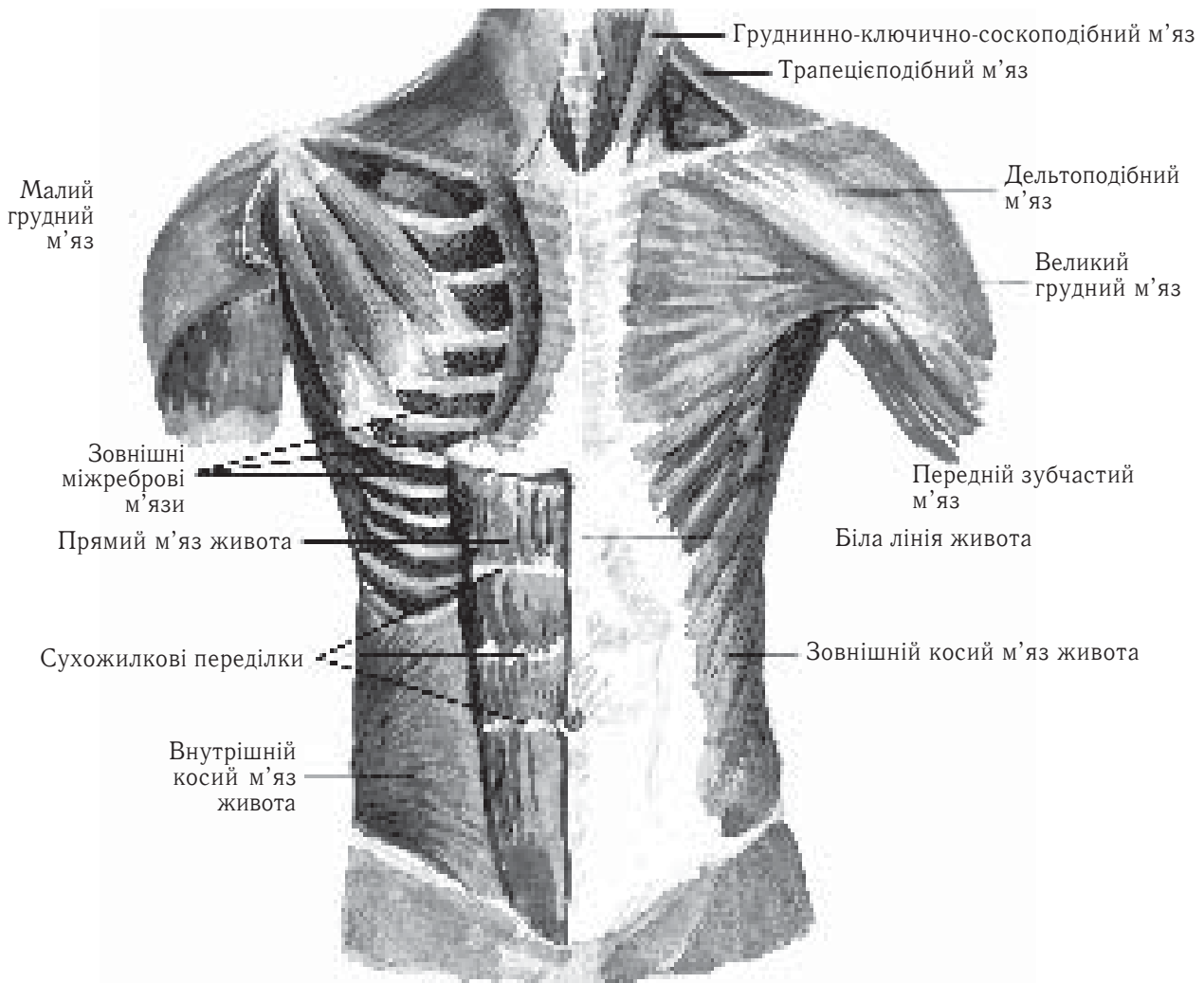


Рис. 164. М'язи тулуба (вигляд спереду).

Більшу частину грудної порожнини займають легені, розміщуючись у відповідних її половинах, з обох боків середостіння (рис. 163, 167). Легеня складається з часток, причому права легеня має їх 3: верхню, середню та нижню, а ліва – 2: верхню та нижню. Кожна з часток легень складається з бронхолегеневих сегментів, які, в свою чергу, складаються з часточок, а часточки – з ацинусів (рис. 168). Бронхолегеневий сегмент – це частина легені, яка відповідає одному сегментарному бронху та його розгалуженню. У кожному з сегментів розгалужується і гілочка легеневої артерії. Знання локалізації бронхолегеневого сегмента необхідне масажисту при проведенні масажу з метою виділення слизу та харкотиння при захворюваннях органів дихання (рис. 169).

Кожна легеня покрита плеврою. Між правою та лівою легенею розміщене середостіння, яке умовно поділяють на переднє та заднє. У передньому розміщені серце з перикардом, загруднинна залоза, діафрагмальні нерви, висхідна частина аорти, легеневий стовбур та верхня порожниста вена (рис. 170). У задньому середостінні лежать стравохід, низхідна частина аорти, грудна протока, непарна та напівнепарна вени, блукаючі нерви, черевні нерви та лімфатичні вузли.

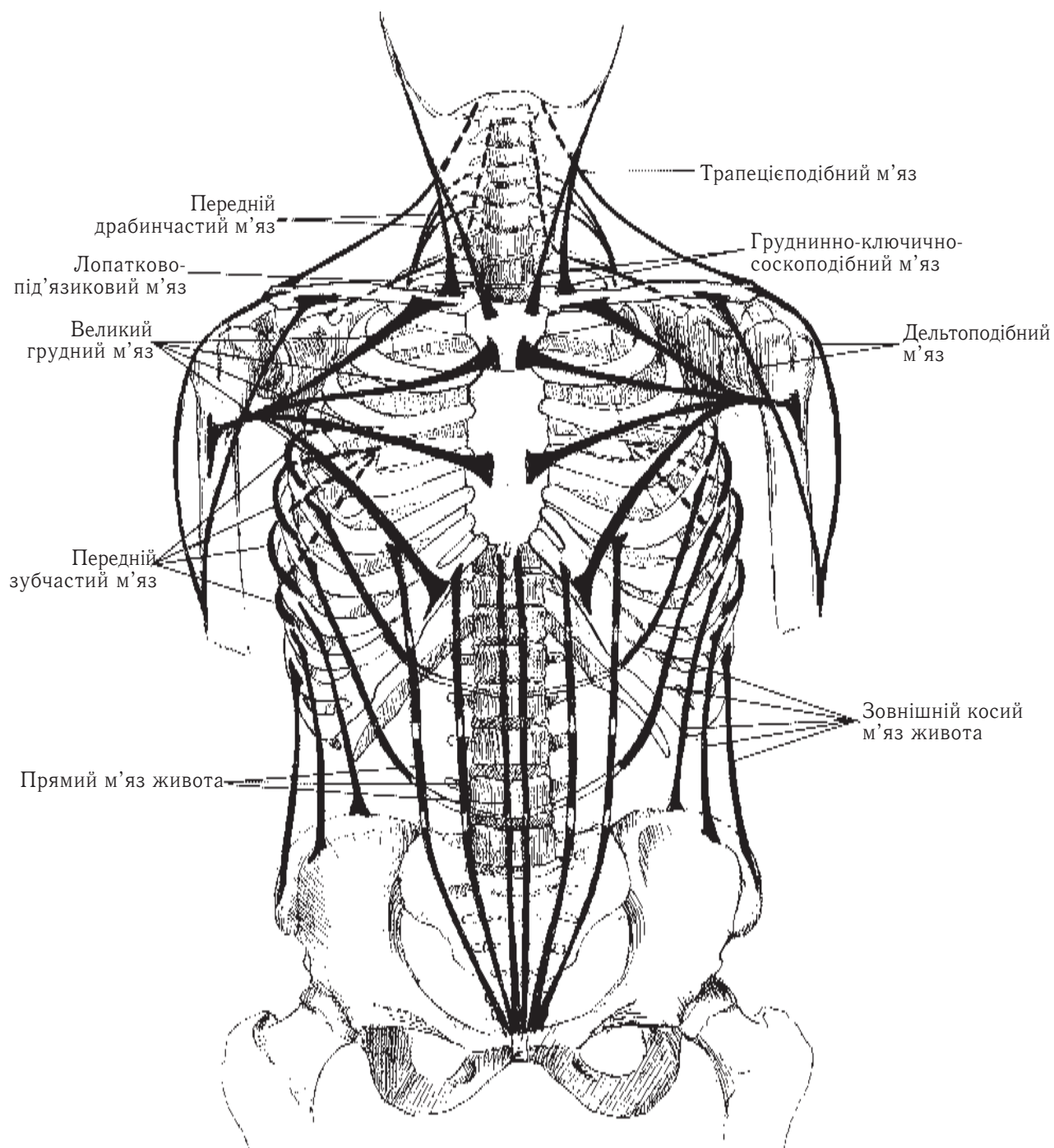


Рис. 165. Місця початку й прикріплення м'язів передньої та бічної поверхонь тулуба (схема).

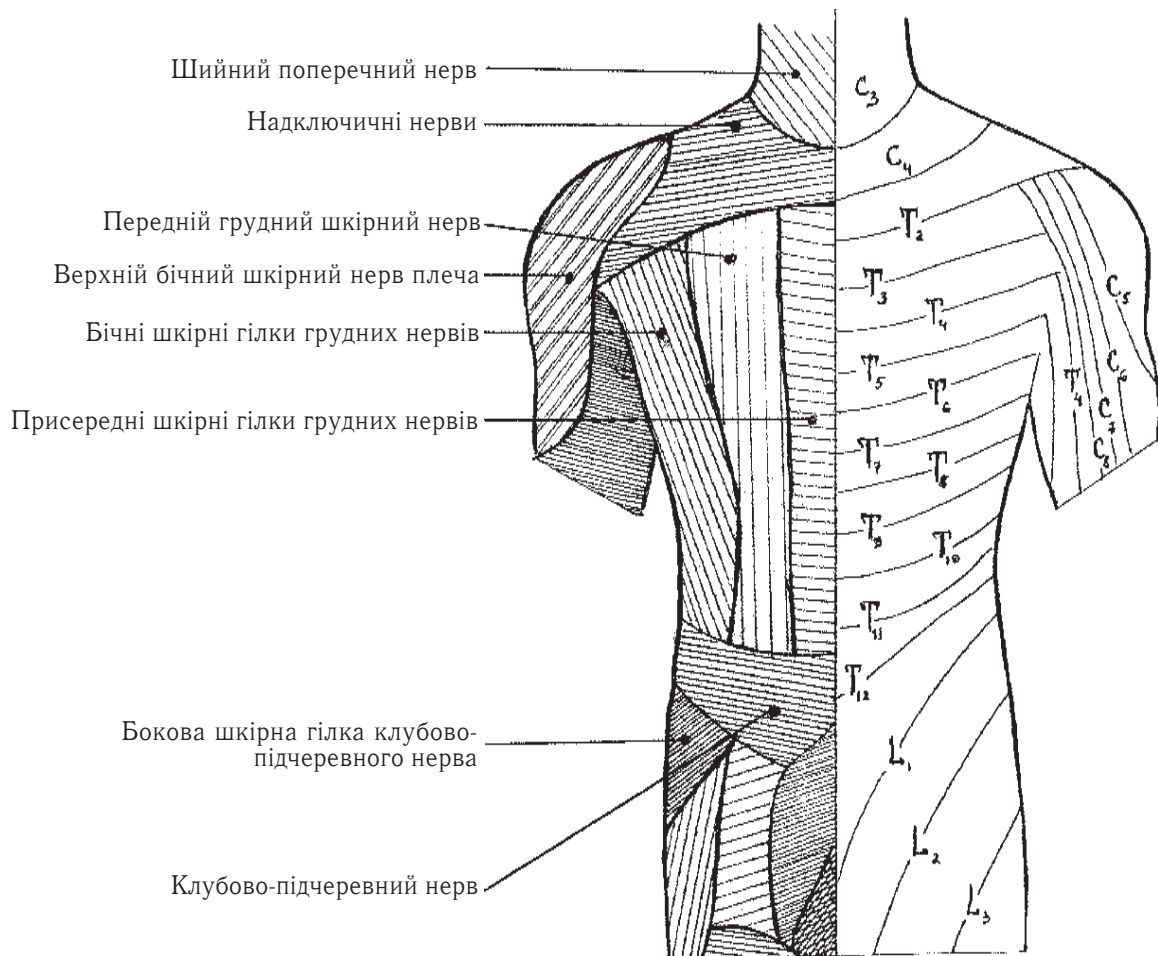


Рис. 166. Схема сегментарної та шкірної іннервації передньої поверхні тулуба (А.П. Ромоданов та співавт., 1979).

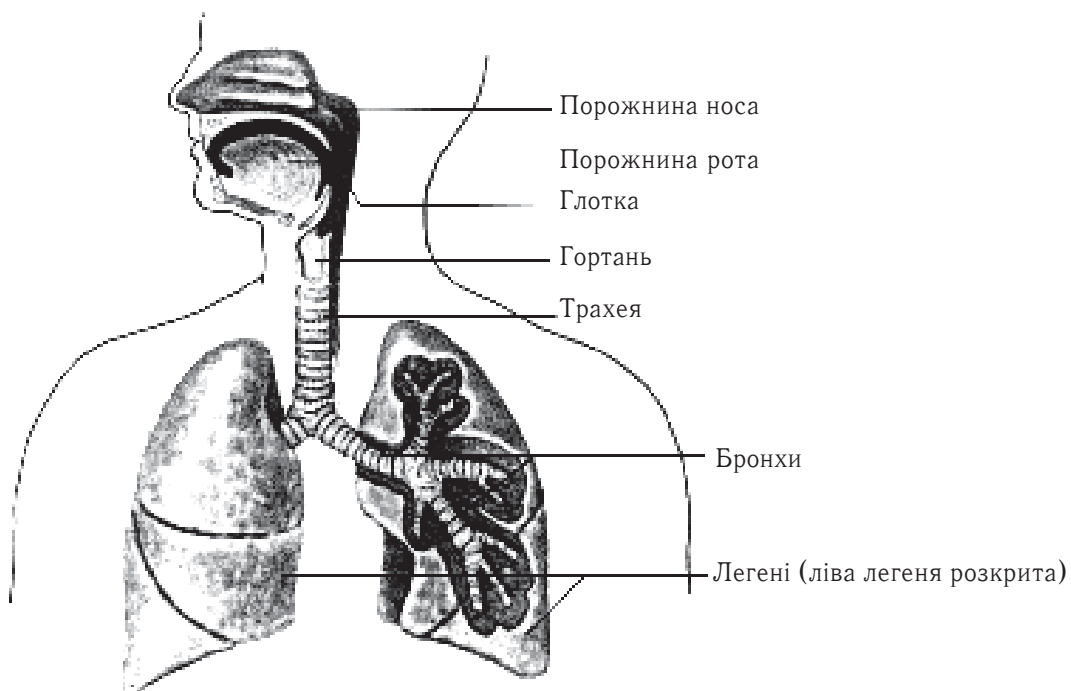


Рис. 167. Схема органів дихання.

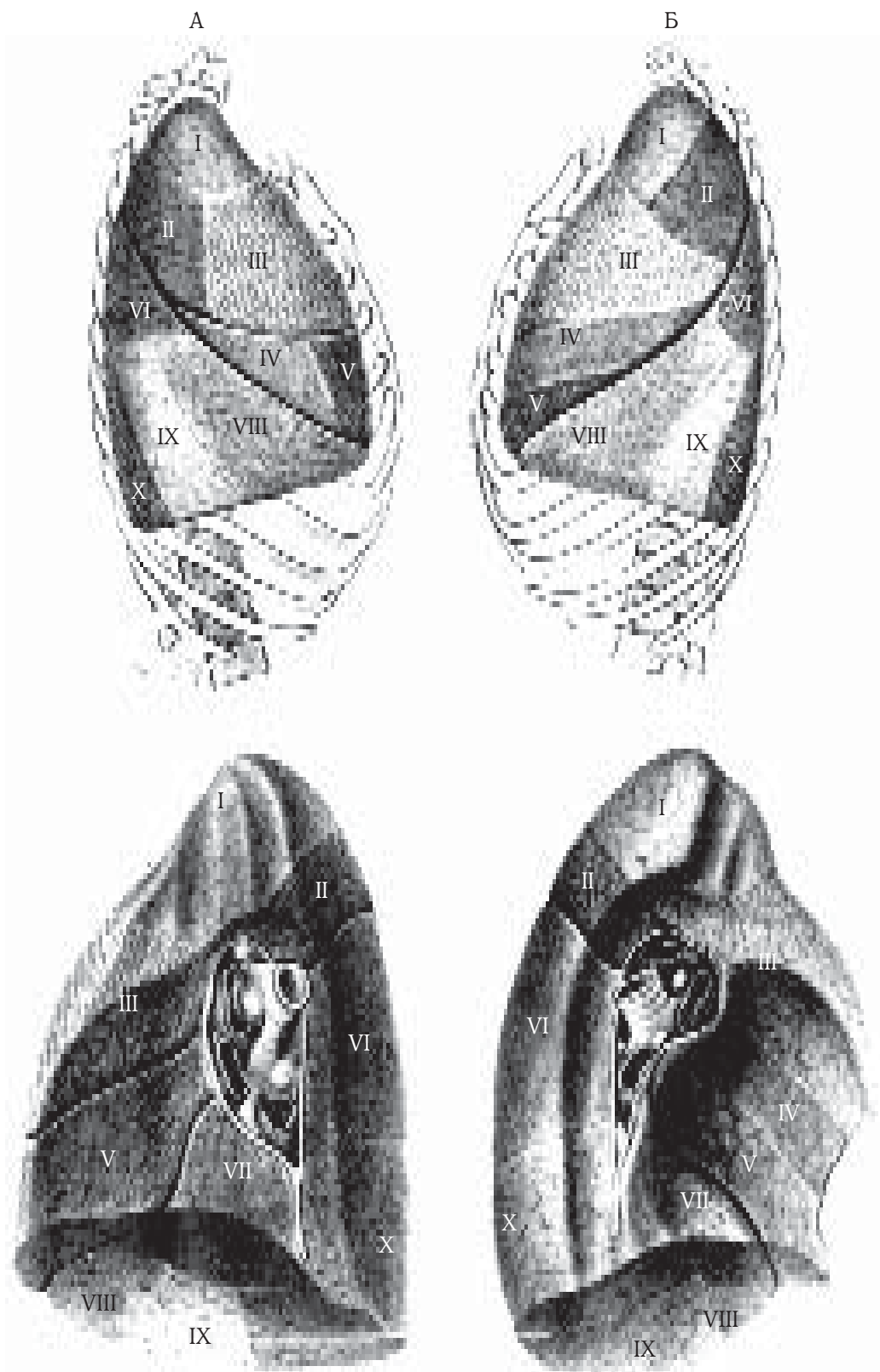


Рис. 168. Сегменти правої (А) та лівої (Б) легень з ребрової (вгорі) та середостінної (внизу) поверхонь.

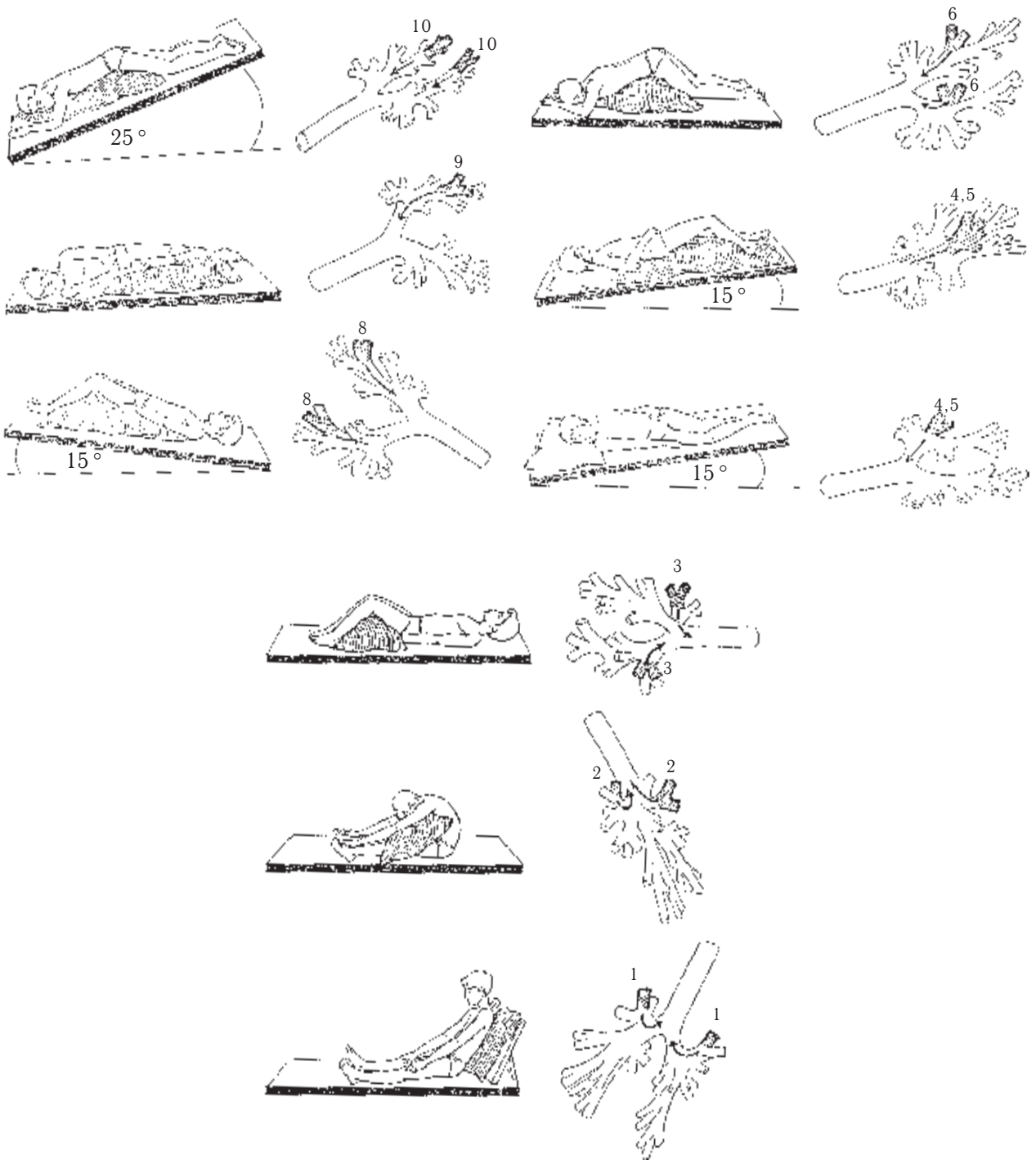


Рис. 169. Схема дренажних положень для всіх сегментів легень (за Кендигом).

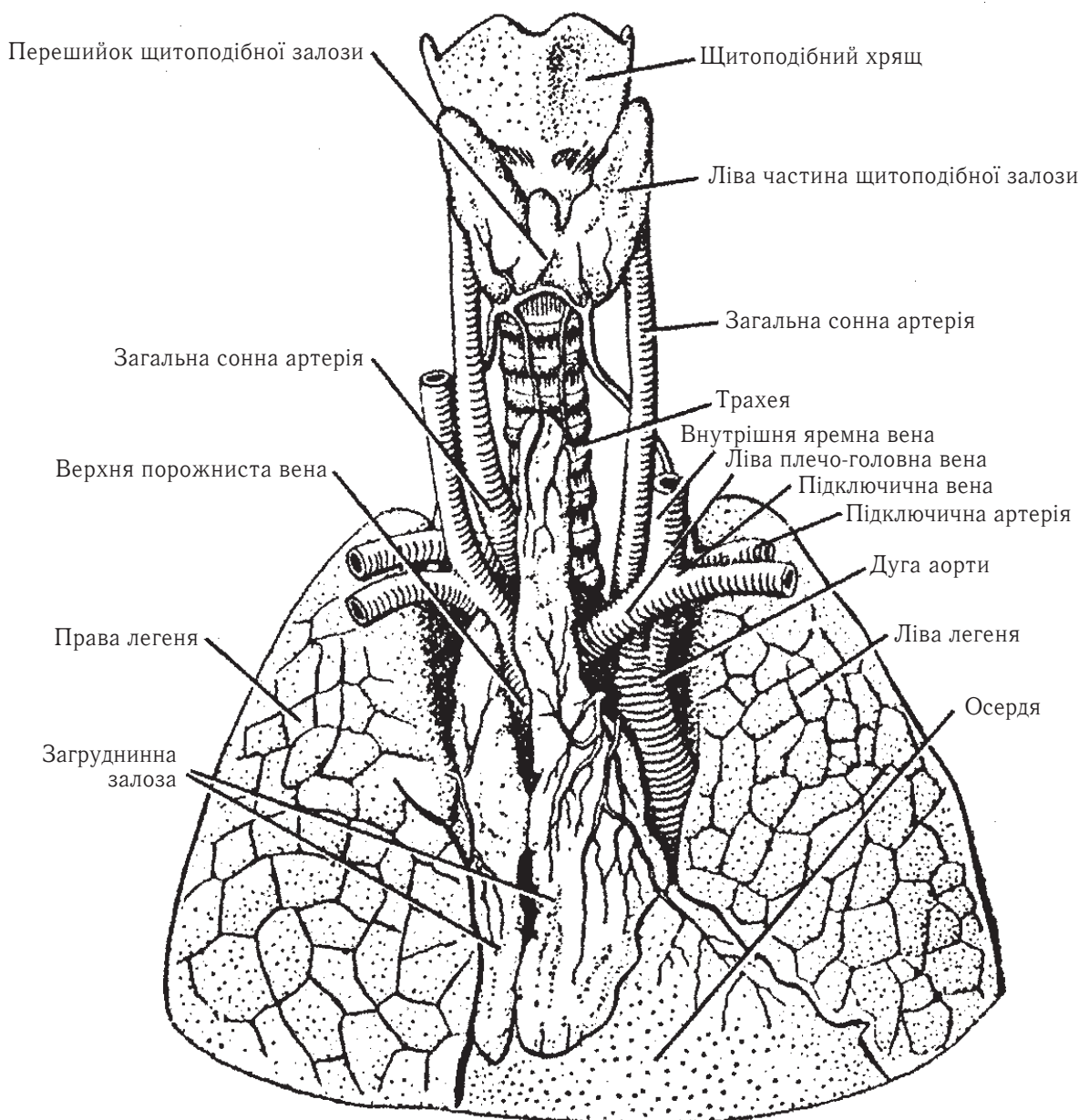


Рис. 170. Щитоподібна та загруднинна залози.

Техніка масажу передніх та бічних ділянок грудної клітки

Положення пацієнта: лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Положення масажиста: стоячи на рівні кульшових суглобів пацієнта або сидячи перед ним (рис. 171).

Поладжування. Напрямок масажних рухів – від поясної лінії і передньої серединної лінії до пахвових, підключичних лімфатичних вузлів (рис. 172). На передній поверхні використовують площинне погладжування, на бічній та в ділянці великих грудних м'язів – обхоплююче (рис. 173, 174). Міжреброві проміжки масажують граблеподібним прийомом від груднини в напрямку до хребтового стовпа, реброві дуги погладжують опорною частиною кисті або пальцями у цьому ж напрямку.

Розтирання. Розтирання великих грудних м'язів: у чоловіків кінцями пальців, опорною частиною кисті чи ліктьовим краєм кисті спіралеподібно, пиляння двома руками за ходом м'язових волокон у напрямку до пахвової ділянки; у жінок – розтирання пальцями чи граблеподібне розтирання, штрихування місць прикріплення грудних м'язів, обминаючи груди.

Розтирання пальцями чи опорною частиною кисті місць початку передніх зубчастих м'язів. Спіралеподібне розтирання пальцями груднини, ключиць, ребер. Граблеподібне розтирання, штрихування, пиляння міжребрових проміжків (рис. 175). Розтирання пальцями ребер у напрямку від груднини до хребта.



Рис. 171. Положення хворого і масажиста під час масажу ділянки грудей.

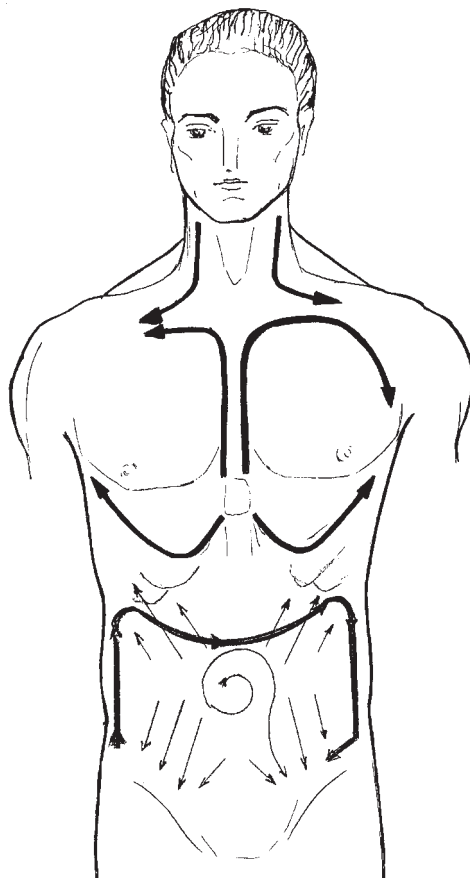


Рис. 172. Напрямок масажних рухів у ділянках грудей та живота (схема).

В ділянці живота тоншими лініями зображений напрямок масажних рухів при погладуванні передньої черевної стінки, ширшими – при масажі кишечника.



Рис. 173. Погладжування передніх ділянок грудної клітки долонними поверхнями обох кистей, які рухаються симетрично.

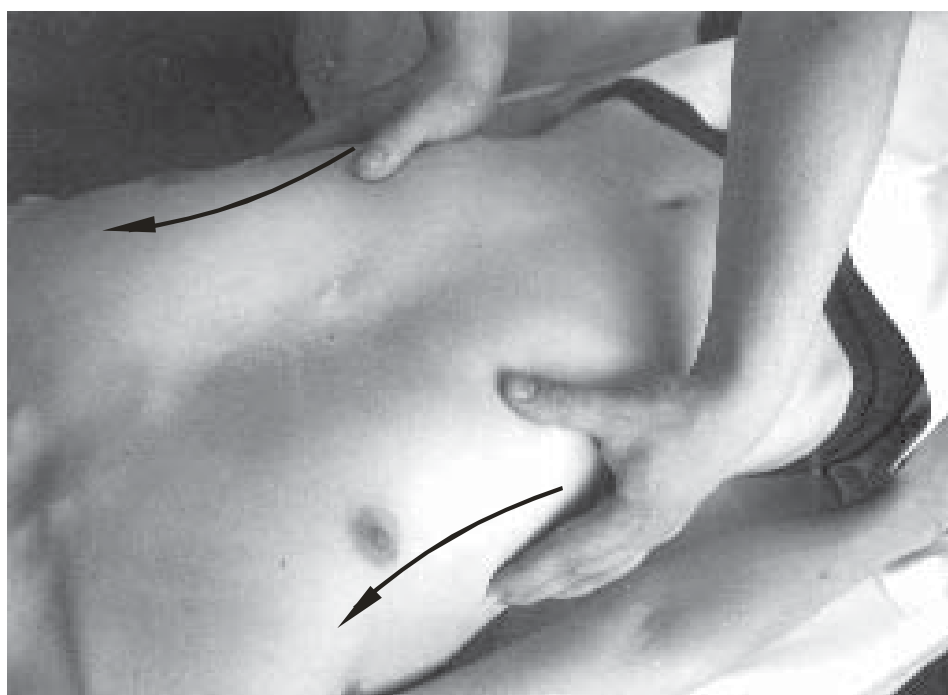


Рис. 174. Обхоплююче погладжування бічних ділянок грудної клітки обома руками.

Розминання. Розминання великого грудного м'яза від місця початку до прикріплення проводять у чоловіків та дітей. Для цього використовують поздовжнє та поперечне розминання, зміщення, натискування долонями чи пальцями (рис. 176). У жінок масажують лише місце його прикріплення до плечової кістки прийомами натискування та зміщення. Передній зубчастий м'яз розминають також зміщенням та натискуванням, міжреброві м'язи – натискуванням одним чи декількома пальцями.



Рис. 175. Граблеподібне розтирання міжребрових м'язів обтяженою кистю.



Рис. 176. Розминання натискуванням пальцями місця прикріплення великого грудного м'яза.

Вібрація. Стабільна та лабільна вібрація проводиться в ділянці груднини (рис. 177), по обидва боки від неї, в підключичних ділянках, на зубчастих м'язах та в місцях прикріплення м'язів до плечової кістки. Використовують потрушування великих грудних та передніх зубчастих м'язів. Переривчаста вібрація: поколювання пальцями передньої поверхні грудної клітки та міжребрових проміжків, рубання (у чоловіків) великих грудних м'язів уздовж м'язових волокон та міжребрових проміжків. Струшування грудної клітки, шмагання. Прийоми переривчастої вібрації на передній поверхні грудної клітки проводять тільки за показаннями, дуже обережно, зліва – не бажано.

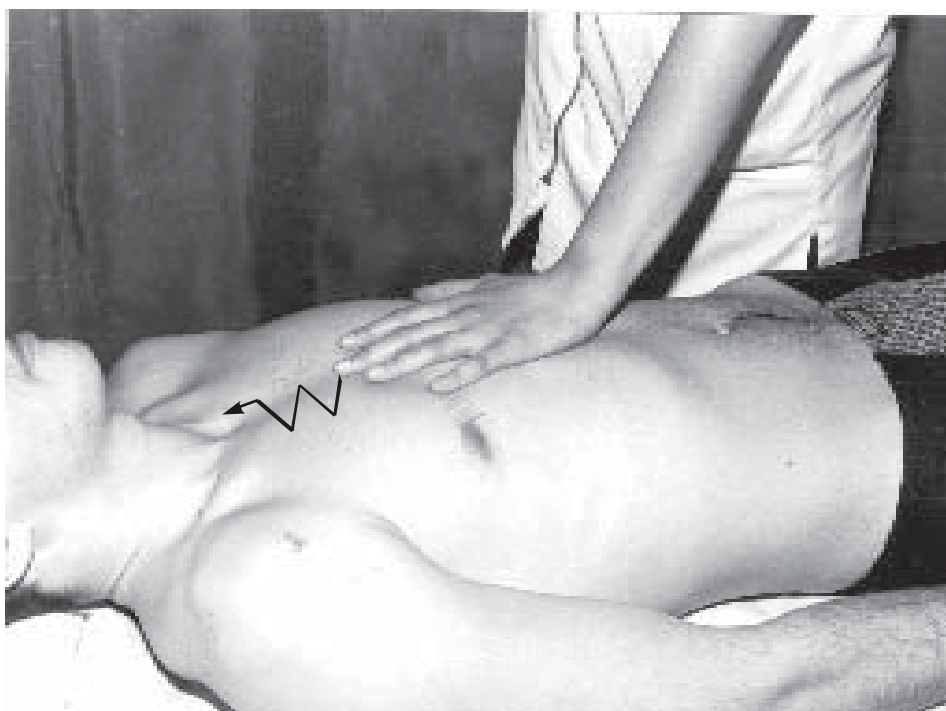


Рис. 177. Лабільна вібрація грудної клітки однією рукою.

Масаж діафрагми проводиться непрямым шляхом, використовуючи безперервну стабільну та лабільну вібрацію в ділянці ребрових дуг.

Після розслаблення м'язів проводять ритмічні натискування на грудну клітку та стискання її з боків. Для підсилення ефекту можна проводити це під час видиху пацієнта, у такому випадку сила натискування чи стискання збільшується (рис. 178).



Рис. 178. Натискування на грудну клітку під час видиху.

Масаж міжребрових нервів виконується одним чи двома пальцями, поставленими граблеподібно. З масажних прийомів використовується погладження, розтирання, безперервна вібрація.

Масаж грудей у жінок проводиться тільки при наявності показань. Використовується погладження, розтирання, переривчаста вібрація у формі пунктування. Вибір окремих прийомів та напрямок масажних рухів залежать від поставленої мети: при явищах судинного застою, в'ялих, розтягнутих грудях – від соска; при недостатній секреторній діяльності груді, застої в ній молока, в період лактації – від основи груді до соска. Масажувати сосок, крім окремих показань (впалий сосок та ін.), не рекомендують.

Практичні рекомендації щодо проведення масажу передніх та бічних ділянок грудної клітки.

1. Груді у жінок можна масажувати тільки при наявності спеціальних для того показань. В інших випадках – їх обминають.

2. Зубчасті та міжреброві м'язи масажують у напрямку до хребтового стовпа.

3. На передній поверхні грудної клітки не рекомендують виконувати енергійні масажні рухи в ділянці реброво-груднинних з'єднань, серця, правої ребрової дуги у зв'язку з їх підвищеною чутливістю.

4. Тривалість масажу передніх та бічних ділянок грудної клітки залежить від завдань і коливається в межах 5-12 хв.

Показання до призначення масажу передніх та бічних ділянок грудної клітки: захворювання органів дихання, серцево-судинної системи, травного апарату, при остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта.

Анатомо-топографічні дані та техніка масажу живота

Анатомо-топографічні дані живота

У ділянці живота виділяють підреброву ділянку, або підребер'я, надчеревну ділянку, або надчерев'я, бічну, пупкову, пахвинну, лобкову ділянки. Надчеревна, пупкова, лобкова ділянки непарні, інші – парні (рис. 161, 179).

При огляді верхньої частини живота (рис. 162) помітні ліва та права реброві дуги, які спереду утворюють підгруднинний кут. У нижньому відділі живота помітні пахвинні складки. По серединній лінії розміщується біла лінія живота, на якій (відповідно до місця з'єднання III-IV поперекових хребців) міститься пупок. По боках від серединної лінії вимальовуються контури прямих м'язів живота.

Порожнина живота має верхню, задню та передньо-бічну стінки (рис. 179). Верхню стінку живота утворює в основному діафрагма, задню – поперекові хребці та м'язи хребта (м'яз – випрямляч хребта, квадратний м'яз попереку), передньо-бічну – м'язи черевного преса.

М'язи передньо-бічної стінки черевної порожнини заповнюють проміжок між грудною кліткою і тазом (рис. 112, 164, 165). Вони розміщені симетрично від серединної лінії, а їхні волокна йдуть у косому, поперечному та повздовжньому напрямках. До м'язів передньої стінки живота відносять прямий та пірамідальний м'язи. Бічну стінку утворюють зовнішній і внутрішній косі м'язи живота, а також поперечний м'яз живота (рис. 165).

У черевній порожнині (рис. 179, 180) залягає шлунок, більша частина його розміщена ліворуч, а менша – праворуч від серединної лінії. Проекція шлунка на передню стінку живота відповідає надчеревній та лівій підребровій ділянкам. Вхід у шлунок лежить на рівні X-XI грудного хребця, ліворуч від хребтового стовпа, а вихід – на рівні XII грудного чи I поперекового хребця, праворуч від хребтового стовпа. Нижня межа проектується на 2-4 см вище пупка. Кровопопостачається шлунок з правої та лівої шлункової артерій, правої та лівої шлунково-сальникової артерій і коротких шлункових артерій, а венозна кров відтікає від шлунка по однойменних венах. Лімфа від шлунка відтікає в регіональні лімфатичні вузли, розміщені по великій та малій кривизнах шлунка. Шлунок іннервують гілки блукаючого нерва (збільшується перистальтика, посилюється секреція залоз та розслабляється м'яз – стискач пілоруса) і гілки симпатичного стовбура, що є антагоністом блукаючого нерва.

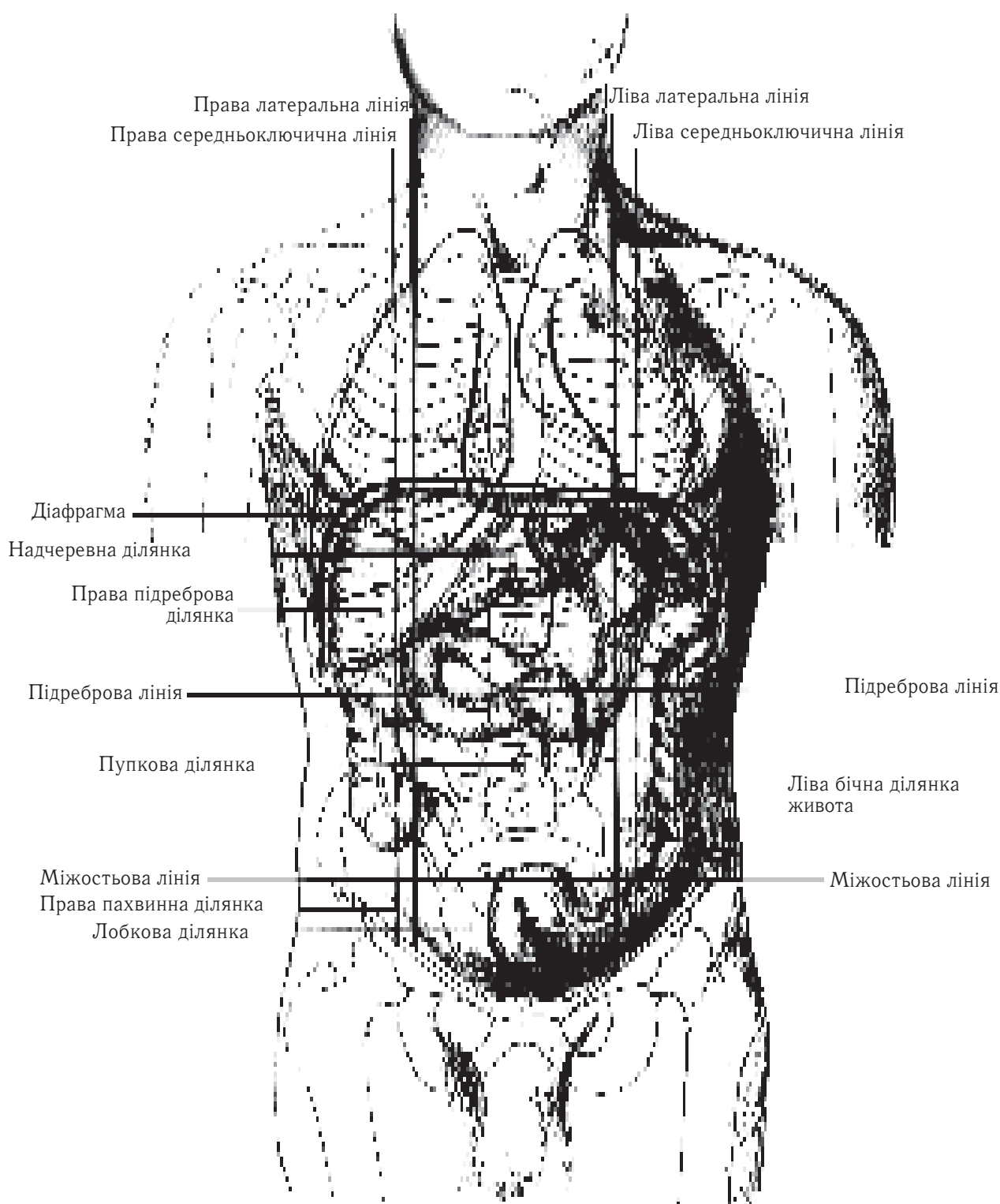


Рис. 179. Ділянки та поверхні черевної порожнини.

Від виходу з шлунка починається тонка кишка, яка складається з дванадцятипалої та брижової частин. Брижова, в свою чергу, поділяється на порожню та клубову кишки. Дванадцятипала кишка розташовується в межах надчеревної та пупкової ділянок, порожня та клубова розміщуються в пупковій, обох пахвинних ділянках живота.

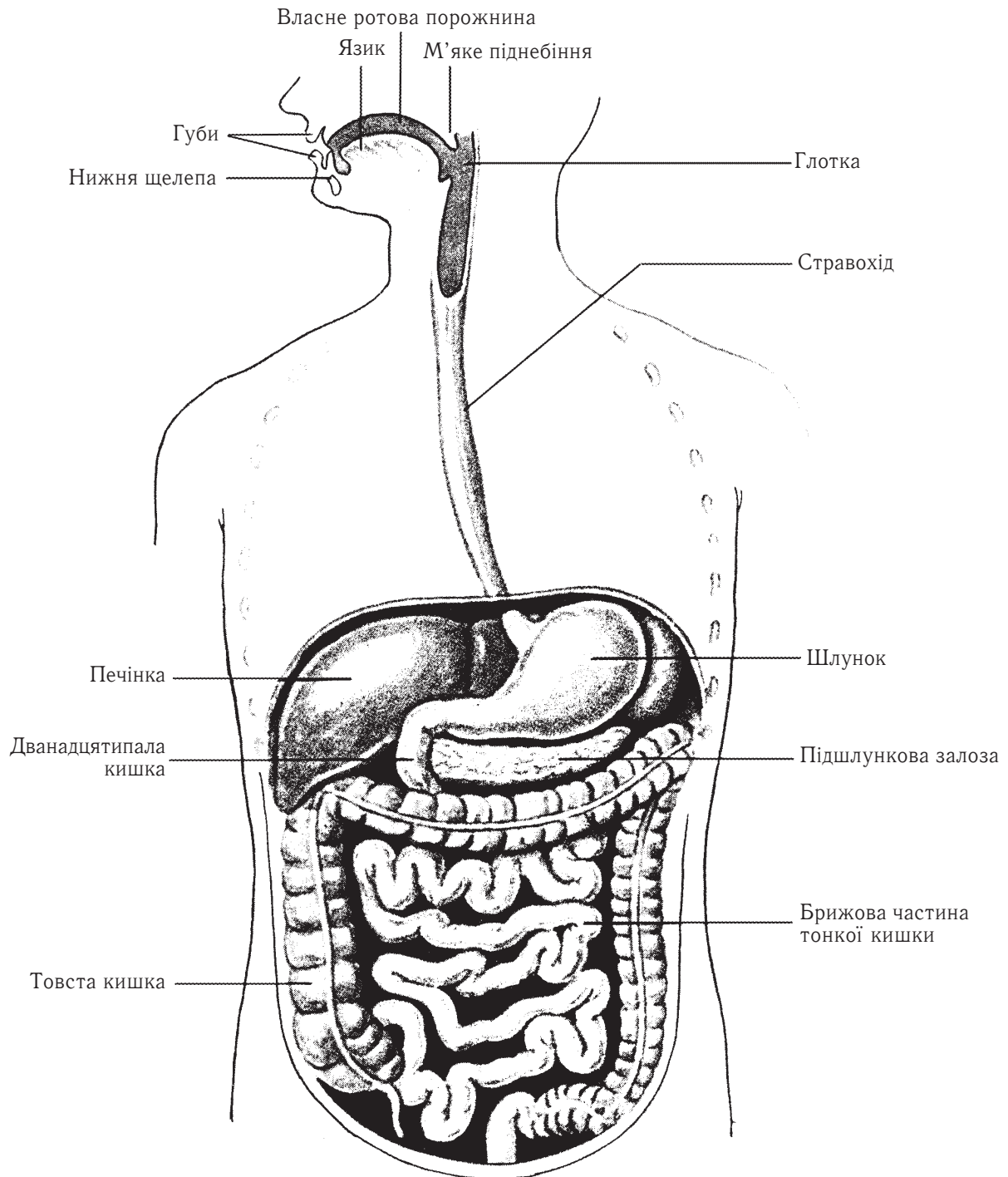


Рис. 180. Схема травного каналу.

Товста кишка є продовженням тонкої. Вона поділяється на три основні частини: сліпу, ободову і пряму кишки. Ободова кишка має висхідну, поперечну, низхідну та сигмоподібну частини. Сліпа кишка розміщена у правій клубовій ямці. Вона досить рухлива. Від сліпої кишки відходить червоподібний відросток, положення якого дуже непостійне, і це ускладнює діагноз апендициту. Місце відходження відростка визначається точкою Мак-Бурнея, яка розміщується на середині лінії, проведеної між пупком та правою передньою верхньою клубовою остю. Висхідна ободова кишка спрямована догори, розміщується в правій бічній ділянці черевної порожнини. У правій підребровій ділянці вона утворює різкий згин і переходить у поперечну ободову

кишку, яка йде до ділянки лівого підребер'я, і тут, утворивши лівий згин ободової кишки, переходить у низхідну ободову кишку. Брижа поперечної ободової кишки має найбільшу ширину в середній частині, і тому вона дугоподібно звисає донизу. Іноді середня точка поперечної ободової кишки розміщена нижче від пупка, а часом лежить біля лобкового зрощення. Низхідна ободова кишка від лівого згину ободової кишки йде донизу по задній стінці живота і на рівні клубового гребеня переходить у пряму кишку. Пряма кишка закінчується в ділянці промежини відхідником.

Кровообіг кишечника забезпечується верхньою та нижньою брижовими артеріями. Перша забезпечує тонку кишку та верхню половину товстої, друга – останню частину товстої кишки. Одноіменні вени кишечника належать до системи ворітної вени. Лімфатичні судини відводять лімфу в черевні та брижові лімфатичні вузли. Іннервація кишечника аналогічна іннервації шлунка.

Підшлункова залоза розміщена позаду шлунка, біля задньої черевної стінки на рівні тіла I або II поперекового хребця. Залоза лежить поперечно до хребтового стовпа таким чином, що $\frac{2}{3}$ її розміщуються праворуч від серединної площини тіла, а $\frac{1}{3}$ – ліворуч. Кровообіг кишечника підшлункової залози забезпечується гілками загальної печінкової артерії, верхньобрижової та селезінкових артерій, а венозна кров відтікає по одноіменних венах. Іннервують підшлункову залозу гілки черевного, печінкового та верхнього брижового сплетень.

Печінка – найбільша залоза тіла людини. Розміщена в основному в правому верхньому відділі черевної порожнини, під діафрагмою. Майже вся вона схована під ребрами, і лише край прилягає до черевної стінки. Жовчний міхур розміщений на нижній поверхні правої частки печінки і проектується на черевну стінку на рівні X ребра правої ребрової дуги. Кровообіг печінки та жовчного міхура забезпечується печінковою артерією та ворітною веною. Іннервують гілками блукаючого, симпатичного та частково діафрагмального нервів.

Селезінка розміщена глибоко в лівому верхньому відділі черевної порожнини, зліва від шлунка, між IX та XI ребрами. Кровообіг забезпечується селезінковою артерією, іннервація – з селезінкового сплетення.

Лімфатичні судини з верхньої половини передньої черевної стінки несуть лімфу в пахвові вузли, з нижньої половини – в пахвинні. З глибоких шарів надчеревної ділянки лімфа надходить в міжреброві вузли, з черевної – в поперекові, з підчеревної – в клубові лімфатичні вузли.

У черевній порожнині по боках хребтового стовпа на всьому його протязі розміщуються два симетричних стовбури симпатичної частини автономної (вегетативної) нервової системи. По боках черевної аорти на рівні XII грудного та I поперекового хребців утворюється черевне нервово сплетення, яке складається з черевних вузлів різної величини та форми, зв'язаних між собою численними сполучними гілками. Сюди входять гілки: великих і малих внутрішніх нервів, поперекового відділу симпатичного стовбура, правого блукаючого нерва, грудного аортального сплетення та діафрагмального нерва. Нерви, які відходять від черевного сплетення, утворюють ряд інших сплетень, які іннервують органи черевної порожнини. На передній черевній стінці живота черевне сплетення проектується в надчеревній ділянці.

Техніка масажу живота

Масаж живота виконують в положенні пацієнта лежачи на спині, голова дещо піднята, руки вздовж тулуба, коліна зігнуті, під колінами валик (рис. 171).

Масажист розміщується боком до кушетки на рівні кульшових суглобів пацієнта.

Масаж живота складається з масажу передньої черевної стінки, органів черевної порожнини та нервових сплетень.

Масаж передньої черевної стінки

Впливу підлягають шкіра, підшкірна основа, фасції та м'язи передньої черевної стінки.

Погладжування. Масаж починають з площинного поверхневого погладжування навколо пупка за годинниковою стрілкою кінцями II-IV пальців правої руки з опорою на перший палець. Починати треба з легкого поверхневого погладжування, ледь торкаючись шкіри, це сприяє розслабленню м'язів живота. Далі проводять площинне погладжування долонею однієї або

двох рук, масажуючи всю поверхню живота. Погладжування верхньої половини живота виконують від білої лінії живота в напрямку пахвових ямок, а нижньої – до пахвинних (рис. 172).

Розтирання. Розтирання виконують за годинниковою стрілкою. Використовують поверхневе і глибоке спіралеподібне розтирання пальцями. При наявності значних відкладень жиру в черевній стінці використовують допоміжні прийоми: пиляння, пересікання знизу догори, зверху вниз і справа наліво; можна використовувати щипцеподібне розтирання (рис. 64).

Розминання Розминання прямих м'язів живота поперечним розминанням, починаючи від верхнього краю локтєвої кістки догори до місця їх прикріплення в ділянці хрящів V і VII ребер та мечоподібного відростка (рис. 181). Косі м'язи живота масажують двома руками одночасно або послідовно, з кожного боку окремо, їх захоплюють руками, зміщують, розтягують, стискають (рис. 182). На передній черевній стінці виконують також прийом накочування (рис. 70).



Рис. 181. Масаж передньої черевної стінки – поперечне розминання.



Рис. 182. Кільцеве розтирання переднього зубчастого та зовнішнього косого м'язів.

Вібрація. Вібраційне погладження і стрясування (рис. 89), безперервна вібрація (рис. 85), ніжне поплескування та рубання (при відсутності болю), стругання (рис. 183).

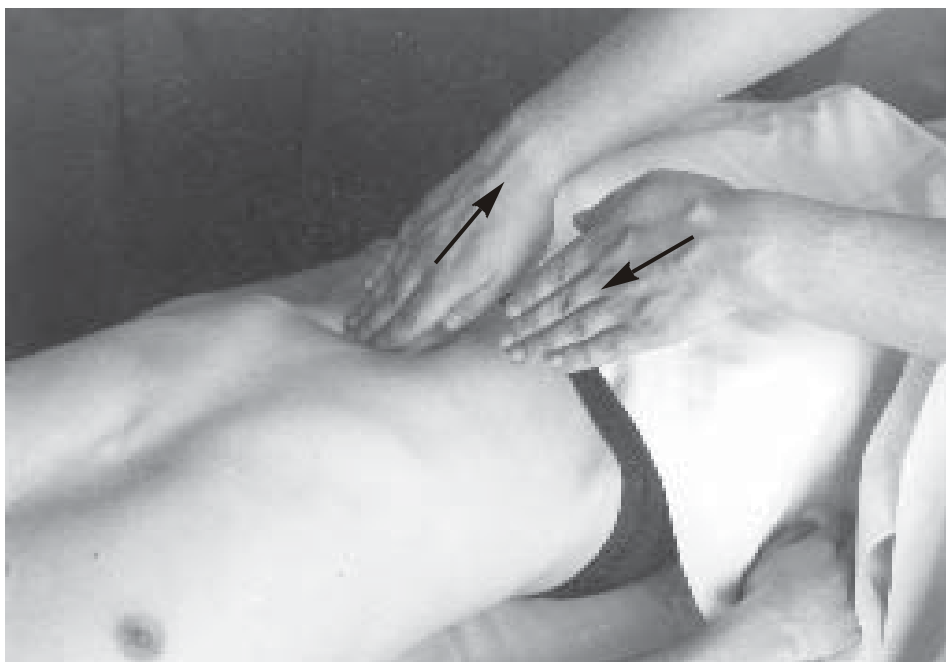


Рис. 183. Масаж передньої черевної стінки – стругання.

Масаж органів черевної порожнини

Масаж шлунка. Вихідне положення – лежачи на спині, потім – на правому боці (для полегшення переходу вмісту в дванадцятипалу кишку). Безпосередній вплив на шлунок можливий тільки на незначній ділянці, тому для рефлекторного впливу на нього після розслаблення м'язів передньої черевної стінки використовують: спіралеподібне погладження справа наліво в ділянці проекції шлунка, спочатку ніжне площинне, потім, в міру розслаблення поверхневих м'язів – більш глибоке, граблеподібне ніжне розтирання м'яких тканин в ділянці лівого підребер'я. Безперервна вібрація шлунка долонею, потрушування шлунка граблеподібно поставленими пальцями на надчеревну ділянку зліва, підштовхування шлунка. Закінчують спокійним погладженням в ділянці шлунка та всього живота.

Масаж кишечника. Масаж тонкої кишки також здійснюють рефлекторним шляхом. Після розслаблення передньої черевної стінки, чергуючи з погладженням, виконують прийоми переривчастої вібрації кінцями пальців і поперемінного натискування на передню стінку живота. Масаж товстої кишки проводять за годинниковою стрілкою, починаючи з правої пахвинної ділянки, по висхідній частині товстої кишки до правого ребрового краю. Далі опускаються дугою до пупка і проходять на один сантиметр над пупком, доходять до лівого підребер'я майже до аксиллярної лінії, потім спускаються вниз до лівої пахвинної ділянки (рис. 172). Використовують погладження кінцями пальців за ходом кишок, поверхнєве і глибоке гладження, спіралеподібне розтирання кінцями пальців і обтяженою кистю (рис. 184), штрихування, переривчасту і безперервну вібрацію кінцями пальців, ніжні натискування (рис. 76), потрушування і підштовхування окремих відділів товстої кишки. Рухи виконуються м'яко, ритмічно, не завдаючи болю. Закінчують масаж прийомами ніжного поплескування і стрясування живота, колового площинного погладження передньої черевної стінки.

Масаж печінки виконується кінцями пальців і долонею. Проводять ніжне погладження в ділянці печінки знизу зліва направо догори в напрямку воріт печінки, розтирання кінцями пальців у циркулярних напрямках справа під ребровим краєм, ніжну переривчасту вібрацію кінцями пальців краю печінки під ребровою дугою, переривчасту і безперервну ніжну вібрацію ділянки печінки. Масаж печінки проводиться при спеціальних показаннях.

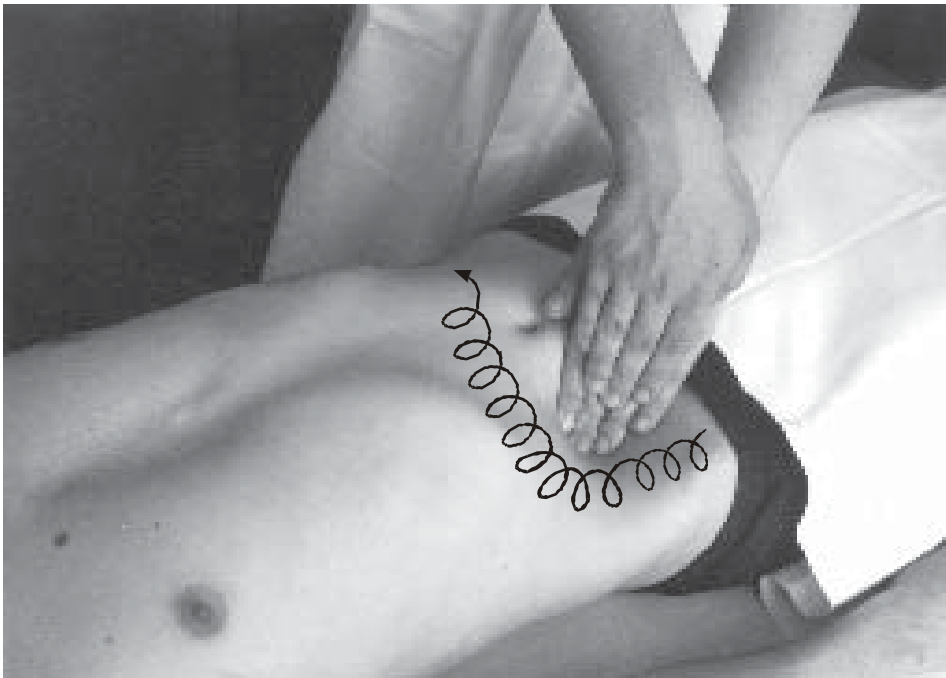


Рис. 184. Масаж товстої кишки – спіралеподібне розтирання пальцями з обтяженою кистю.

Масаж жовчного міхура проводиться також при наявності спеціальних показань. Виконують ніжне циркулярне погладжування, розтирання, переривчасту вібрацію кінцями пальців, ритмічне легке неглибоке натискування.

Масаж ділянки сонячного сплетення – циркулярне погладжування, розтирання і переривчаста вібрація від мечоподібного відростка до пупка. Масажують однією рукою – кінцевою фалангою середнього або вказівного і середнього пальців. Далі виконують безперервну лабільну вібрацію по лінії, що з'єднує мечоподібний відросток з пупком, проводять точковий масаж болючих точок на ній.

Практичні рекомендації щодо проведення масажу живота.

1. Перш ніж приступити до масажу, масажист повинен вияснити:

а) самопочуття хворого; б) стан кишечника – біль, нудота, печія, відрижка, закрепи, пронос; в) час останнього приймання їжі (масаж можна починати через півгодини після легкого сніданку і через 2 год після обіду); г) час останнього сечовипускання та випорожнення (перед масажем кишечника і сечовий міхур необхідно опорожнити); д) стан серцевої діяльності (масаж має великий вплив на стан серцево-судинної системи). Таке опитування необхідно проводити перед кожною процедурою масажу.

2. Масаж живота потрібно проводити на твердому ложі.

3. Руки масажиста повинні бути теплими, холодні руки гальмують розслаблення м'язів.

4. Масаж живота і особливо органів черевної порожнини – відповідальна процедура, тому масажист повинен добре знати топографію внутрішніх органів, чітко орієнтуватися в стані тону м'язів.

5. Під час масажу внутрішніх органів м'язи передньої черевної стінки повинні бути максимально розслабленими.

6. При масажі черевних м'язів напрямок рухів повинен відповідати ходу їх м'язових волокон, при масажі внутрішніх органів необхідно керуватися топографо-анатомічними особливостями розміщення цих органів.

7. До масажу внутрішніх органів можна приступати після 1-2 сеансів масажу передньої черевної стінки, коли хворий навчиться зберігати її розслаблення під час масажу.

8. Масаж внутрішніх органів повинен виконуватися дещо повільніше, ніж передньої черевної стінки, в зв'язку з тим, що гладка мускулатура скорочується повільніше від скелетної.

9. Перші процедури масажу ділянки живота не повинні тривати більше 10 хв у дорослих і 3-5 хв у дітей, бо ця процедура швидко втомлює хворого.

10. Після масажу живота, особливо внутрішніх органів, хворий повинен відпочивати лежачи 20-30 хв.

Показання до призначення масажу ділянки живота.

Масаж ділянки живота призначають при захворюваннях травної системи, після оперативних втручань на органах черевної порожнини, для профілактики утворення злук після них, після травматичних пошкоджень живота, для корекції постави.

Анатомо-топографічні дані та техніка масажу голови

Анатомо-топографічні дані голови

На голові виділяють два відділи: мозковий і лицевий. Ділянки голови: лобова, потилична, лицева (непарні), тім'яна, скронева, слухова, соскоподібна (парні). Лицева ділянка включає очноямкову, підочноямкову, виличну, щічну, привушно-жувальну (парні) ділянки та ротову, носову, підборідну (непарні) ділянки (рис. 185, 101).

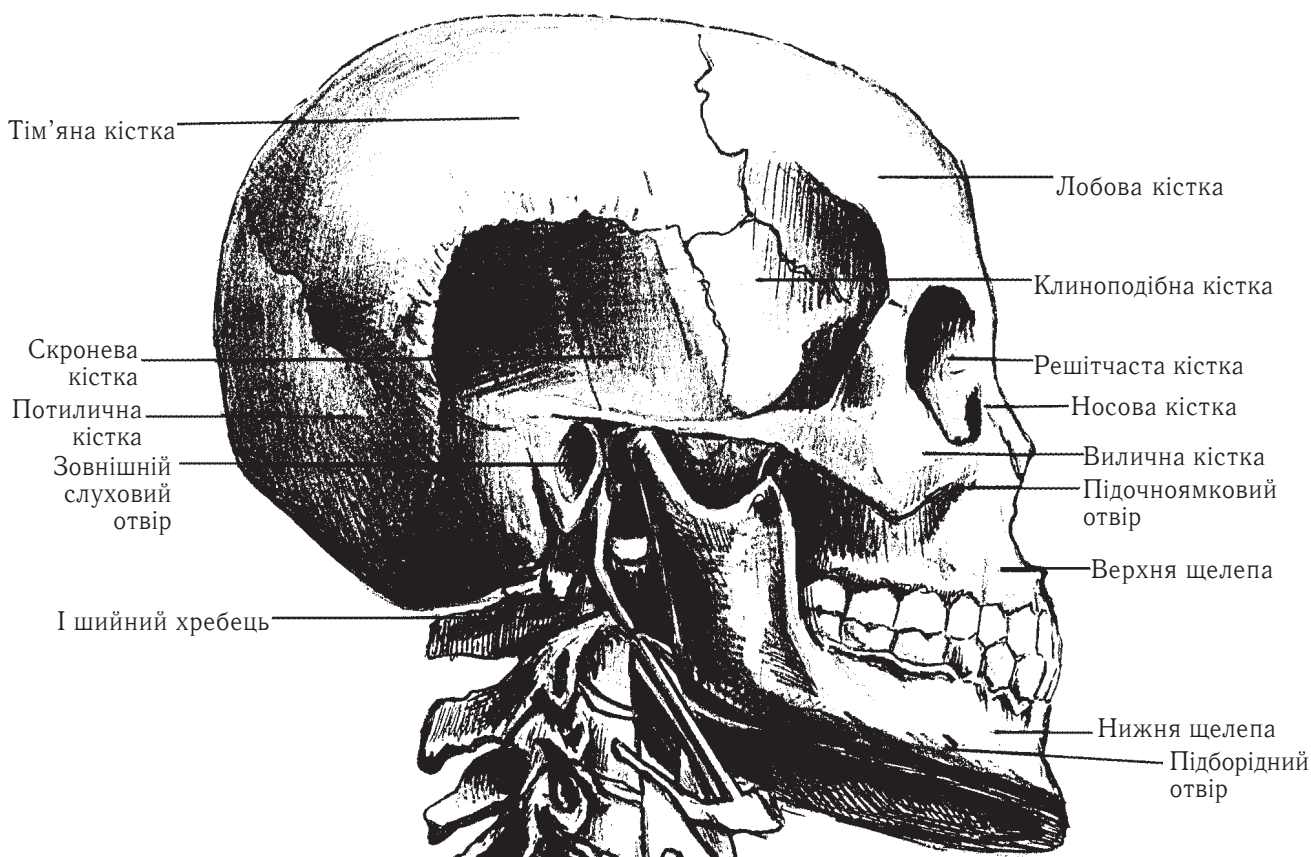


Рис. 185. Череп (вигляд справа).

Шкіра мозкового відділу голови покрита волоссям, має значну товщину, вільно зміщується, на лобі легко збирається в складку. Вона має багато сальних та потових залоз. У підшкірній основі (підшкір'ї) розміщуються судини і нерви. Лімфатичні судини ідуть від тім'я вниз назад і впадають у регіональні привушні та потиличні лімфатичні вузли. Під шаром власне шкіри і підшкірної основи знаходиться сухожилковий шолом, вільно з'єднаний з ними, утворюючи монолітний пласт, що переміщується одночасно з шкірою. Сухожилковий шолом входить до

складу надчерепного м'яза: краї його переходять спереду в лобовий, ззаду в потиличний, по боках – в скронево-тім'яні м'язи. Функція: зміщує шкіру склепіння черепа, піднімає брови та розширює щілину ока (рис. 186).

Шкіра лица тонка та рухома. У підшкірній основі закладені мімічні м'язи, судини, нерви, протока привушної залози. Мімічні м'язи починаються від кісток черепа або від фасцій лица і закінчуються на внутрішній поверхні шкіри. У зв'язку з цим, зміщуючи та деформуючи шкіру лица, одночасно впливають на його м'язи. Мімічні м'язи утворені дугоподібними чи коловими волокнами, які розміщені переважно навколо отворів лица – очей, рота, носа, вух. Вони зумовлюють міміку обличчя, беруть участь у мовленні, жуванні (рис. 186).

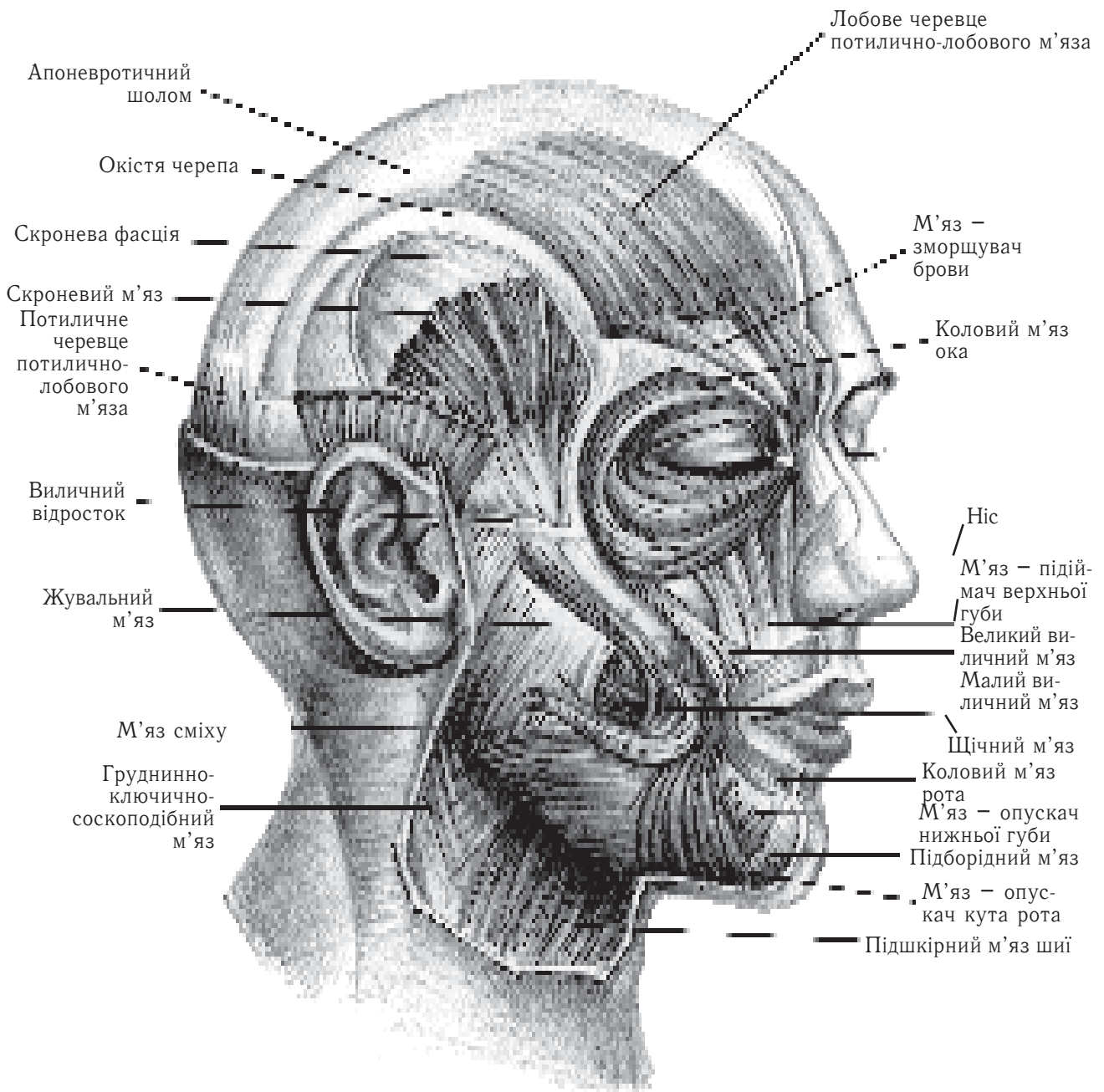


Рис. 186. М'язи лица.

У міміці лица беруть участь не поодинокі м'язи, а цілі групи м'язів у найрізноманітніших поєднаннях. Одні групи виступають у ролі синергістів, інші функціонують як антагоністи. При випаданні функції якого-небудь одного м'яза порушуються взаємовідношення між ними, що призводить до зміни пластики. Крім мімічних, на лиці розміщені жувальні м'язи. Вони також беруть участь у мімічних рухах.

До м'язів лица відносять: надчерепний і гордіїв м'язи, носовий м'яз і м'яз – опускач носової перегородки, коловий м'яз ока (він складається з повікової та очноямкової частини), м'яз – зморщувач брови та м'яз – опускач брови, передній, верхній і задній вушні м'язи, коловий м'яз рота та м'яз – опускач кута рота, поперечний м'яз підборіддя і м'яз сміху, великий та малий виличні м'язи, м'яз – підіймач верхньої губи, м'яз – підіймач верхньої губи та крила носа, м'яз – опускач нижньої губи, м'яз – підіймач кута рота та щічний м'яз, а також підборідний м'яз.

Кровопостачання лица відбувається з системи зовнішньої сонної артерії. Судини лица утворюють розгалужену сітку з розвинутими анастомозами. Вени лица утворюють дві сполучені між собою сітки: поверхневу і глибоку. Лімфатичні судини покривів лица направляються до підщелепних та підборідних вузлів. З лобової ділянки лімфа збирається в передвушні, а з тім'яної – переважно в задні привушні вузли.

Чутлива іннервація шкіри лица здійснюється кінцевими гілками трійчастого нерва (очний, верхньощелепний, нижньощелепний нерви) та гілками шийного сплетення. Рухові нерви обличчя відносять до двох систем: лицевого нерва (іннервує мімічну мускулатуру) і третьої гілки трійчастого нерва (іннервує жувальну мускулатуру, рис. 187).

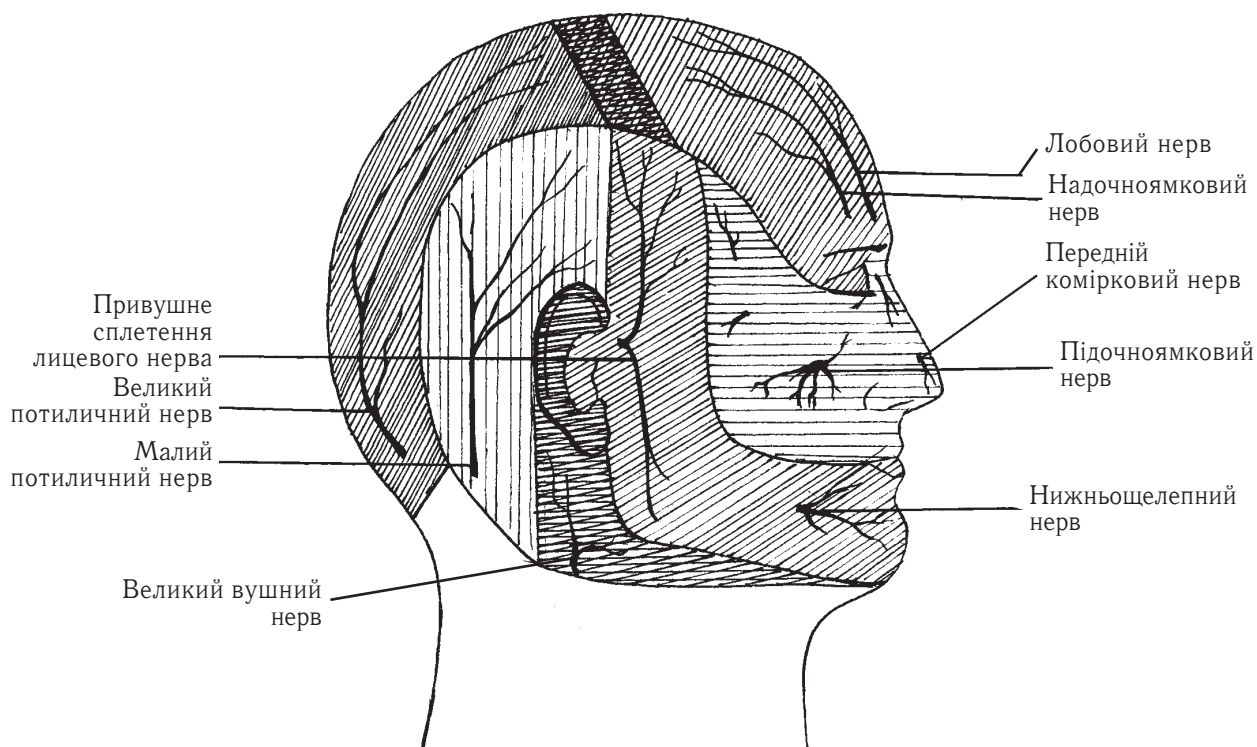


Рис. 187. Іннервація шкіри голови та лица.

Техніка масажу волосистої частини голови

Масаж волосистої частини може проводитись: а) поверх волосся, без розділення його на проділи (рис. 188); б) з оголенням поверхні шкіри шляхом розділення волосся на проділи (рис. 189). Частіше користуються першим методом. Другим користуються при довгому волоссі та при захворюваннях шкіри. Масажні рухи виконують від тім'я вниз назад і вбік до лімфатичних вузлів потилиці, вух, шиї (рис. 149, 192).



Рис. 188. Масаж волосистої частини голови без поділу на пробори.

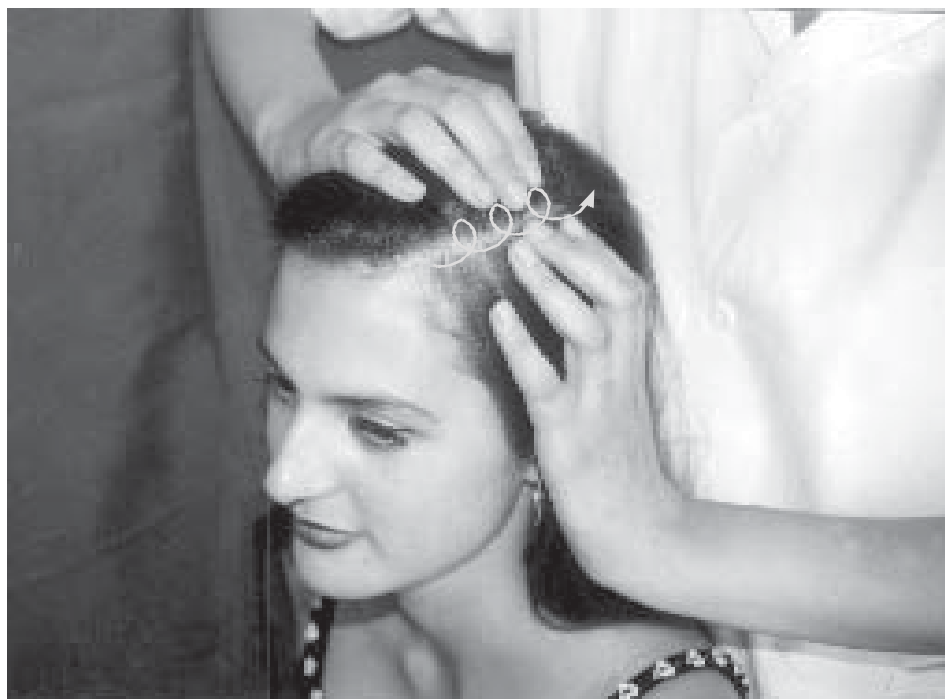


Рис. 189. Масаж волосистої частини голови з поділом на пробори.

Положення пацієнта – сидячи, масажист розміщується позаду (рис. 191).

Масаж голови поверх волосся

Масажні рухи необхідно проводити в напрямку росту волосся і ходу вивідних проток сальних залоз.

Погладжування. Використовують охоплююче поверхнєве і глибоке погладжування, симетрично двома руками або послідовно, в напрямку від лоба до потилиці, від тім'яного горба до завушних ділянок. Граблеподібне погладжування волосистої частини голови двома руками симетрично або послідовно від лоба до потиличної та скроневих ділянок, розміщуючи пальці якомога ближче до коріння волосся. Глибоке погладжування виконують долонями обох рук симетрично від скроневих ділянок, дугоподібно, обходячи зверху вушні раковини, до соскоподібного відростка та кута нижньої щелепи.

Розтирання. Граблеподібне розтирання подушечками пальців шкіри мозкового відділу голови прямолінійними і напівколовими рухами, масажуючи всю поверхню волосистої частини голови від її маківки до краю волосистої частини (рис. 190). Розтирання пальцями лобового, потиличного, вушних м'язів.



Рис. 190. Граблеподібне розтирання волосистої частини голови.

Розминання використовується у вигляді натискування на лобовий, потиличний, вушні м'язи та зміщення шкіри. Останнє може проводитися зміщенням шкіри граблеподібно розставленими пальцями по всій поверхні голови або ж одночасним зміщенням шкіри всієї волосистої поверхні у фронтальній та сагітальній площинах. При зміщенні шкіри спереду назад одна рука розміщується на лобовій частині голови, інша – на потиличній (рис. 73). При зміщенні шкіри зліва направо і навпаки руки розміщуються з обох боків над вушними раковинами (рис. 74).

Вібрація. Найчастіше використовують стабільну вібрацію біологічно активних точок.

Масаж волосистої частини голови з розділенням волосся на проділи

Перший проділ проводять гребенем у сагітальній площині від середини волосистої частини до її краю. Оголивши шкіру, здійснюють такі прийоми.

Погладжування поверхнєве і глибоке подушечками пальців: II-V пальці рук масажист розміщує в ділянці проділу і здійснює погладжування всього проділу в напрямку спереду

назад, спочатку поверхнево, потім глибоко, по 3-4 рази. Руки можуть рухатися одночасно, розміщуючись поруч, або здійснювати погладження поперемінно, одна за одною.



А



Б

Рис. 191. Положення хворого та масажиста при проведенні масажу лица (А) та волосистої частини голови (Б).

Розтирання шкіри в ділянці проділу: масажист пальцями лівої руки фіксує шкіру біля проділу, а II і III пальці правої руки виконують розтирання в напівколових і зигзагоподібних напрямках. Розтирання можна здійснювати граблеподібно поставленими на проділі пальцями, а також ніжним штрихуванням (рис. 189). На одному місці проводять 3-4 рухи і таким чином обходять весь проділ.

Розминання виконують прийомом натискування, зміщення кінцями пальців (обходячи весь проділ в різних напрямках) і розтягування шкіри великими пальцями.

Вібрація. Пунктування II-V пальцями послідовно.

Прийоми розтирання, розминання і вібрації чергуються з погладжуванням. На одному місці кожний прийом повторюється 3-5 разів.

Промасажувавши таким чином один проділ, переходять на інші поверхні шкіри. Проділи роблять на відстані 2-3 см один від одного спочатку в сагітальній, а потім у фронтальній площинах, всього 10-12 проділів у кожному напрямку. Інколи за показаннями кількість проділів може бути обмежена. Після масажу по проділах проводять зміщення покривів голови в сагітальній і фронтальній площинах.

Практичні рекомендації щодо проведення масажу волосистої частини голови.

1. Масаж волосистої частини голови потрібно проводити дуже обережно, бо окістя черепа є надзвичайно чутливою рефлексогенною зоною, і на голові розміщено безліч біологічно активних точок.

2. При використанні рефлекторних видів масажу необхідно добре в'яснити загальний стан хворого та клінічні прояви захворювання.

3. У процесі масажу голови потрібно постійно контролювати стан хворого спостереженням за ним та опитуванням.

4. Тривалість масажу волосистої частини голови – 7-10 хв.

Показання до призначення масажу волосистої частини голови.

Призначають при головному болю, захворюваннях центральної нервової системи, серцево-судинної системи, наслідках травм, передчасному випаданні волосся, рубцевих змінах після травм та опіків, розумовій та фізичній втомі, у гігієнічному та косметичному масажі.

Техніка масажу лиця

Масаж лиця включає масаж шкіри, м'язів лиця та найважливіших нервових закінчень.

Положення пацієнта – лежачи на кушетці або сидячи перед дзеркалом на спеціальному кріслі з підголівником, масажист позаду, спереду або збоку. Температура повітря в приміщенні повинна бути комфортною (21-22 °C).

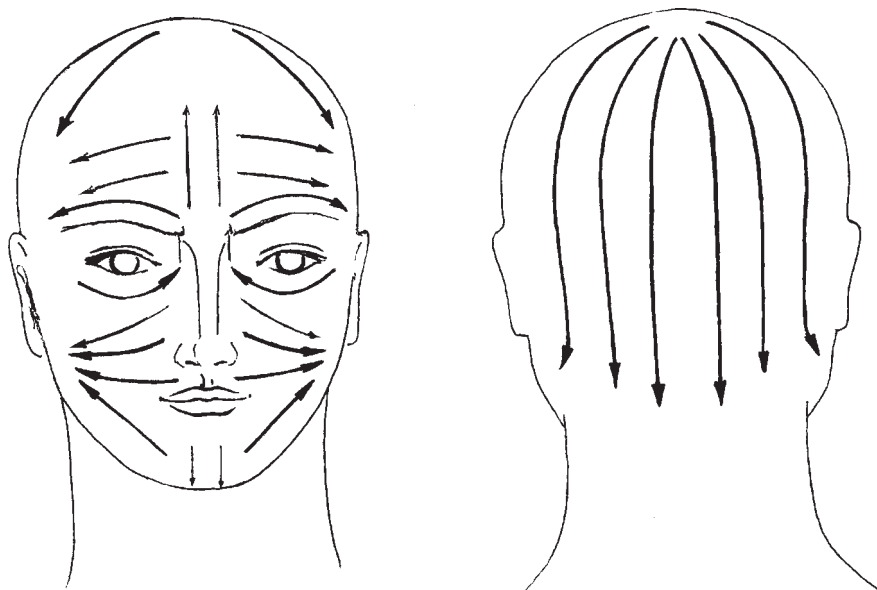
Шкіру лиця перед масажем необхідно очистити спиртоводним розчином чи лосьйоном, зігріти вологим компресом, руки масажиста добре вимити та продезінфікувати. При сухій шкірі лиця на неї наносять живильний крем.

Масаж лиця проводиться відповідно до масажних ліній (рис. 142, 192, А), напрямком яких збігається з напрямком відвідних судин та м'язових волокон мімічних м'язів. Проте існують різні схеми масажу лиця, які залежать від погляду авторів та завдань масажу (рис. 192, Б). Масаж лиця рекомендують виконувати двома руками, які рухаються симетрично відносно середньої лінії лиця (ліва рука – вліво, права рука – вправо).

Масаж лобової ділянки

Погладжування площинне долонною поверхнею кисті чи пальців від середини лоба до скроневих ділянок симетричними рухами рук прямолінійно, потім – спіралеподібно (рис. 193). Обхоплююче погладжування долонною поверхнею пальців у цих же напрямках. Площинне погладжування долонними поверхнями II-IV пальців середини лобової ділянки попереминими рухами рук від перенісся вгору до переднього краю волосистої частини голови (рис. 194). При наявності шкірних складок на лобі цей прийом протипоказаний. Скроневі ділянки погладжують подушечками пальців прямолінійно та спіралеподібно від лоба до привушних лімфатичних вузлів, цей прийом може бути продовженням масажу лобової ділянки (рис. 195).

А



Б

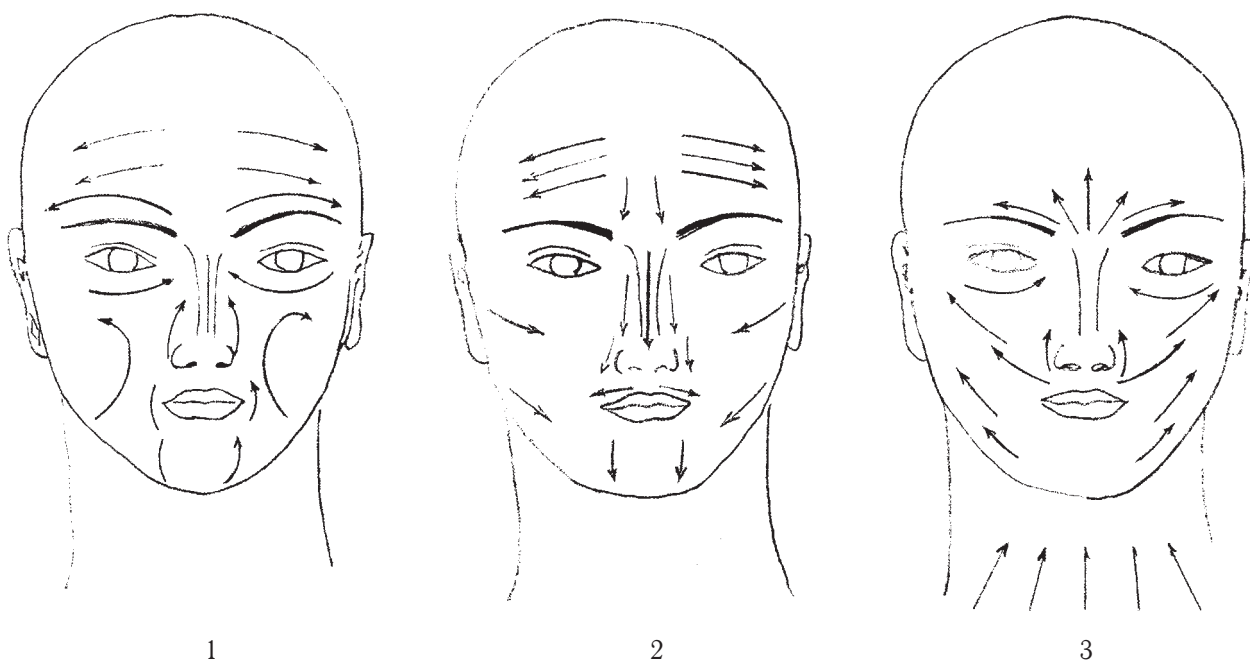


Рис. 192. Напрямок масажних ліній на голові (А). Напрямок масажних ліній на лиці за даними різних авторів (Б):

1 – за О.Ф. Вербовим; 2 – за А.Г. Поспеловим; 3 – за А.Є. Штеренгерцом та Н.А. Белою.



Рис. 193. Погладжування лоба в напрямку до скроневих ділянок.

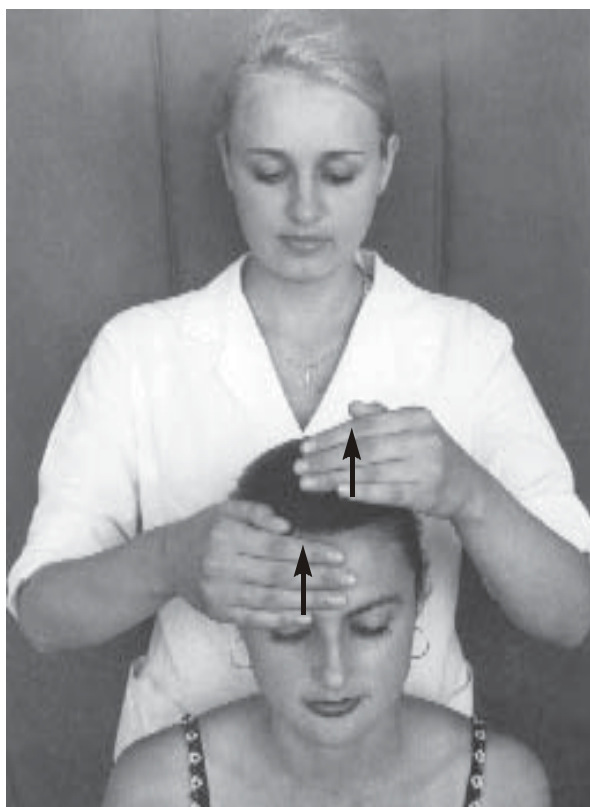


Рис. 194. Погладжування лоба в напрямку від надбрівних ділянок до переднього краю волосистого покриву голови.

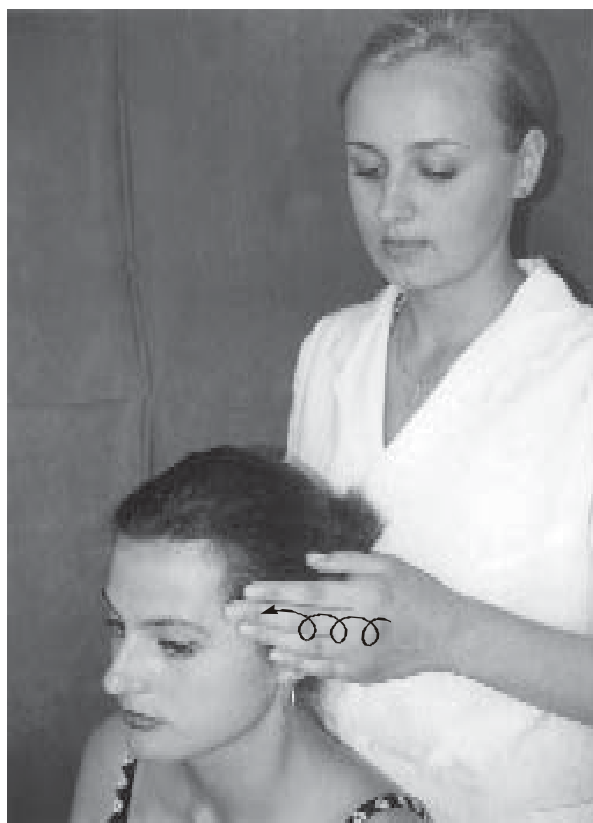


Рис. 195. Спіралеподібне погладжування пальцями скроневої ділянки.

Розтирання. Ніжне поверхнєве розтирання II-IV пальцями – прямолінійне та спірале-подібне від середини лоба до скроневих ділянок. При в'ялій та зморшкуватій шкірі цей прийом не показаний.

Розминання. Переривчасте натискування долонною поверхнею пальців на лобове черевце потилично-лобового м'яза, стискання його між пальцями та кістковою основою (лобовою кісткою). Пальці поступово переміщуються від середини лоба до скроневих ділянок.

Вібрація. Безперервна вібрація: лабільна вібрація кінцями пальців з поступовим переміщенням їх по всій поверхні лоба, точковий масаж біологічно активних точок та місць виходу нервів. Переривчаста вібрація: пунктування та поколючування пальцями всієї лобової ділянки.

Масаж очноямкової ділянки

Масаж проводиться систематичними рухами рук одночасно навколо обох закритих очей.

Погладжування. Колоподібне погладжування навколо очей долонною поверхнею кінцевих фаланг середніх пальців від скроневої ямки по нижньому краю колового м'яза ока до внутрішнього кута ока, потім догори, до брови, а далі – по верхньому краю очноямкової ділянки уже двома пальцями (середній – під бровою, вказівний – над нею) в напрямку до скроневої ділянки (рис. 196). Погладжування повік виконують долонною поверхнею нігтьових фаланг одного (II чи III) пальця. У напрямку від перенісся до скроневої ділянки погладжують верхню повіку і без перерви продовжують рух по нижній повіці до внутрішнього кута ока. Рухи повторюються 3-4 рази одночасно на обох повіках.



Рис. 196. Погладжування навколо очей.

Розтирання не показане.

Розминання: ніжне натискування одним або декількома пальцями на коловий м'яз ока та м'яз гордіїв.

Вібрація: ніжне пунктування подушечками середніх пальців колового м'яза ока та м'яза гордіїв.

Масажні рухи повинні бути ніжними, ритмічними, проводитися без натискування на очне яблуко та зміщення шкіри.

Масаж щік

Погладжування щік від крил носа проводиться в напрямку до козелка вуха, від кутів рота — до сережки вуха. Використовують площинне погладжування долонною та тильною поверхнею пальців. О.Ф. Вербов рекомендує масаж щік проводити таким чином: розмістивши великі пальці обох рук під підборіддям, інші пальці своєю долонною поверхнею обхоплюють ніс; потім, переміщуючи великі пальці ковзаючими рухами до кутів нижньої щелепи, долонями рук проводять легке погладжування шкіри щік в напрямку догори через виличну дугу до вух та скроневих ділянок і далі до кутів рота.

Розтирання. Ніжне спіралеподібне розтирання долонною поверхнею пальців ділянки щік. Спіралеподібне розтирання II чи III пальцем носогубної складки. Колове розтирання тильною поверхнею кінцевих і середніх фаланг зігнутих у проксимальних міжфалангових суглобах II-V пальців у напрямку від краю нижньої щелепи до носа і далі по виличній кістці в напрямку до вух. I палець при цьому служить опорою. При в'ялій та зморшкуватій шкірі розтирання необхідно проводити обережно, можливо, навіть відмовитись від нього.

Розминання. Шкіру щік разом з м'язами стискають між I-II чи I та II-IV пальцями і швидко відпускають її. На природних складках лица та зморшках пальці розміщують перпендикулярно до складок. Переривчасте натискування долонною та тильною поверхнею пальців, гребенеподібне; стискання м'яких тканин між пальцями та кістковою основою (верхньою щелепою, виличною кісткою) з легкими вібраційними рухами по всій поверхні щік (рис. 197).

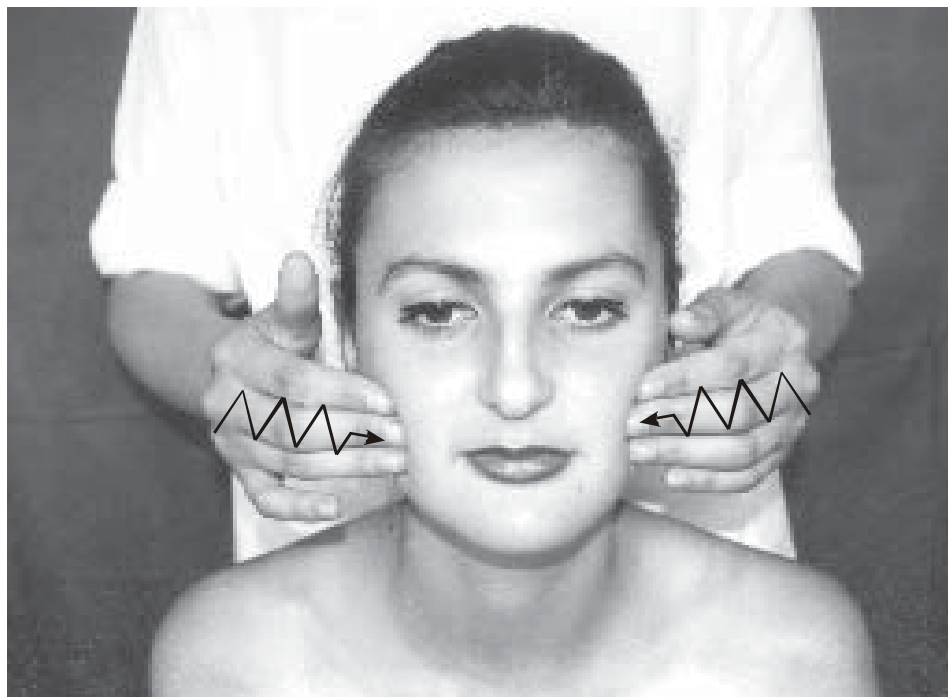


Рис. 197. Переривчасте натискування долонною поверхнею кінцевих фаланг пальців з легкими вібраційними рухами в ділянках щік.

Вібрація. Ніжна безперервна стабільна вібрація окремими пальцями (рис. 198) та II-IV пальцями разом (рис. 199), пунктування, поколювання одночасними та поперемінними рухами пальців, ніжне поплескування долонною поверхнею пальців усїєї поверхні щік. Точковий масаж у місцях виходу нервів та біологічно активних точок.

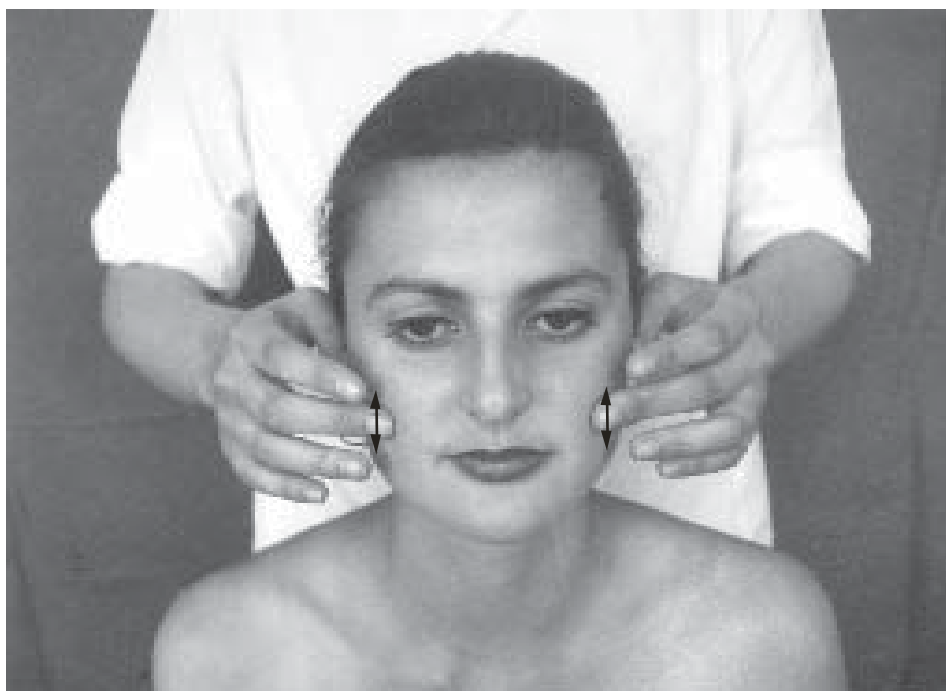


Рис. 198. Стабільна вібрація долонною поверхнею кінцевих фаланг середніх пальців у ділянці щік.



Рис. 199. Стрясання в ділянці щік.

Масаж носа

Погладжування спинки носа долонною поверхнею нігтьових фаланг II чи II-III пальців послідовними рухами рук від кінчика носа до його кореня; крил носа – від його спинки далі по щічній ділянці до вушної сережки симетричними рухами рук.

Розтирання носа: лінійне та спіралеподібне розтирання долонною поверхнею нігтьових фаланг II чи II-III пальців.

Розминання: натискуючи на крила носа II чи II-III пальцями з обох боків, стискають і легко переминають м'які тканини.

Вібрація: легка стабільна та лабільна вібрація, пунктування, поколювання одночасними чи послідовними рухами II та III пальців. Точковий масаж біологічно активних точок. При вираженій носо-губній борозні проводять ніжні погладжування, вібраційні натискування, починаючи від кута рота в напрямку до основи носа, поколювання, пунктування. Закінчують масаж носа погладжуванням.

Масаж підборіддя та верхньої губи

Погладжування площинне долонною поверхнею пальців верхньої губи та підборіддя, починаючи від їх середини до кута нижньої щелепи (рис. 200). Площинне та спіралеподібне погладжування в ділянці підборіддя долонною поверхнею пальців від його середини вздовж нижньої щелепи до кута нижньої щелепи. Масаж виконується симетричними рухами рук з обох боків одночасно.



Рис. 200. Погладжування ділянки підборіддя, губ, носа.

Розтирання. При необхідності проведення розтирання при в'ялій та зморшкуватій шкірі однією рукою фіксують половину верхньої губи та підборіддя, другою рукою проводять ніжні лінійні розтирання на протилежному боці.

Розминання. Переривчасте натискування пальцями, натискування з легкими вібраційними рухами по всій поверхні верхньої губи та підборідної ділянки.

Вібрація. Безперервна стабільна вібрація, пунктування, поколювання одночасними чи поперемінними рухами пальців, їх тильними та долонними поверхнями. Точковий масаж місць виходу нервів та біологічно активних точок. Закінчують погладжуванням.

Масаж вух

Погладжування вушної раковини виконується спочатку з передньої, потім із задньої поверхні.

Погладжування передньої поверхні виконується вказівним пальцем тоді, коли перший палець розміщується позаду і служить опорою, яка утримує вушну раковину. Спіралеподібними рухами проводять погладжування, починаючи з вушної сережки, поступово погладжують всі виступи та заглиблення вушної раковини. Потім перший палець виконує спіралеподібні погладжування в ділянці задньої поверхні вушної раковини, а вказівний служить опорою.

Розтирання. Спіралеподібне розтирання вушної раковини проводиться при такому ж розміщенні пальців. При цьому один з них може бути нерухомим, опорним для іншого, або ж перший та вказівний пальці рухаються один відносно одного в протилежних напрямках, виконуючи щипцеподібне розтирання. Погладжування та розтирання кінцями пальців лінійне та спіралеподібне передвушної та завушної ділянок з тривалим впливом в ділянці соскоподібного відростка, спіралеподібне розтирання над вушною раковиною.

Розминання: стискання натискуванням між пальцями та переминання між пальцями всієї поверхні вушної раковини.

Вібрація. Найчастіше використовують стабільну вібрацію біологічно активних точок.

Практичні рекомендації щодо проведення масажу лица.

1. Масаж лица – відповідальна процедура, вимагає спеціальних знань і відповідного практичного досвіду.

2. Перед масажем лице повинно бути очищене, зігріте, руки масажиста – продезинфіковані.

3. Масаж повинен бути дуже ніжним, без великого натиску. Чим ніжніша шкіра, тим обережніше потрібно проводити масаж.

4. Масаж проводиться одночасними симетричними рухами рук: сила, швидкість і амплітуда повинні бути однаковими (крім окремих протипоказань до цього).

5. З масажних прийомів обережно потрібно проводити розтирання та розминання, не допускаючи розтягнення та пошкодження шкіри.

6. Масаж лица проводять після попередньо виконаного масажу шиї.

7. Тривалість першої масажної процедури – 5-6 хв, послідовно доводять до 10-15 хв.

Показання до призначення масажу ділянки лица.

Залежно від завдань масаж може бути гігієнічний, косметичний, лікувальний. Масаж лица призначають при захворюваннях і травмах лицевого та трійчастого нервів, травмах м'яких тканин, пошкодженнях кісток черепа, захворюваннях і опіках шкіри обличчя, ураженнях шкіри при інших захворюваннях.

Масаж нервових закінчень в ділянці голови

Із нервів, які виходять на поверхню в ділянці волосистої частини голови та лица, найчастіше уражаються трійчастий, лицевий, великий та малий потиличний нерви. Трійчастий нерв виходить на поверхню трьома основними нервами: очним, верхньощелепним та нижньощелепним. На очний нерв можна впливати, масажуючи надбрівну дугу в ділянці верхнього очноямкового отвору (рис. 201); на верхньощелепний – на 0,5 см донизу від середини нижнього краю орбіти, в ділянці підочноямкового отвору (рис. 202); на нижньощелепний – в ділянці підборідного отвору, на 3-3,5 см назовні від середини основи нижньої щелепи (рис. 203).

Місце виходу лицевого нерва проектується біля шилоподібного відростка, на 1-1,5 см донизу від зовнішнього слухового отвору.

Великий потиличний нерв виходить на поверхню на задній поверхні голови, посередині між соскоподібним відростком і першим шийним хребцем (рис. 160). Малий потиличний нерв – позаду верхівки соскоподібного відростка.

Техніка масажу. В місцях виходу нерва проводять погладжування і розтирання в циркулярних напрямках кінцем II чи III пальця, стабільну вібрацію, глибоке натискування подушечками пальців. Закінчують погладжуванням.

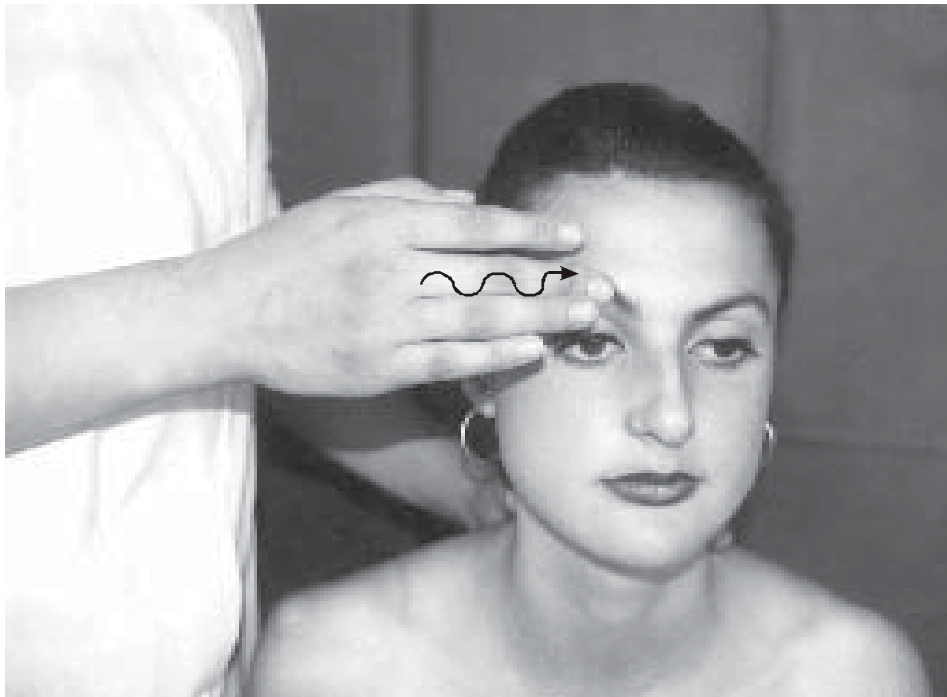


Рис. 201. Вібрація на місці виходу надчочномкового нерва.



Рис. 202. Вібрація на місці виходу підчочномкового нерва.



Рис. 203. Вібрація на місці виходу нижньощелепного нерва.

Анатомо-топографічні дані та техніка масажу верхніх кінцівок

Анатомо-топографічні дані верхніх кінцівок

Верхня кінцівка складається з пояса верхньої кінцівки (грудного пояса) і вільної частини верхньої кінцівки (рис. 204). До кісток пояса верхньої кінцівки належать лопатка і ключиця. До кісток вільної частини верхньої кінцівки входять: плечова кістка, кістки передпліччя – променева та ліктьова, а також кістки кисті: зап'ясткові, п'ясткові і кістки пальців.

Плечовий суглоб утворений головкою плечової кістки та суглобовою западиною лопатки, доповненою суглобовою губою (рис. 205, 211). За формою – кулястий, найбільш рухомий суглоб людини (рис. 206). Основні рухи в плечовому суглобі можливі в трьох осях: сагітальній (відведення та приведення), фронтальній (згинання й розгинання) та вертикальній (обертання досередини та вбік). Суглобова капсула фіксується за рахунок слабких дзьобо-надплечових, верхніх і нижніх поперечних зв'язок лопатки (рис. 205). На 70 % міцність суглоба забезпечується сухожилками м'язів (надостьовий, підостьовий, малий круглий, підлопатковий), які вплітаються в суглобову капсулу. Тому найменші зміни функціонального стану вказаних м'язів призводять до обмеження функції плечового суглоба. Про це обов'язково потрібно пам'ятати масажистові, вибираючи ділянку та методику масажу.

Вільна частина верхньої кінцівки – найбільш рухома частина тіла людини, що зумовлено добре розвиненими м'язами верхньої кінцівки (рис. 207, 208). Їх поділяють на м'язи пояса верхньої кінцівки та м'язи вільної частини верхньої кінцівки (рис. 209-211). До м'язів пояса верхньої кінцівки відносять дельтоподібний, надостьовий і підостьовий м'язи, а також великий і малий круглі та підлопатковий м'язи. М'язи вільної частини верхньої кінцівки за функцією та топографією поділяють на м'язи плеча, передпліччя, кисті. М'язи плеча, залежно від їхньої дії на плечовий і ліктьовий суглоби, поділяють на м'язи переднього відділу плеча (відділ згиначів плеча) та заднього відділу плеча (відділ розгиначів плеча). До м'язів – згиначів плеча відносять: двоголовий м'яз плеча, дзьобо-плечовий та плечовий м'язи. М'язи – розгиначі плеча формують триголовий м'яз плеча та ліктьовий м'яз (рис. 212).

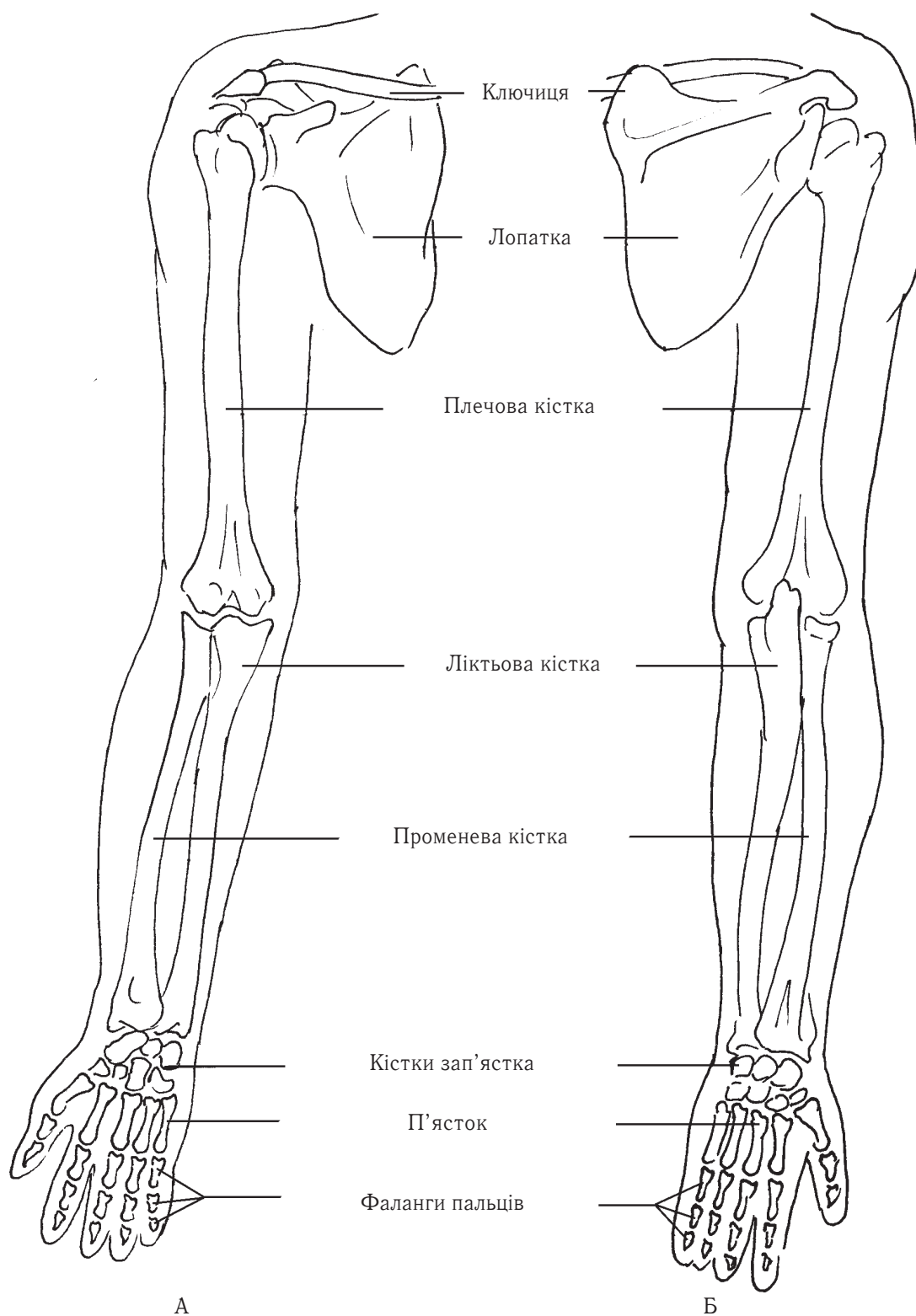


Рис. 204. Скелет верхньої кінцівки (правой):

А – вигляд спереду; Б – вигляд ззаду.

Ліктьовий суглоб утворюється дистальним кінцем плечової кістки та проксимальними кінцями променевої і ліктьової кісток. Суглоб складний, оскільки в ньому є три суглоби, об'єднані

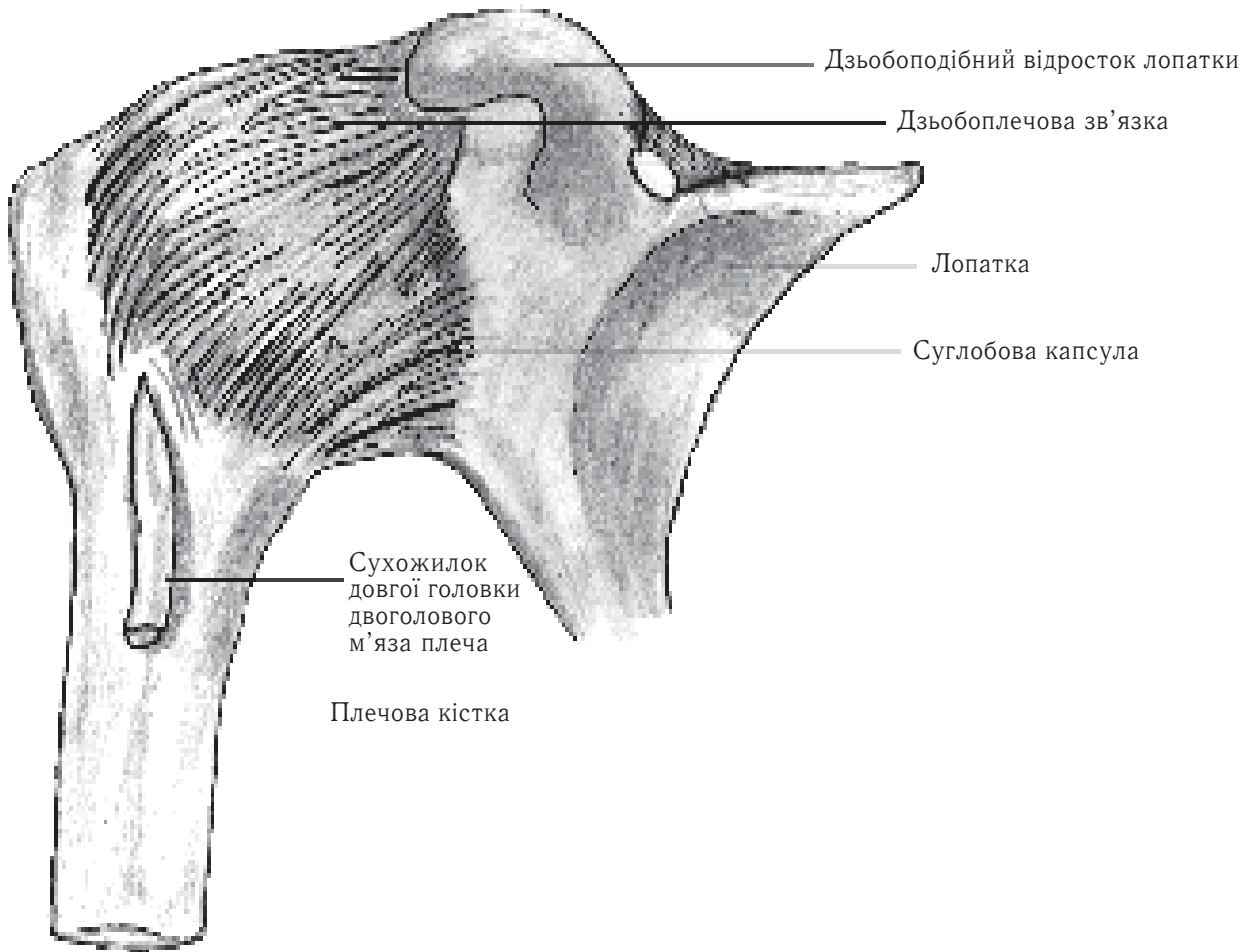


Рис. 205. Плечовий суглоб (правий, вигляд спереду).

спільною суглобовою капсулою: плечо-ліктьовий, плечо-променевий та проксимальний променево-ліктьовий. У ліктьовому суглобі можливі згинання, розгинання, пронація та супінація. В ділянці ліктьового згину розміщені лімфатичні вузли, про що необхідно пам'ятати під час масажу.

М'язи передпліччя також поділяються за топографічними та функціональними ознаками. За топографією їх поділяють на м'язи переднього та заднього відділів передпліччя, кожний з яких складається з поверхневих та глибоких частин, а за функцією відносять до згиначів, розгиначів, привертачів та відвертачів (супінаторів та пронаторів).

До поверхневої частини м'язів переднього відділу передпліччя відносять круглий м'яз-привертач, променевий та ліктьовий м'язи – згиначі зап'ястка, поверхневий м'яз – згинач пальців. До глибокої частини м'язів переднього відділу передпліччя входять: глибокий м'яз – згинач пальців, довгий м'яз – згинач великого пальця та квадратний м'яз-привертач.

Поверхневу частину м'язів заднього відділу передпліччя складають плечо-променевий м'яз, довгий та короткий променеві м'язи – розгиначі зап'ястка, м'яз – розгинач пальців, м'яз – розгинач мізинця, а також ліктьовий м'яз – розгинач зап'ястка. До глибокої частини м'язів задньої групи передпліччя відносять м'яз-відвертач, довгий відвідний м'яз великого пальця, довгий і короткий м'язи – розгиначі великого пальця та м'яз – розгинач вказівного пальця.

Дистальний променево-ліктьовий суглоб утворений вирізкою променевої кістки, головкою ліктьової кістки та суглобовим диском променево-зап'ясткового суглоба. Рухи в суглобі відбуваються навколо вертикальної осі (пронація, супінація), при цьому променева кістка обертається разом з кистю та однойменним ближнім суглобом навколо ліктьової кістки.

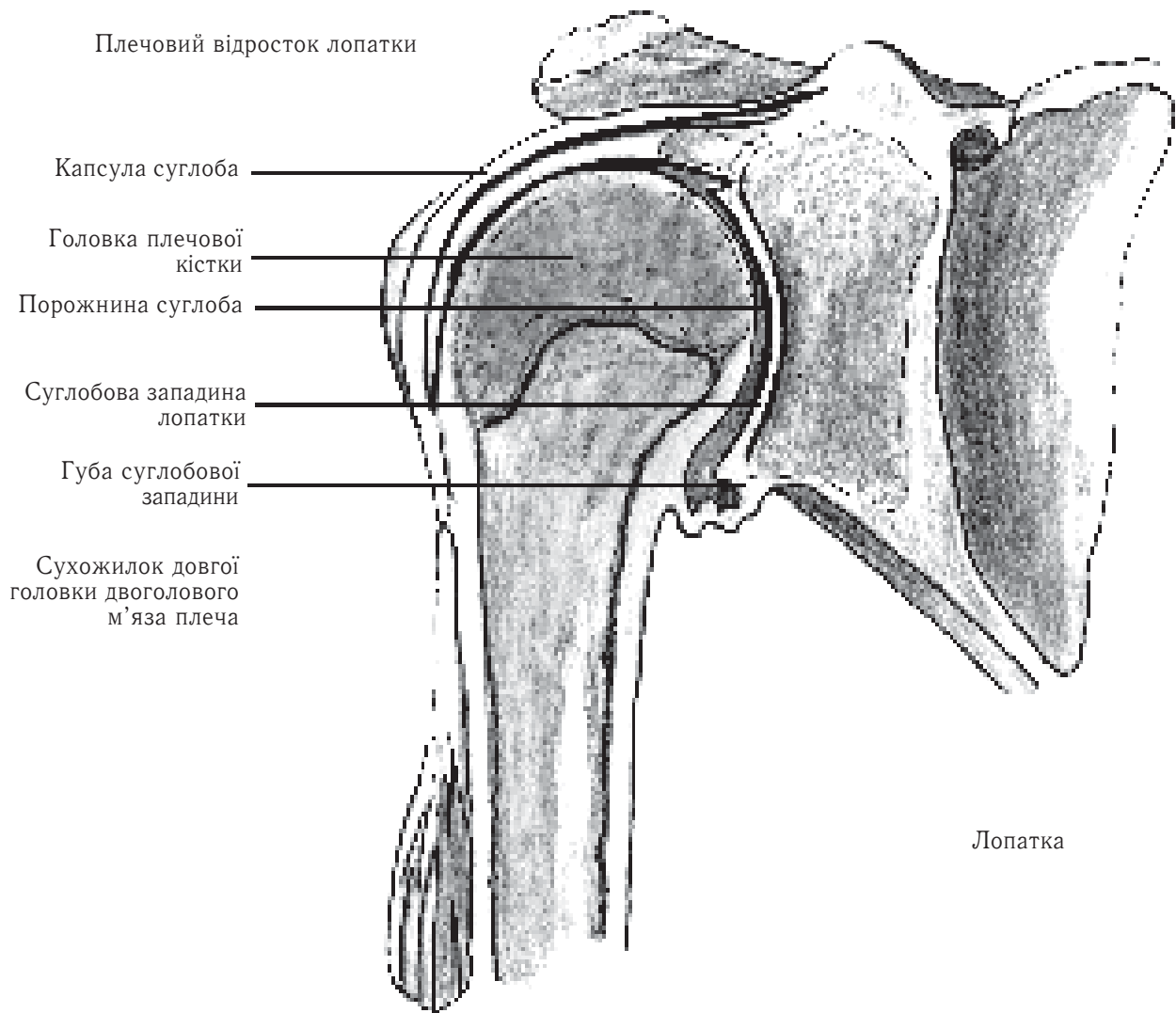


Рис. 206. Плечовий суглоб (правий, вигляд спереду, фронтальний розпил).

Кисть утворена зап'ястковими, п'ястковими кістками та кістками пальців.

До кісток зап'ястка відносять вісім невеликого розміру та різної форми кісток, що розміщені в два ряди, які зчленовуються між собою. Верхні – прилягають до суглобових поверхонь кісток передпліччя, утворюючи з зап'ястковою суглобовою поверхнею променевої кістки променево-зап'ястковий суглоб, за формою еліпсоподібний, тому в ньому можливі згинання і розгинання, приведення і відведення. Нижній ряд кісток зап'ястка зчленовується з суглобовою поверхнею основи кісток п'ястка, утворюючи зап'ястково-п'ясткові суглоби. Це складні суглоби, які об'єднують не пов'язані між собою функціонально зап'ястково-п'ястковий суглоб великого пальця та зап'ястково-п'ясткові суглоби II-V пальців. Перший має сідлоподібну форму, забезпечує великий обсяг рухів великого пальця і протиставляє його іншим пальцям. Зап'ястково-п'ясткові суглоби II-V пальців відносять до малорухомих.

Кістки пальців кисті мають по три фаланги, великий – дві, утворюючи п'ястково-фалангові суглоби з суглобовими поверхнями головок I-V п'ясткових кісток і основами проксимальних фаланг I-V пальців. За формою суглоби належать до кулястих. Рухи в них відбуваються навколо фронтальної (згинання і розгинання) та сагітальної (відведення і приведення) осей, а також ледве помітні рухи у поздовжній осі. Міжфалангові суглоби кисті утворені головками і основами суміжних фаланг. Суглоби мають блокоподібну форму. Рухи відбуваються лише у фронтальній осі (згинання і розгинання).

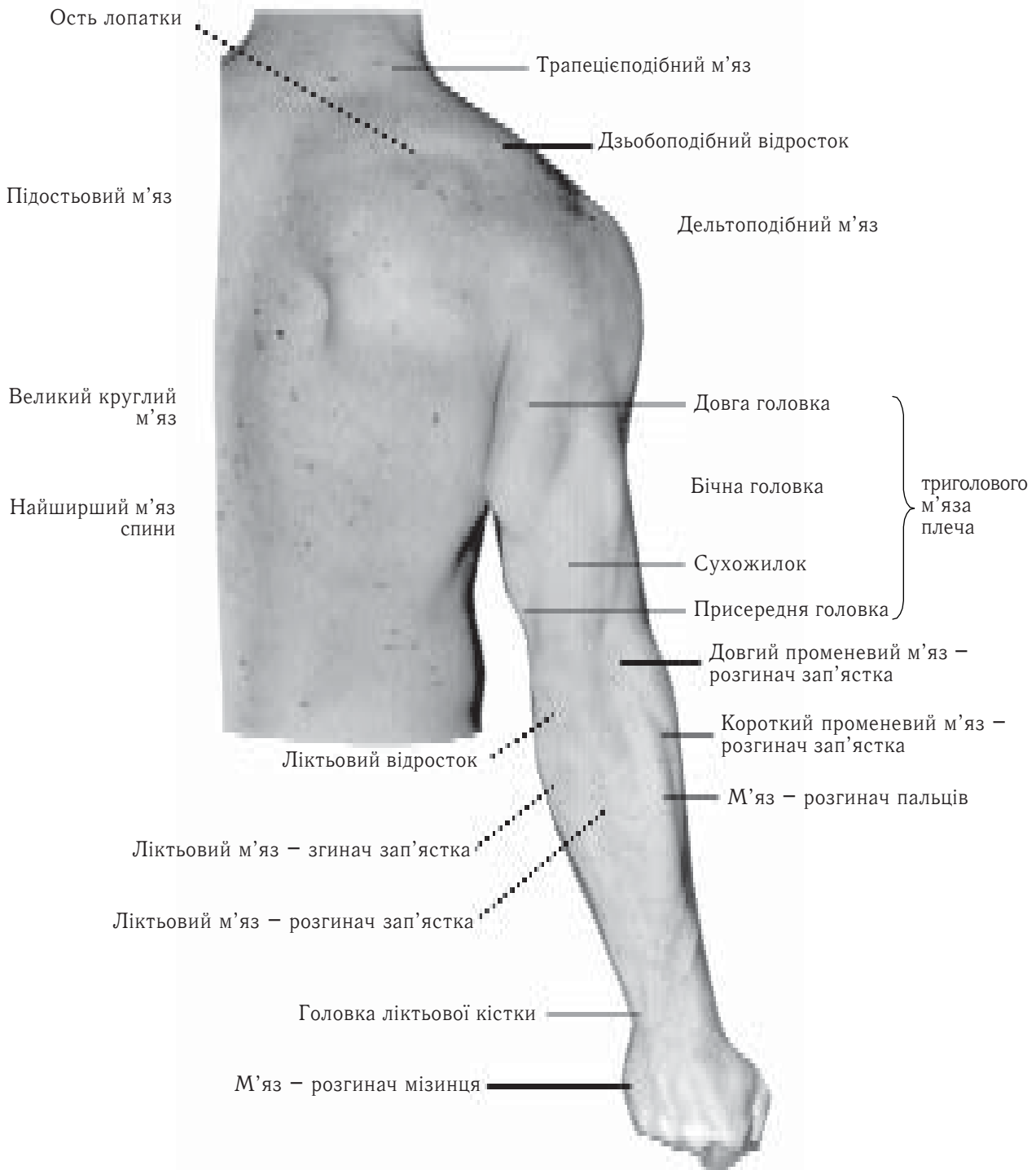


Рис. 207. Рельєф м'язів верхньої кінцівки (правої, вигляд ззаду).

Рухи пальців людини дуже різноманітні та диференційовані. Здійснюються власними м'язами кисті, які більшість анатомів поділяє на м'язи тилу кисті та долоні кисті. Найбільше значення мають м'язи долоні кисті. Розрізняють групу м'язів мізинця, середню групу та групу м'язів великого пальця. М'язи підвищення найменшого пальця забезпечують його згинання, відведення та протиставлення. М'язи підвищення великого пальця здійснюють його згинання, приведення, відведення, протиставлення. Середня група м'язів розміщена у долонній западині і виконує функцію згинання ближчих фаланг відповідних пальців та зближує пальці між собою. З тильного

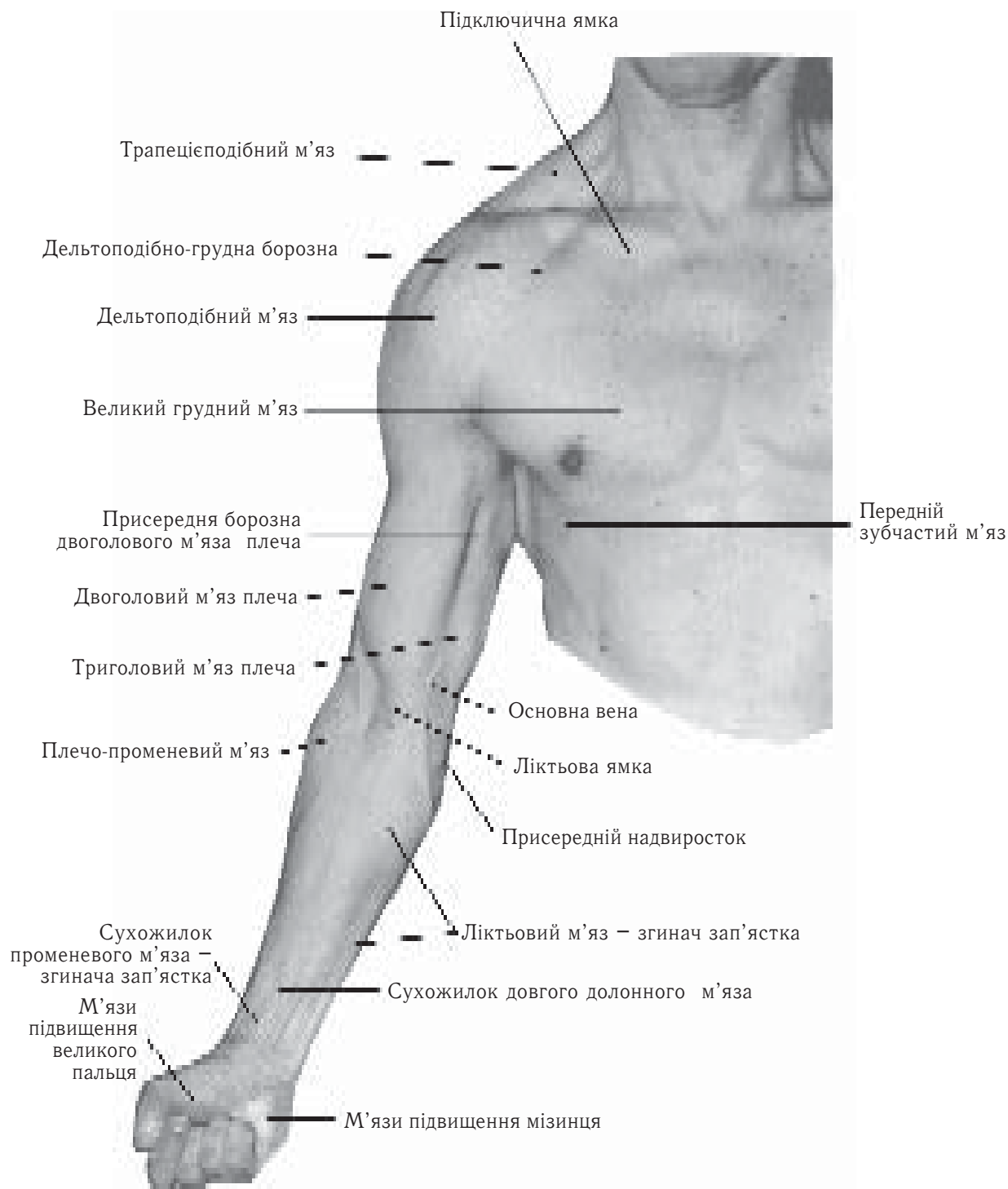


Рис. 208. Рельєф м'язів верхньої кінцівки, правої (вигляд спереду).

боку кисті розміщені тильні міжкісткові м'язи, які згинають проксимальні фаланги відповідних пальців, розводять пальці, розгинають середні і дистальні фаланги II-V пальців.

Кровопостачання верхньої кінцівки здійснюється з системи підключичної артерії, від якої відгалужується пахвова артерія, а безпосереднім продовженням її є плечова артерія, що ділиться на променеву та ліктьову. Венозний відтік здійснюється через підключичну вену.

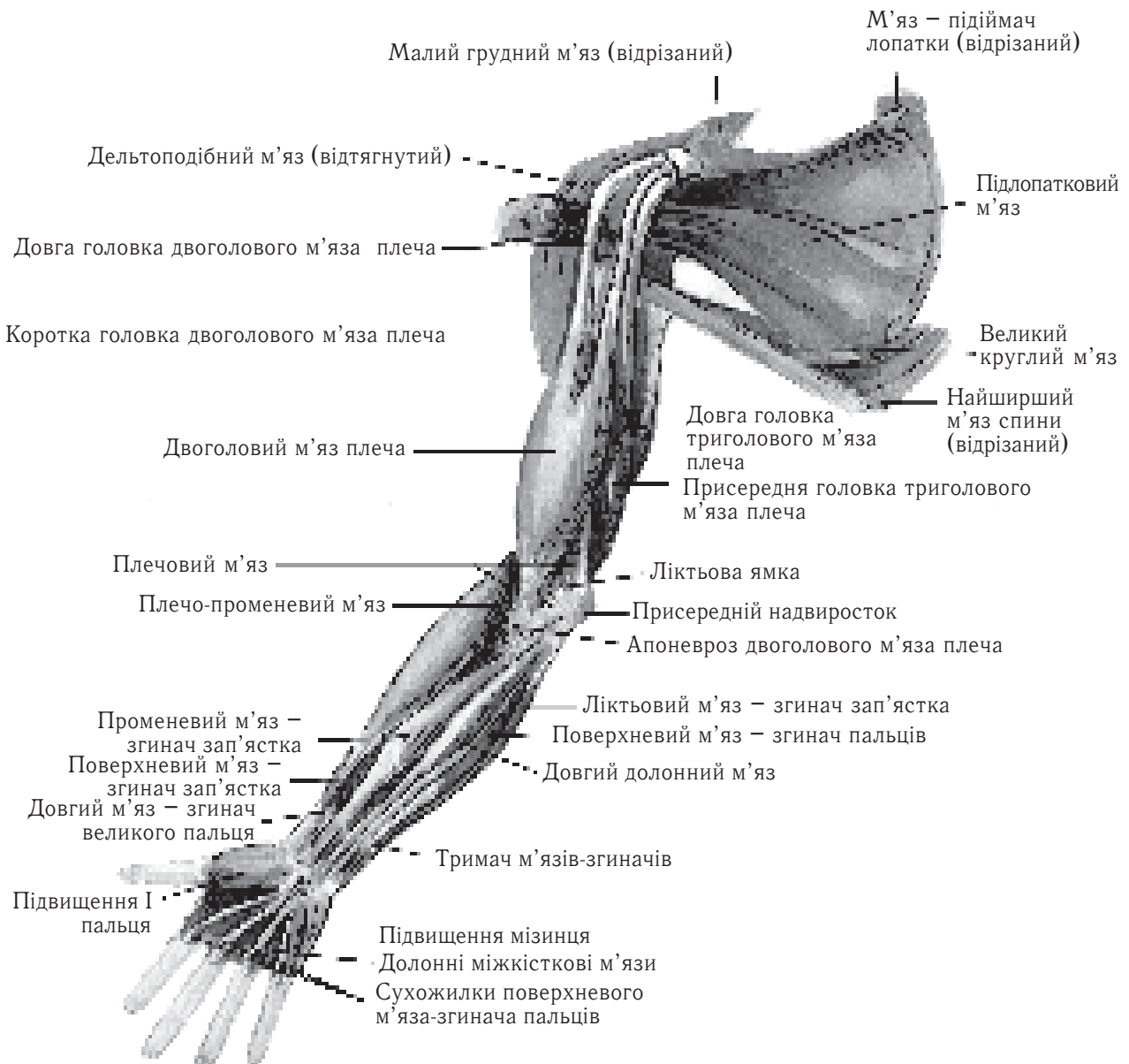


Рис. 209. М'язи верхньої кінцівки (правої, вигляд спереду).

Лімфатичні судини на тильній і долонній поверхнях пальців розміщуються поперечно, на бічних поверхнях – поздовжньо, піднімаються до долоні, а далі переходять на передпліччя та плече і впадають у підключичний стовбур, який справа направляє в праву лімфатичну протоку і венозний кут, а зліва – у грудну протоку. Регіональні лімфатичні вузли верхньої кінцівки лежать біля великих суглобів: у ліктьовому згині і в пахвовій ямці. Необхідно звернути увагу, що в межах пахвової і ліктьової ямок, безпосередньо під шкірою, розміщені магістральні вени, артерії та нерви, на що треба зважати при масажі.

Іннервація верхньої кінцівки здійснюється за рахунок плечового сплетення, від якого відходять короткі та довгі периферійні гілки (рис. 213). Короткі гілки іннервують передні і бічні ділянки грудної клітки та пояс верхніх кінцівок. Довгі гілки йдуть вздовж вільної частини верхньої кінцівки, іннервуючи її м'язи та шкіру. Серед довгих гілок виділяють: м'язово-шкірний нерв – іннервує двоголовий м'яз плеча, шкіру зовнішньої поверхні передпліччя та підвищення



Рис. 210. М'язи верхньої кінцівки (правої, вигляд ззаду).

великого пальця; присередній нерв – іннервує м'язи – згиначі зап'ястка та пальців; променевий – розгиначі зап'ястка та пальців; ліктювий – м'язи, розміщені на передній поверхні вздовж ліктювої кістки, глибокі м'язи долоні і тильну поверхню долоні та пальців (рис. 213, 214).

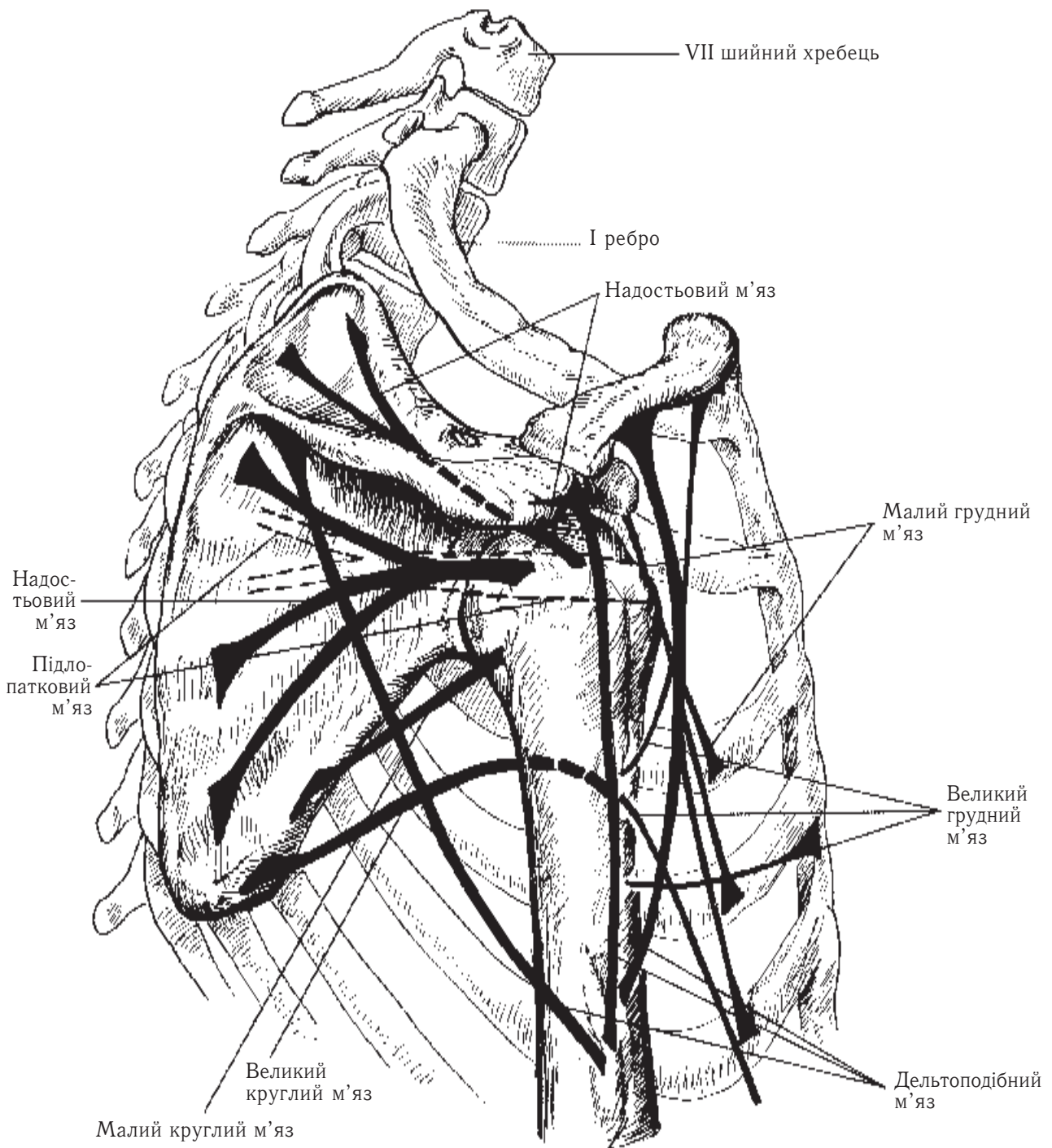


Рис. 211. Місця початку та прикріплення м'язів на кістках плечового пояса та плеча (правих, вигляд збоку, схема).

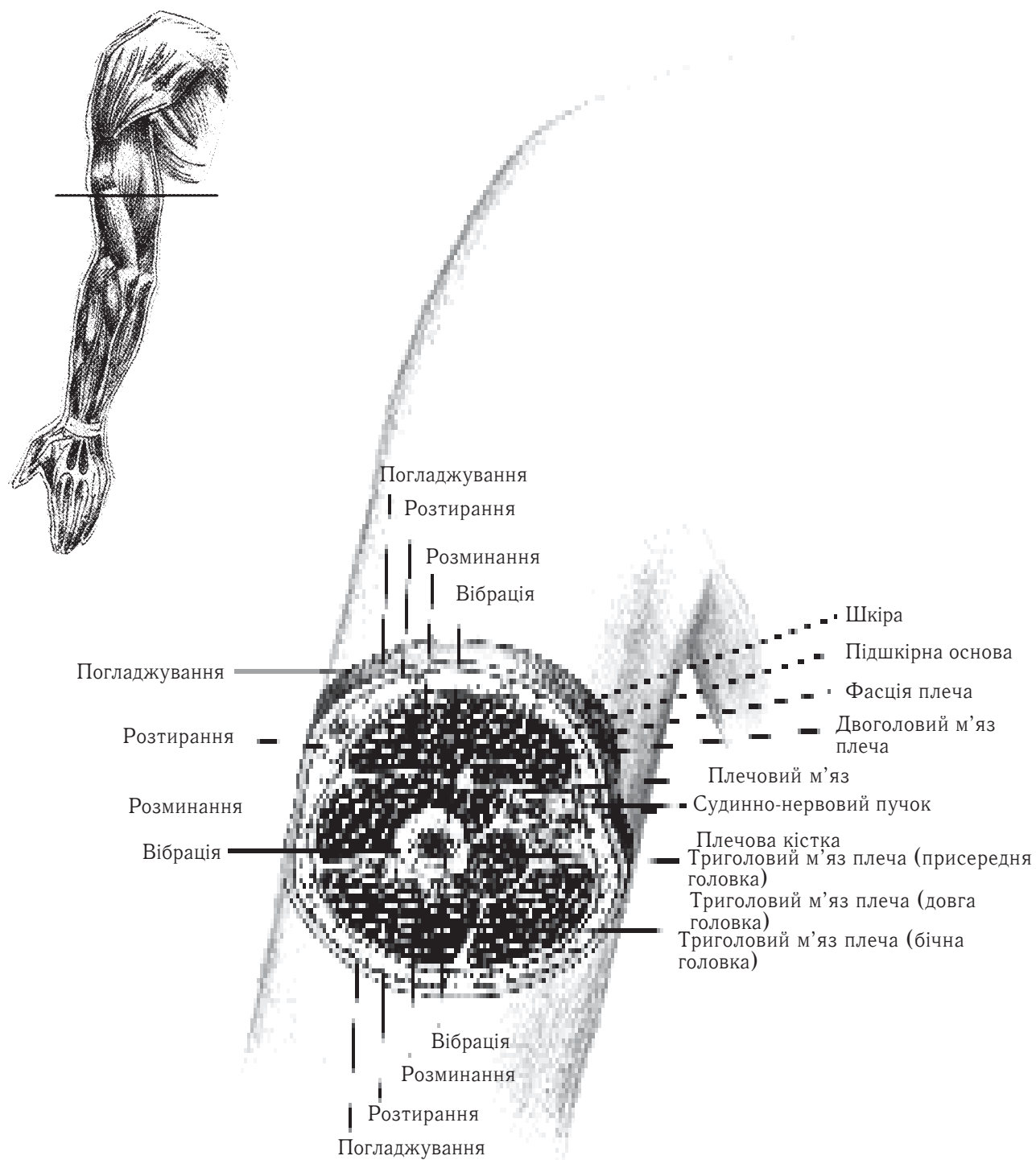


Рис. 212. Горизонтальний розпил середини лівого плеча (схема). Вплив основних прийомів масажу на анатомічні структури плеча.

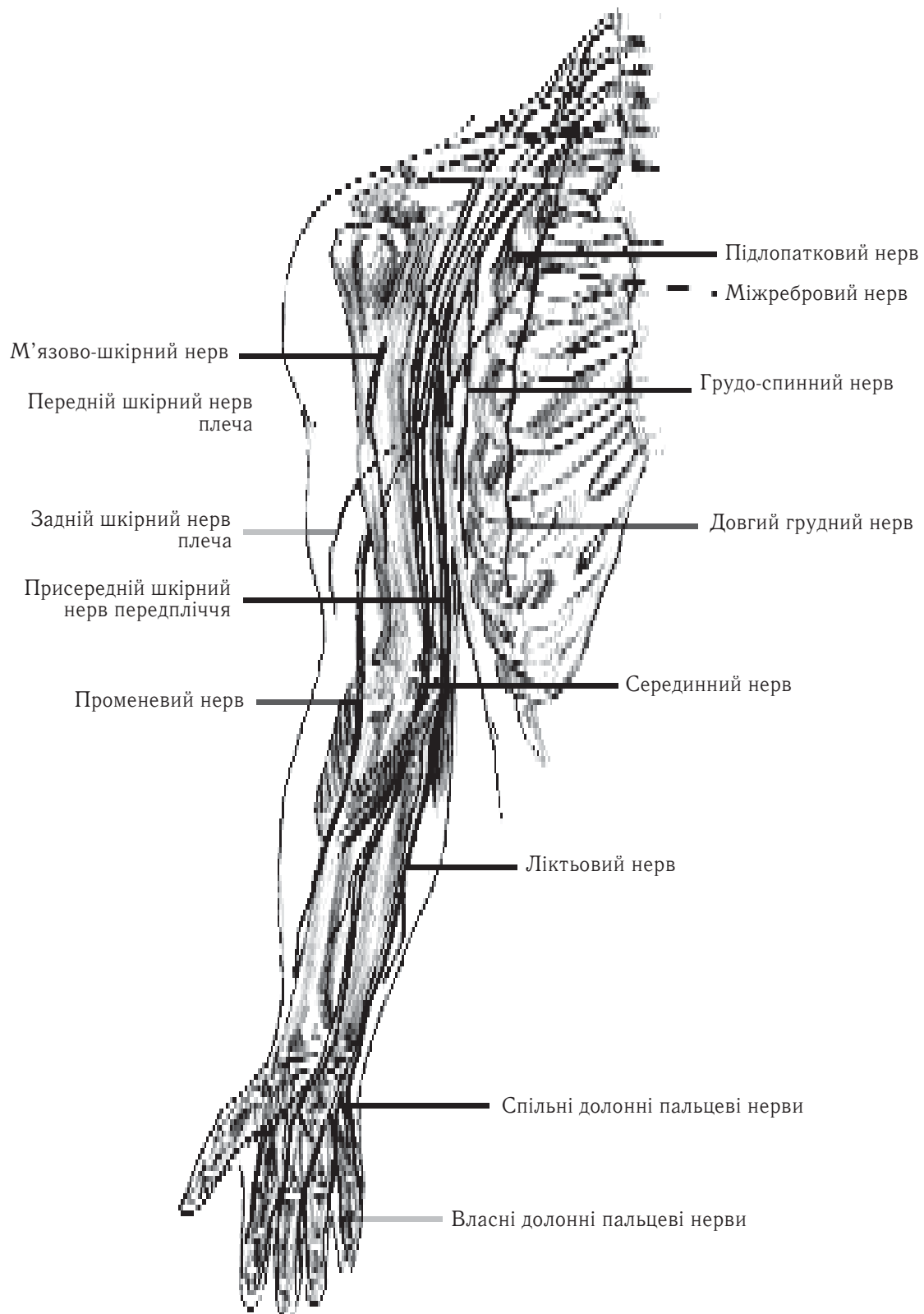


Рис. 213. Плечове сплетення та грудні нерви.

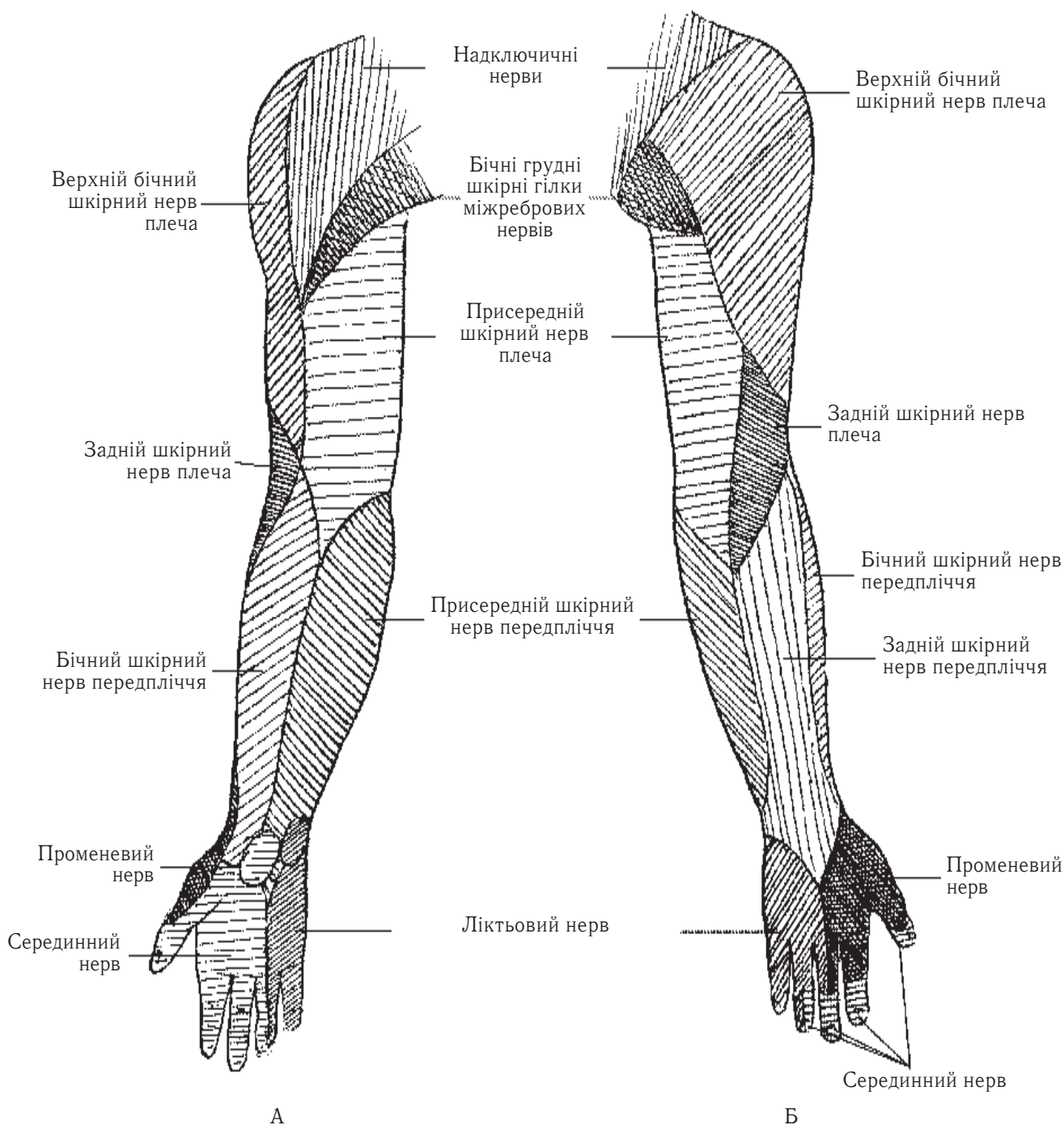


Рис. 214. Іннервація шкіри верхньої кінцівки:

А – передня поверхня; Б – задня поверхня.

Техніка масажу верхніх кінцівок

Положення хворого – сидячи за масажним столиком чи лежачи. У положенні сидячи руки надають середнього фізіологічного положення: згинають в ліктьовому суглобі на 110° відносно плеча. Після підготовчого масажу проводять послідовно масаж кисті (пальці, п’ясток, зап’ясток), променево-зап’ясткового суглоба, передпліччя, ліктьового суглоба, плеча, плечового суглоба, дельтоподібної ділянки (рис. 215, 216).

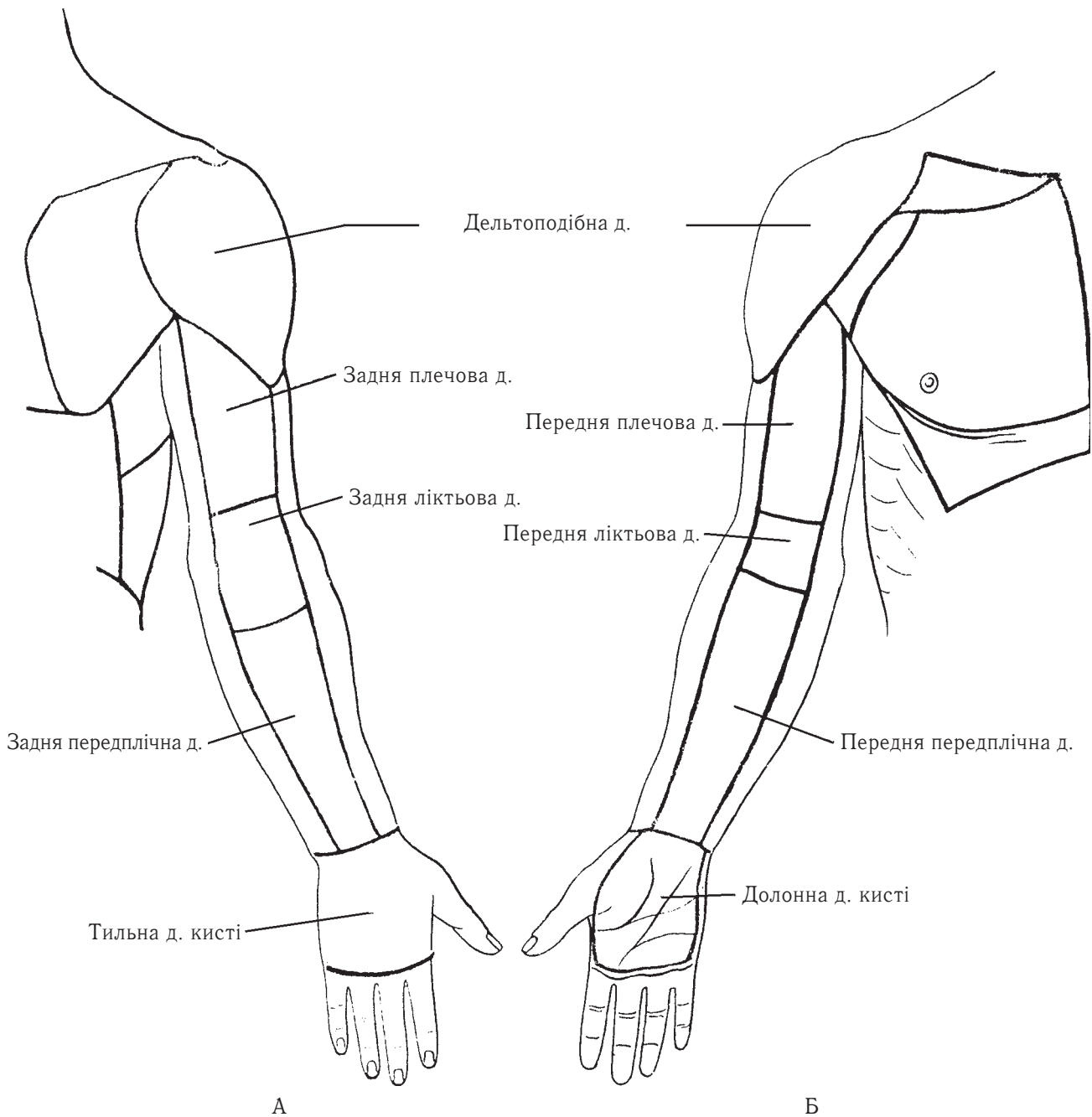


Рис. 215. Ділянки (д.) верхньої кінцівки:

А – вигляд ззаду; Б – вигляд спереду.

Підготовчий масаж

Положення хворого попереднє. Ліва рука масажиста фіксує руку пацієнта в положенні пронації. Площинне погладжування тильної поверхні пальців, п'ястка, зап'ястка. На передпліччі – безперервне обхоплююче погладжування задньої поверхні, далі – безперервне обхоплююче погладжування задньої поверхні плеча в напрямку до пахової ямки. Кисть переводиться в положення супінації. Погладжування долонної поверхні пальців, п'ястка, зап'ястка опорною та тильною поверхнею кисті масажиста, на передпліччі – обхоплююче безперервне погладжування передньої поверхні передпліччя і далі – плеча в напрямку до пахових лімфатичних вузлів. Глибоке обхоплююче погладжування в цих же напрямках на всій поверхні вільної верхньої

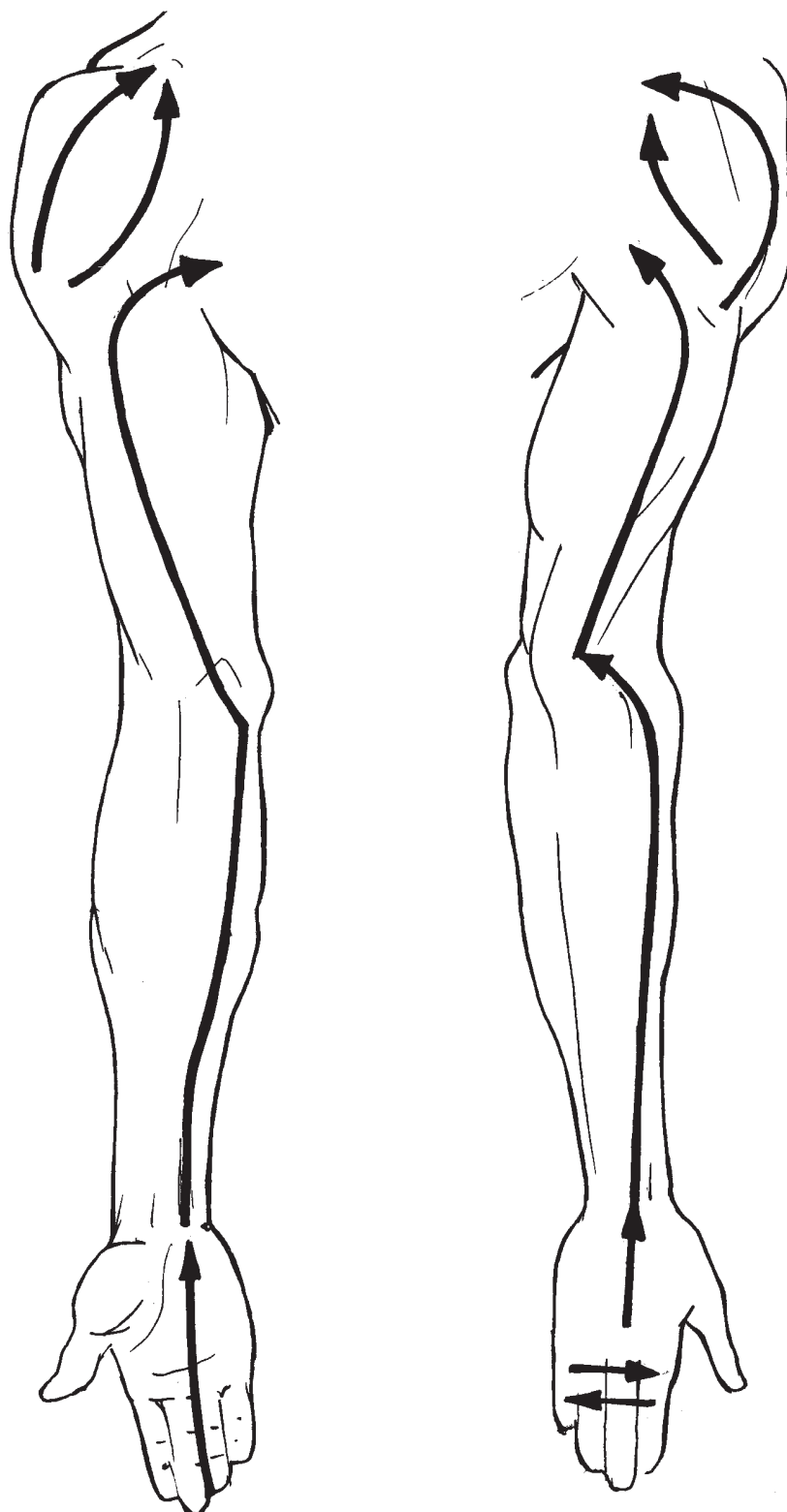


Рис. 216. Напрямок масажних рухів на верхніх кінцівках.

кінцівки. При проходженні руки над ліктьовим згином пальці продовжують утримувати контакт зі шкірою, а опорна частина кисті піднімається, втрачаючи контакт зі шкірою, і опускається знову на плечі. При необхідності досягнення відсмоктувального ефекту спочатку масажують плече, потім – передпліччя і кисть.

Масаж кисті

Він включає масаж пальців, п'ястка, зап'ястка. Положення кисті при масажі тильної поверхні: на масажному валику чи лівій руці масажиста (рис. 217); при масажі долонної поверхні – рука супінована, долонною поверхнею догори, розміщена на масажному столику чи лівій руці масажиста. Під час масажу кисть повинна бути зафіксована рукою масажиста чи протилежною рукою самого хворого.



Рис. 217. Спіралеподібне розтирання пальцями суглобів пальців кисті.

Масаж пальців

Поперечне погладжування тильної і долонної поверхні всіх пальців та кожного зокрема. Поздовжнє погладжування бічної поверхні кожного пальця щипцеподібно, починаючи від нігтьових фаланг. Розтирання у вигляді штрихування: поперечне на тильній та долонній поверхнях пальців, поздовжнє – на бічних. Спіралеподібне та колове погладжування і розтирання випрямлених та зігнутих пальців кисті (рис. 217). Розминання м'язів пальців: щипцеподібно обхопивши м'які тканини пальців, відтягують їх і розминають між своїми пальцями або ж стискають м'які тканини між пальцями масажиста та їх кістковою основою, виконуючи натискування і зміщення.

При тугорухомості пальців кисті, рубцевих зрощеннях м'яких тканин використовується розтягування їх шляхом розтягування суглобових поверхонь між собою, супроводжуючи спіралеподібними розтираннями та активними і пасивними рухами пальців.

Масаж п'ястка і зап'ястка

Спочатку масажують тильну поверхню кисті: погладжування, починаючи від пальців, продовжують масажні рухи до ліктьового суглоба. Поздовжнє площинне та обхоплююче поверхневе і глибоке погладжування долонною поверхнею кисті. Виконується однією рукою або двома руками послідовно. Спіралеподібне розтирання, штрихування тильної поверхні п'ястка та зап'ястка (рис. 58). Розтирання кожного сухожилка пальцями в положенні випрямлених, пасивно піднятих (розігнутих) та опущених (зігнутих) в п'ястково-фалангових суглобах пальців. Розтирання міжкісткових проміжків великим пальцем або граблеподібно (рис. 218). Розминання міжкісткових м'язів зміщенням сусідніх п'ясткових кісток у протилежних напрямках (рис. 72).

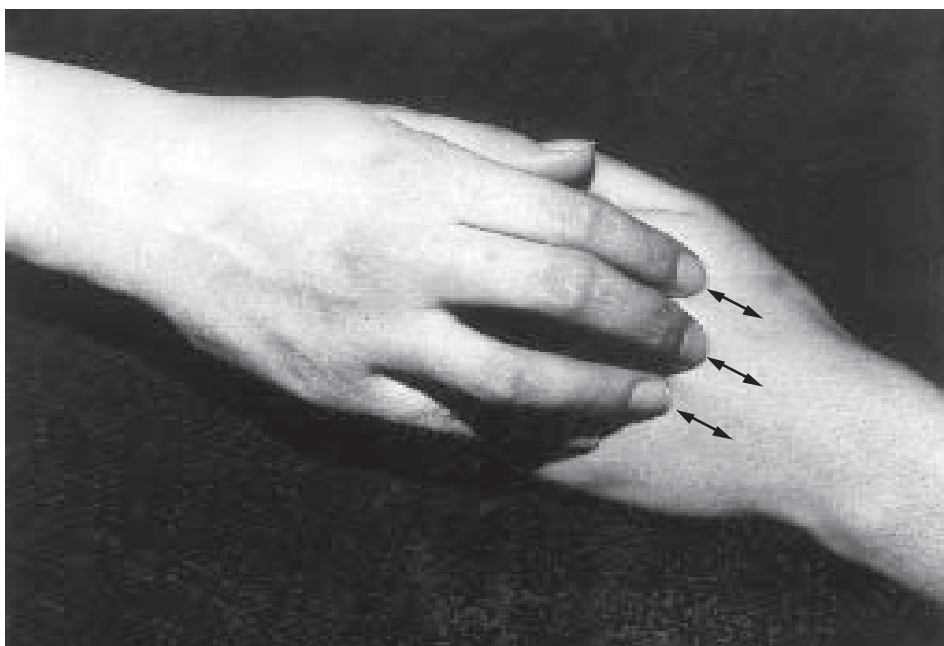


Рис. 218. Граблеподібне розтирання міжкісткових проміжків п'ясткових кісток.

Масаж долонної поверхні п'ястка та зап'ястка. Погладжування опорною частиною кисті, гребенеподібно, гладження. Розтирання пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібно (рис. 219). Щипцеподібне розтирання бічних поверхонь, підвищень великого пальця та мізинця (рис. 220). Розминання щипцеподібне м'яких тканин бічних поверхонь. Розминання м'язів підвищення великого пальця та мізинця поперечним, поздовжнім розминанням, щипцеподібно, розминання натискуванням та зміщенням (рис. 221). Вібрація: рубання, поколювання, пунктування однією рукою, потрушування кисті. Закінчують погладжуванням.

Ефективним є виконання після масажу активних та пасивних рухів у суглобах кисті в усіх можливих осях.



Рис. 219. Гребенеподібне розтирання долонної поверхні кисті.

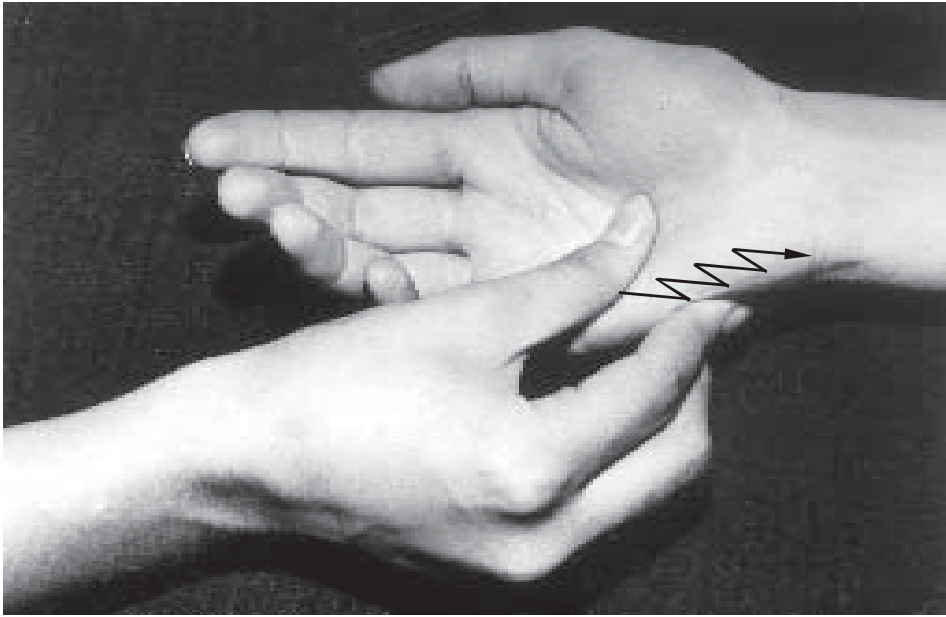


Рис. 220. Щипцеподібне розтирання м'язів підвищення мізинця.

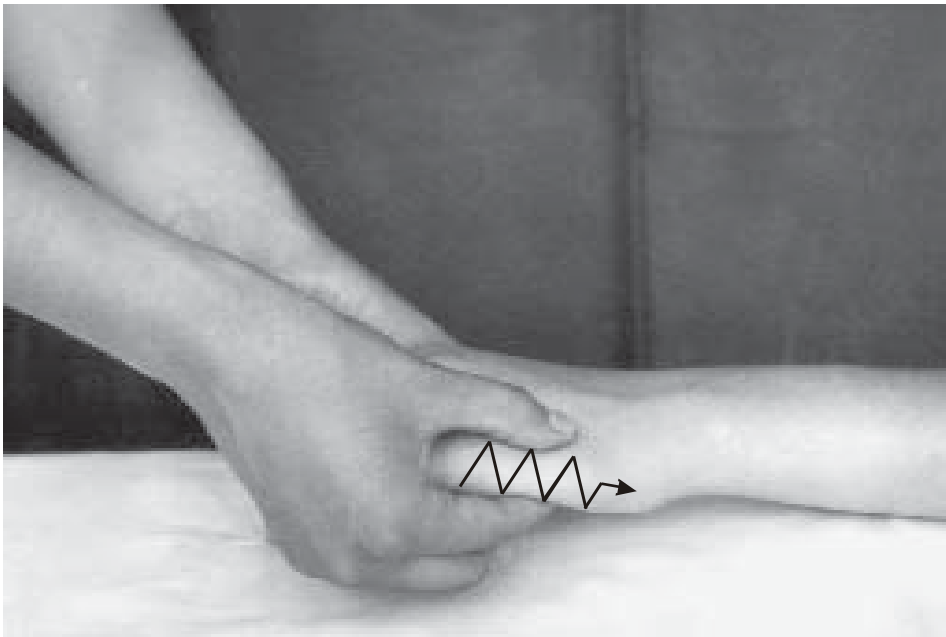


Рис. 221. Щипцеподібне розминання м'язів підвищення мізинця.

Масаж променево-зап'ясткового суглоба

Кращий доступ до суглоба – з тильної та бічної поверхонь, тому сила натискування тут повинна бути меншою, ніж на долонній поверхні. Обхоплююче поверхнєве та глибоке, спіралеподібне та колове погладжування. Розтирання спіралеподібне, колове, штрихування, щипцеподібне розтирання бічних поверхонь суглоба прямолінійними чи спіралеподібними рухами пальців обох рук. Для більш глибокого доступу до суглоба масаж його тильної поверхні проводиться у положенні долонного згинання. На долонній поверхні суглоба виконують штрихування, спіралеподібне розтирання першим чи II-IV пальцями шкіри та сухожилків, розміщених під нею. При наявності рубців та зрощень проводять розтягування, зміщення шкіри та сухожилків, спіралеподібне розтирання першим чи II-IV пальцями у положенні максимального згинання та розгинання.

Закінчують активними та пасивними рухами у всіх можливих напрямках, струшуванням кисті, погладжуванням.

Масаж передпліччя

Положення пацієнта – сидячи, рука зігнута у ліктьовому суглобі під кутом 110° відносно плеча, розміщена на масажному столику. Під час масажу задньої передплічної ділянки кисть пронована (долонею донизу), передньої – супінована (долонею догори).

Погладжування. Поверхнєве (рис. 222) та глибоке (рис. 223) безперервне погладжування від променево-зап'ясткового суглоба до ліктьового згину однією рукою (рис. 224) чи обома руками послідовно. При погладжуванні задньої передплічної ділянки рухи закінчуються біля зовнішнього надвиростка, передньої – біля внутрішнього. Крім цього, використовуються гладження, щипцеподібне погладжування окремих м'язових груп та сухожилків.

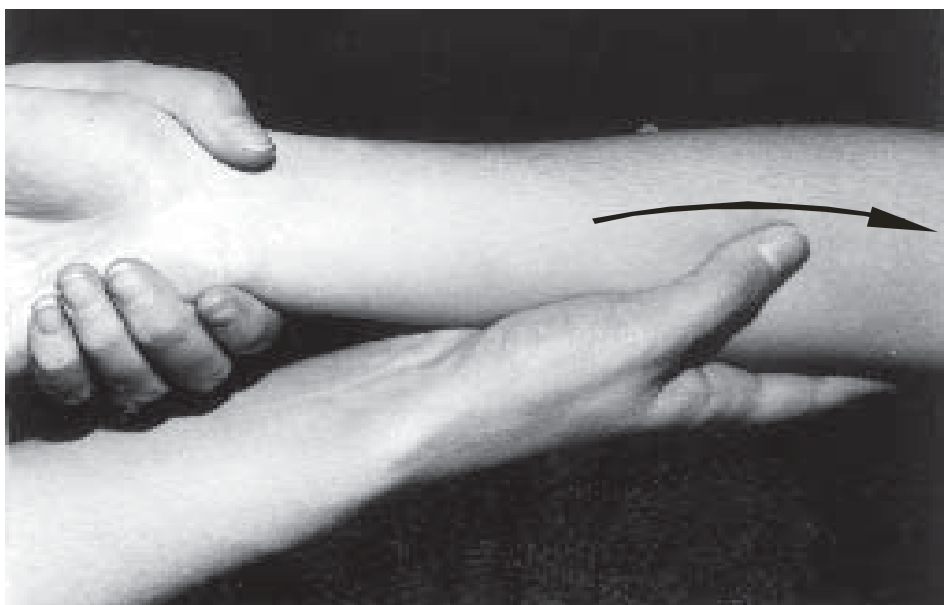


Рис. 222. Обхоплююче поверхнєве погладжування долонною поверхнею ліктьового краю кисті передплічної ділянки.

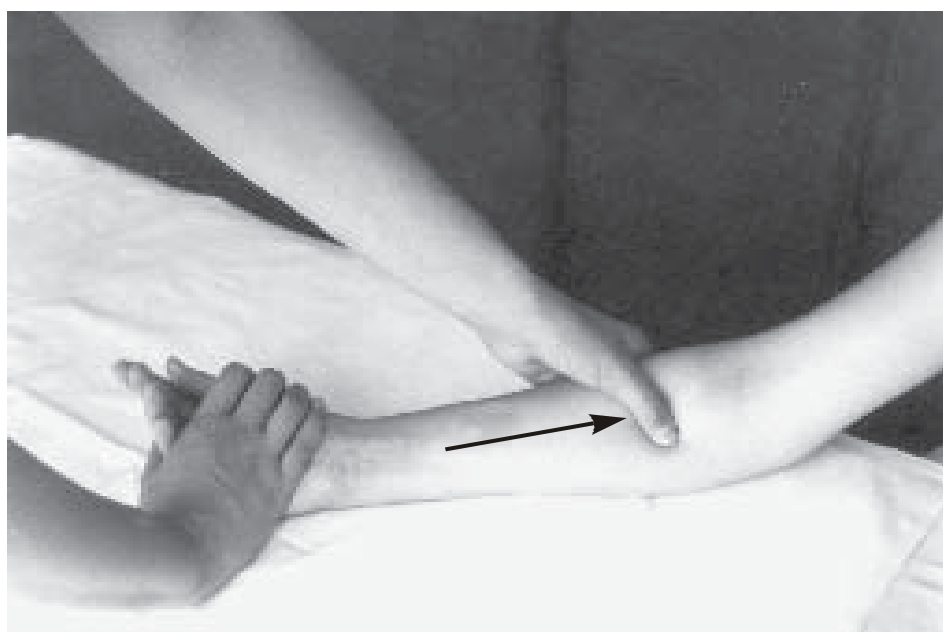
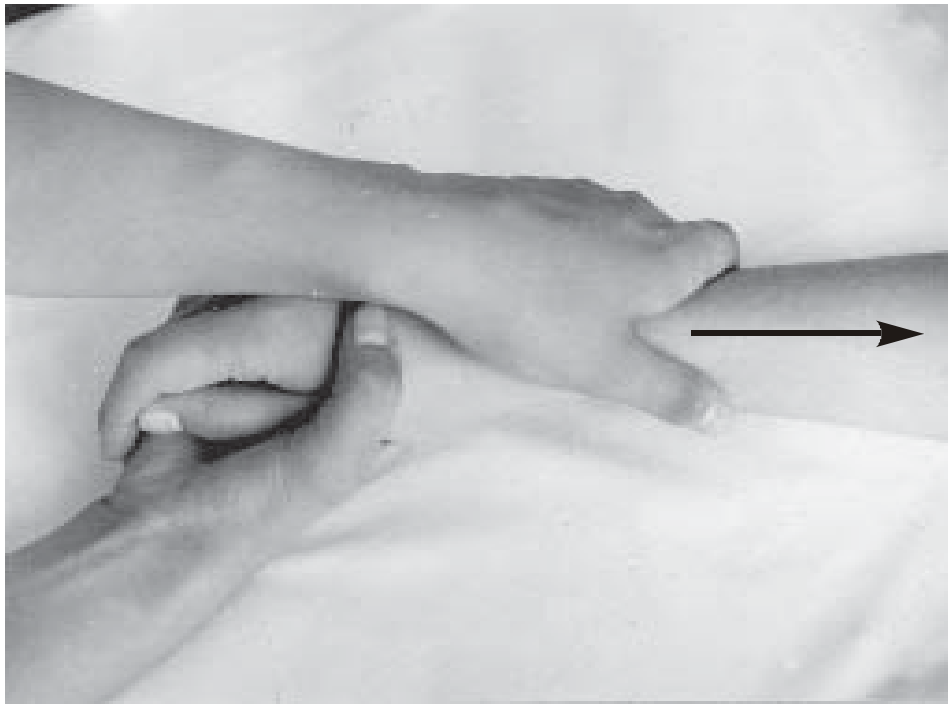
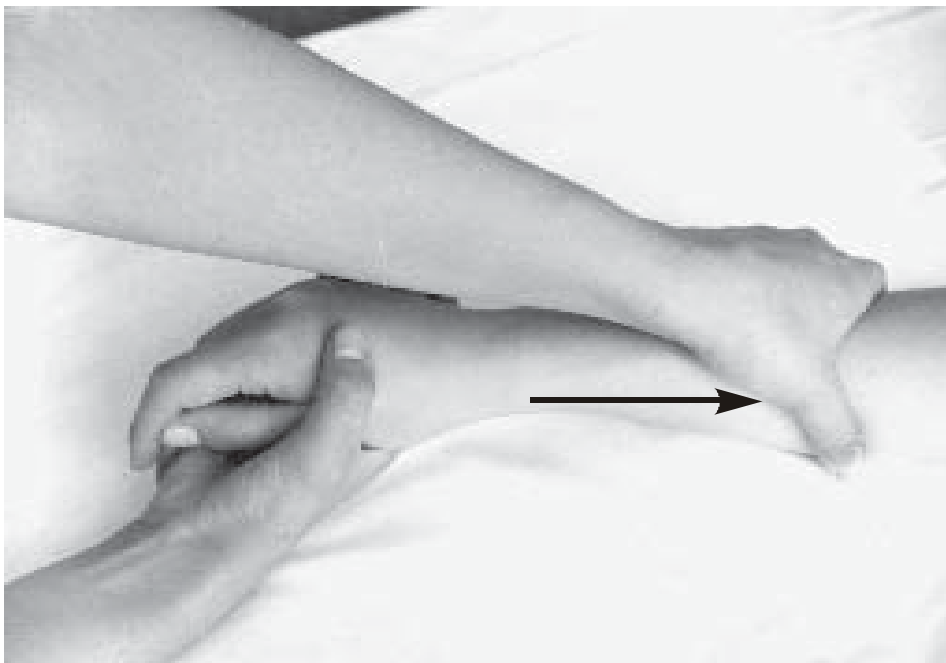


Рис. 223. Обхоплююче глибоке погладжування передпліччя.

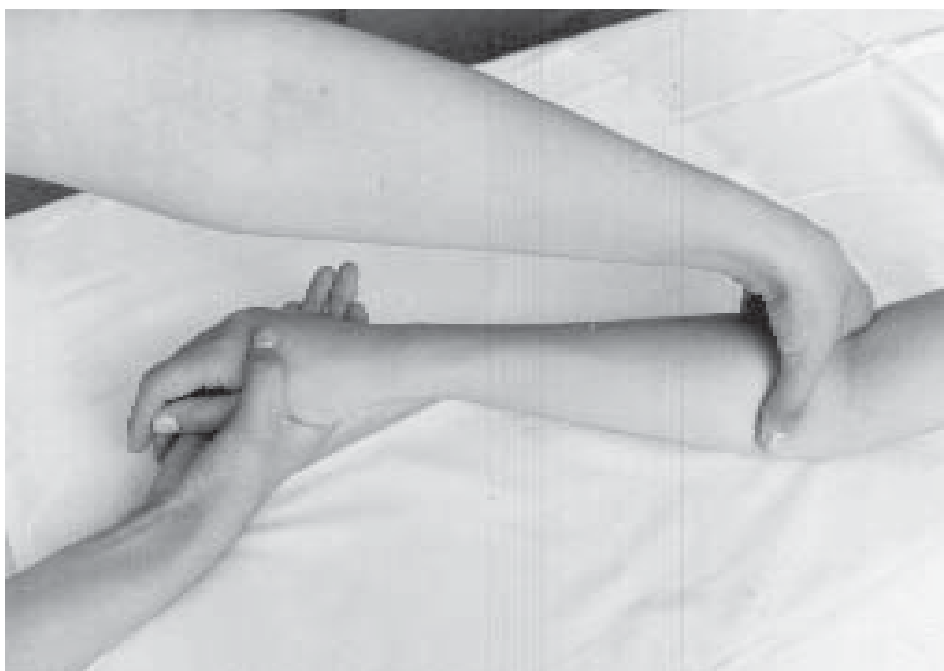


А



Б

Рис. 224. Обхоплююче погладження передпліччя (послідовність фаз).



В

Рис. 224 (продовження). Обхоплююче погладження передпліччя (послідовність фаз).

Розтирання. Масажист однією рукою фіксує руку пацієнта, другою проводить масаж. Поздовжнє поверхнєве та глибоке прямолінійне розтирання пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібне, ліктьовим краєм кисті, щипцеподібне розтирання окремих м'язових груп та сухожилків. Спіралеподібне розтирання опорною частиною кисті (рис. 225), пальцями, граблеподібне. Окремо виконують розтирання задньої та передньої поверхонь. Розтирання обома руками: кисть пацієнта встановлюється в середнє між супінацією та пронацією (мізинцем до столу) положення, виконується поздовжнє лінійне розтирання долонями, опорними частинами кистей, пальцями, руки при цьому рухаються в протилежних напрямках, одна з них масажує передню, друга – задню передплічну ділянку; пиляння, стругання (рис. 226).

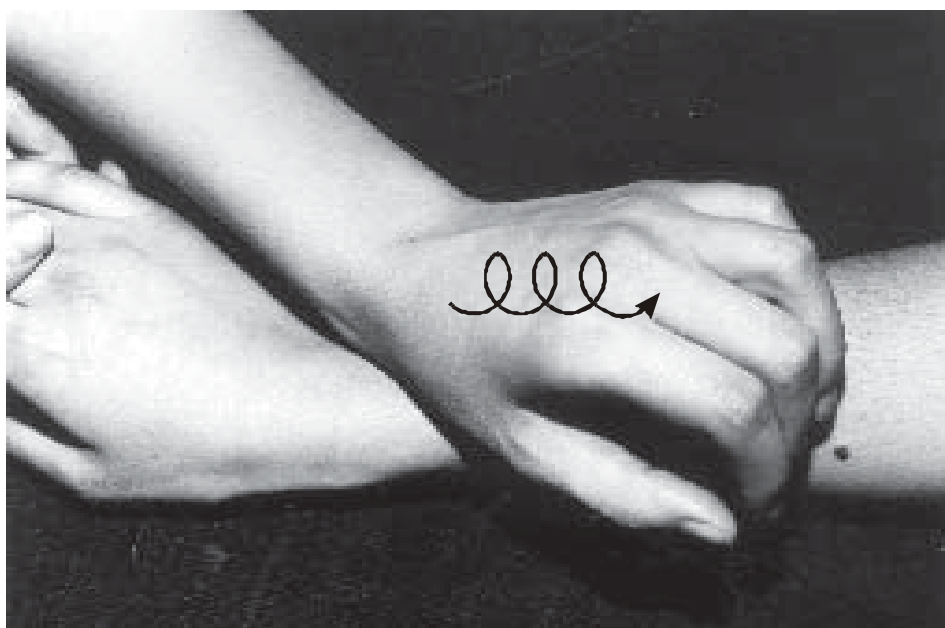


Рис. 225. Спіралеподібне розтирання передпліччя опорною частиною кисті.

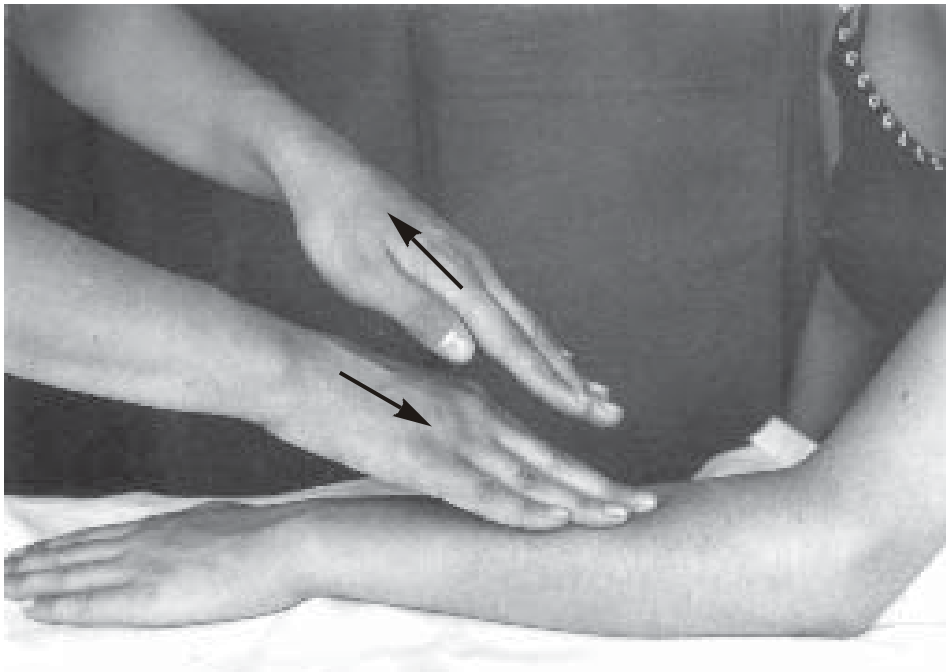


Рис. 226. Стругання передпліччя.

Розминання. М'язи – згиначі та розгиначі масажують окремо. При розминанні м'язів – згиначів масажист фіксує руку в положенні супінації кисті, розгиначів – пронації або в середньому між супінацією та пронацією положенні. Поздовжнє розминання м'язів, щипцеподібне розминання окремих м'язових груп (рис. 227, 228). Масаж двома руками: поздовжнє, поперечне розминання та валяння. Натискування, стискання, зміщення, розтягування м'язів, які не відтягуються зі свого ложа. Поздовжнє розминання м'язів проводиться від місць початку до місць прикріплення зі спіралеподібним розтиранням останніх. Послідовність поперечного розминання м'язів: черевце, сухожилок початку, черевце, сухожилок прикріплення, черевце і т.д.



Рис. 227. Поздовжнє розминання м'язів заднього відділу передпліччя.

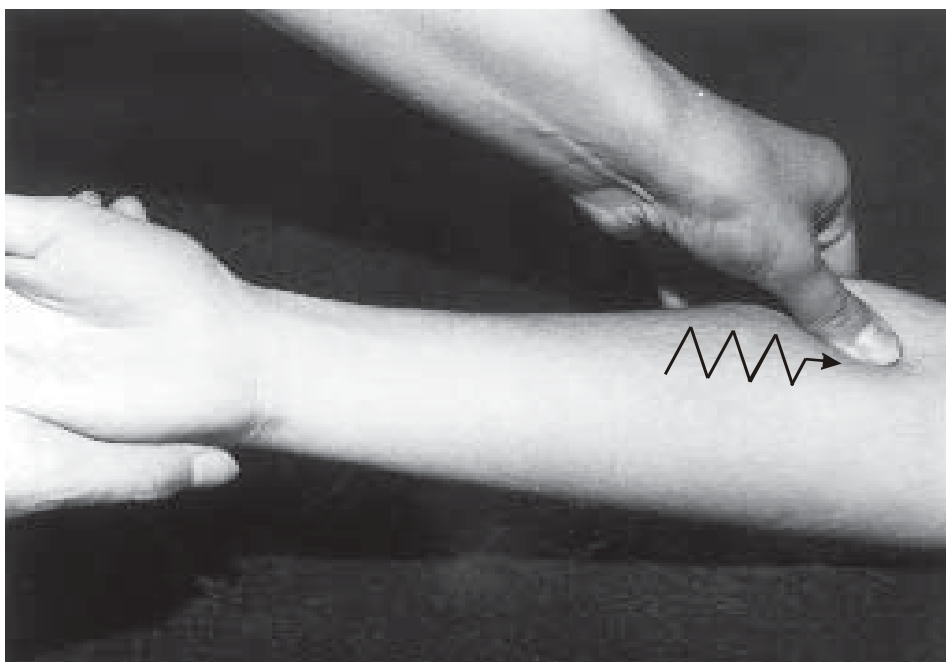


Рис. 228. Поздовжнє розминання м'язів бічного краю передпліччя.

Вібрація. Вібраційні погладжування, лабільна безперервна вібрація, поплескування, рубання, поколювання пальцями та кулаком, шмагання, потрушування м'язів, струшування передпліччя.

Масаж ліктьового суглоба

Проводять з ліктьового, променевого боку, задньої та передньої поверхонь. Найбільш доступна суглобова сумка ззаду. Спереду вона покрита товстим шаром м'язів та сухожилків, тому доступ до неї гірший.

Масаж задньої поверхні суглоба. Зігнута під прямим кутом рука пацієнта розміщена на лівій руці масажиста. Колове та спіралеподібне погладжування, потім розтирання пальцями всієї поверхні суглоба, поступово проникаючи ними глибоко в суглоб. Масаж передньої та бічних поверхонь: рука пацієнта розміщена на столі, зігнута під кутом 110° відносно плеча. Колове і спіралеподібне погладжування та розтирання першим або чотирма пальцями передньої та бічної поверхонь. Бічну поверхню можна масажувати послідовно з кожного боку чи одночасно. Щипцеподібне розтирання бічних поверхонь одночасно з обох боків. Циркулярне розтирання та штрихування пальцями місць прикріплення сухожилків та зв'язок. Масаж лімфатичних вузлів ліктьового згину не показаний. Розтягування м'яких тканин ліктьового суглоба, зафіксувавши лівою рукою плече випрямленої руки, а правою – дистальну частину передпліччя. У такому положенні виконують пасивні згинання в суглобі. Закінчують активними та пасивними рухами в суглобі.

Масаж плеча

Положення хворого – сидячи, рука відведена, розміщена передпліччям на столі.

Погладжування поверхневе та глибоке безперервне обхоплююче передньої та задньої плечових ділянок, починаючи від ліктьового згину до пахвової ділянки, виконується однією рукою (рис. 229) чи обома руками послідовно, хрестоподібне погладжування всієї поверхні плеча (рис. 52).

Розтирання: площинне та обхоплююче поздовжнє та поперечне (рис. 230); спіралеподібне розтирання опорною частиною кисті, гребенеподібне розтирання, пересікання, пиляння, стругання, щипцеподібне розтирання сухожилків.

Розминання. Окремо проводять розминання м'язів переднього (відділ згиначів) і заднього (відділ розгиначів) відділів плеча та дельтоподібного м'яза. Починають з переднього відділу

плеча. Розминання м'язів-згиначів та розгиначів плеча: поздовжнє розминання однією рукою, друга фіксує руку пацієнта (рис. 231), поздовжнє розминання двома руками, поперечне розминання двома руками у висхідному та низхідному напрямках, зміщення, розтягування, стискання м'язів, валяння (рис. 232), стругання. У присередній двоголовій борозні розміщений судинно-нервовий пучок, тому інтенсивний вплив не показаний.

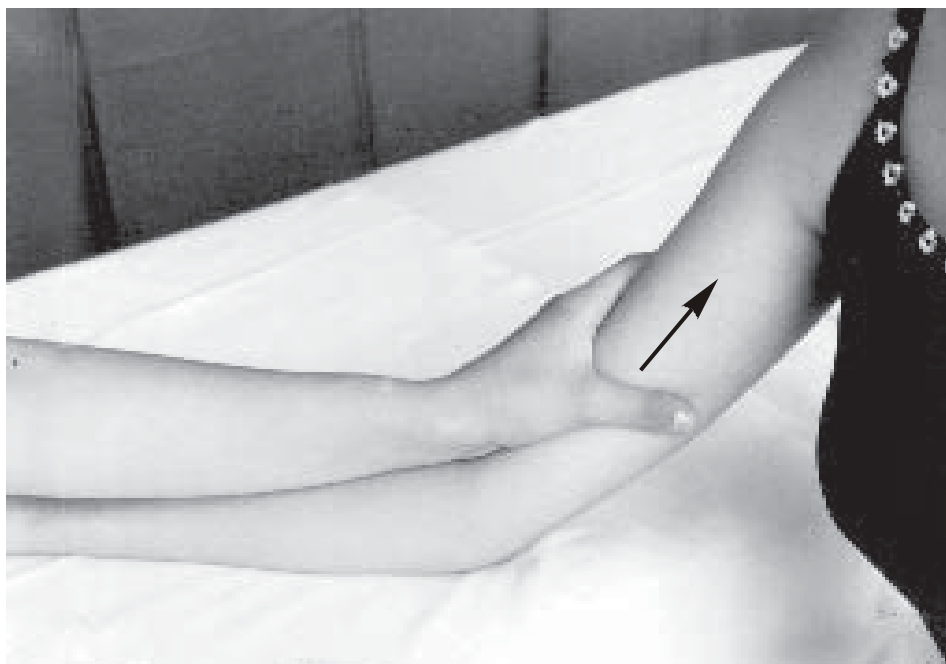


Рис. 229. Обхоплююче погладжування плеча.

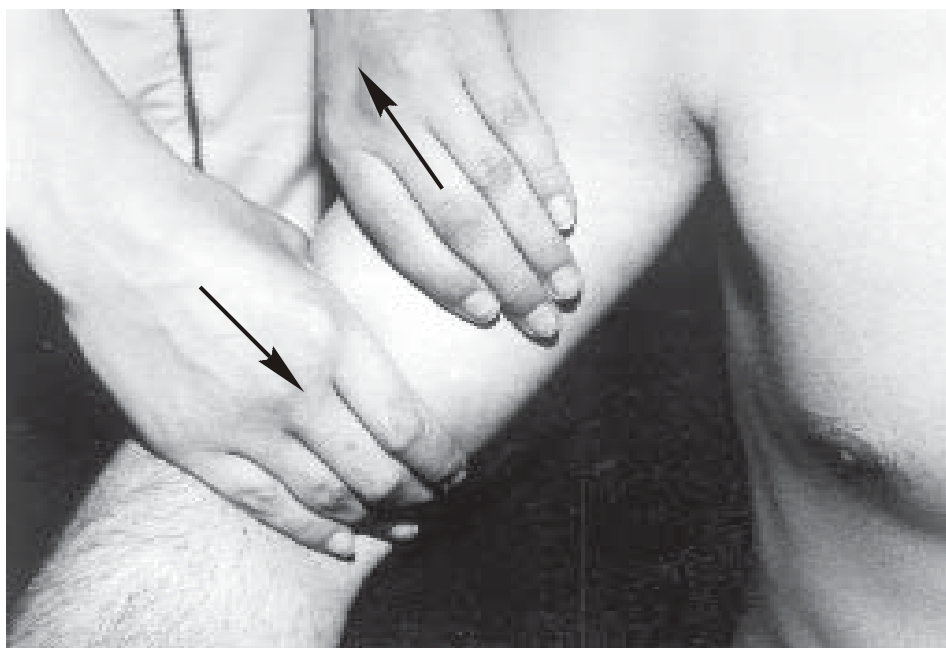


Рис. 230. Поперечне обхоплююче розтирання плеча долонними поверхнями кистей.

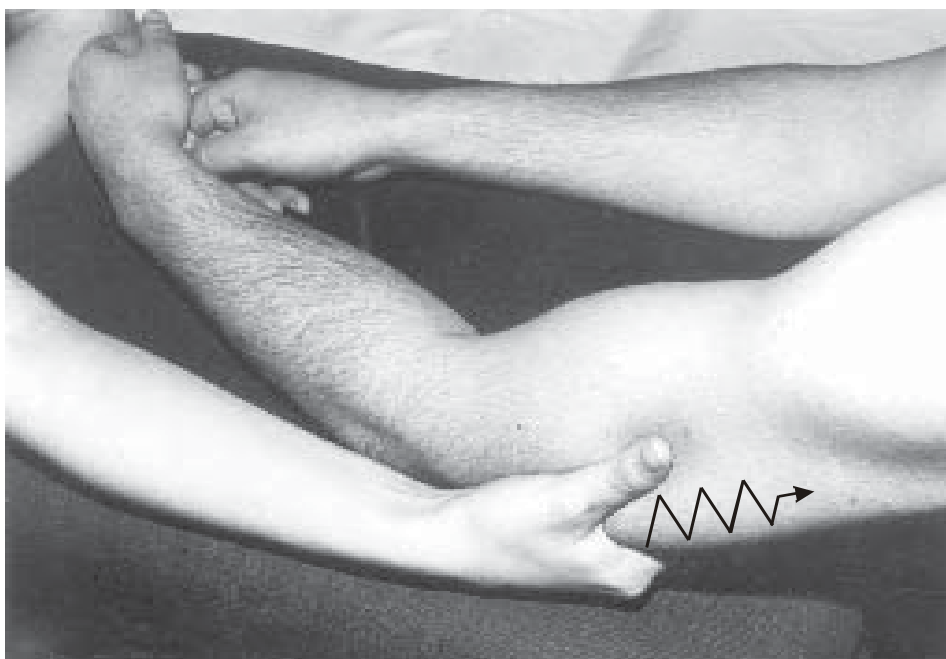


Рис. 231. Поздовжнє розминання заднього відділу м'язів плеча однією рукою.

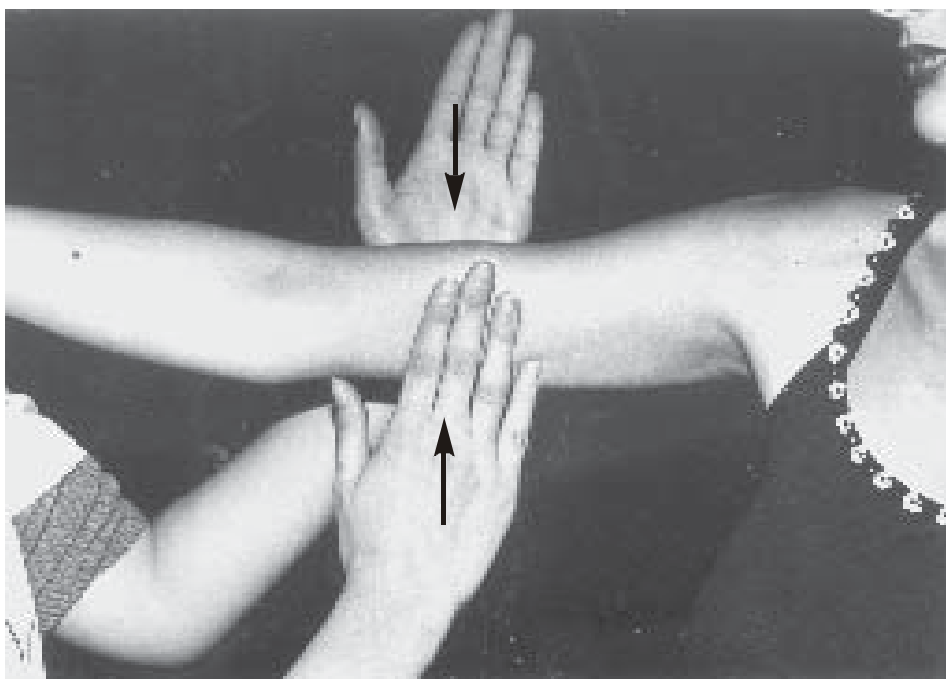


Рис. 232. Валяння м'язів плеча.

Дельтоподібний м'яз масажують від плеча догори. Окремо масажують ключичну частину – в напрямку до ключиці, остьову – до лопаткової ості. Надплечову частину при масажі не виділяють. Обхоплююче безперервне погладжування всього м'яза (рис. 233, 234), потім щипцеподібно погладжують окремо ключичну та остьову його частини. Розтирання спіралеподібне пальцями та опорною частиною кисті (рис. 235), пиляння, пересікання. Розминання поздовжнє в напрямку м'язових волокон, натискування, стискання, зміщення. Розминання поперечне у

висхідному та низхідному напрямках, спіралеподібне розтирання, штрихування пальцями місць початку та прикріплення м'яза (рис. 236).

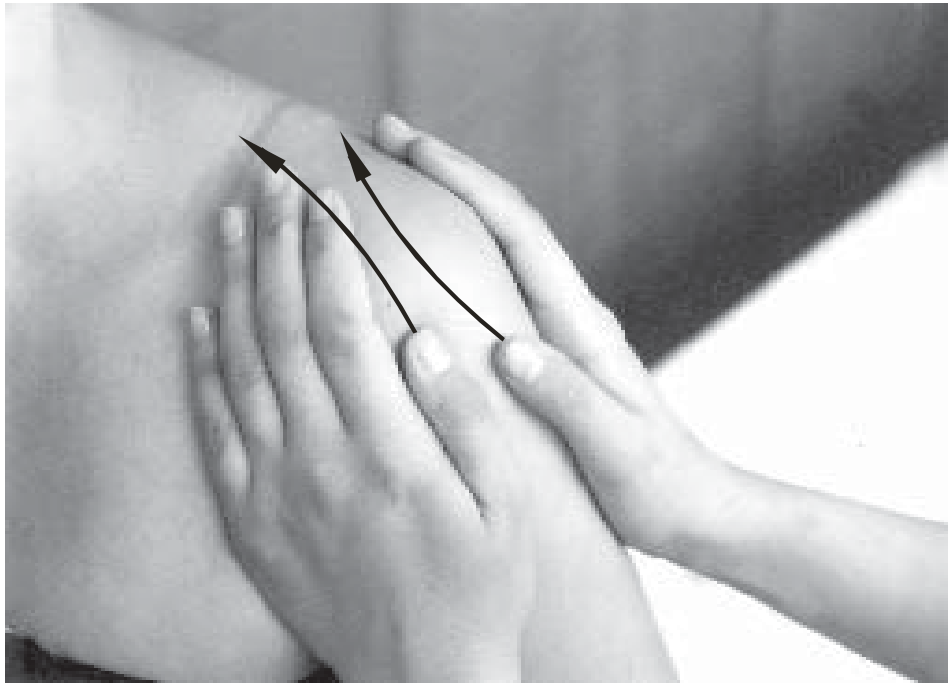


Рис. 233. Обхоплююче погладжування дельтоподібної ділянки двома руками, які рухаються симетрично.

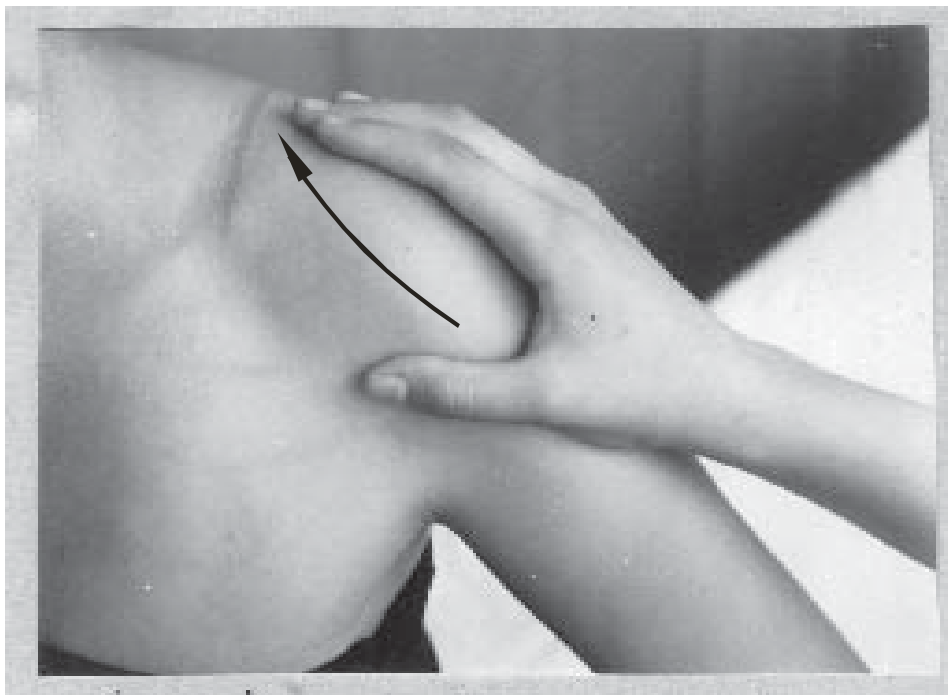


Рис. 234. Погладжування дельтоподібної ділянки однією рукою.

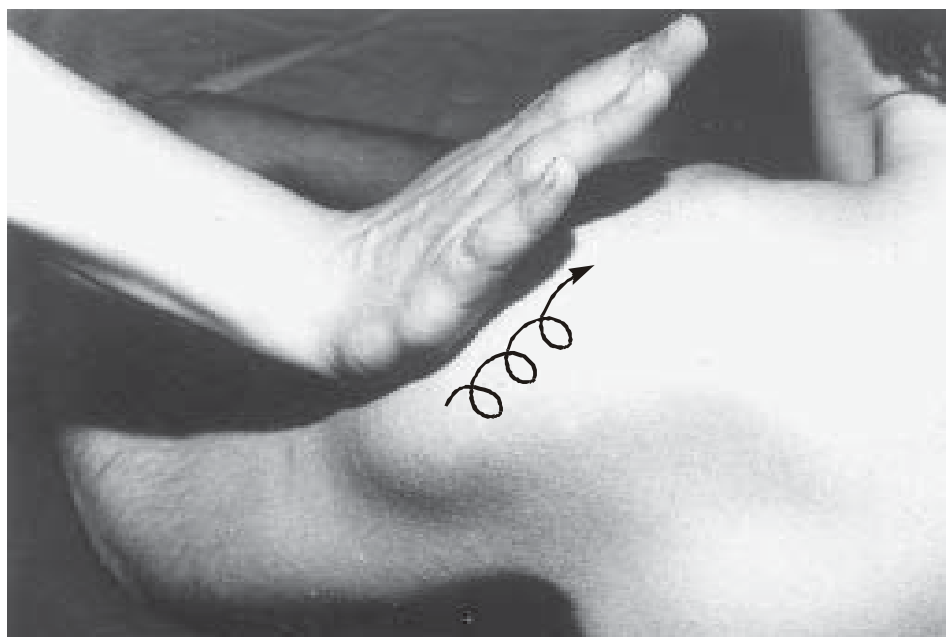


Рис. 235. Спіралеподібне розтирання дельтоподібного м'яза опорною частиною кисті.



Рис. 236. Стабільна вібрація І пальцем місця прикріплення дельтоподібного м'яза.

Вібрація. Вібраційне погладження, потрушування м'язів, стабільна та лабільна вібрація, поплескування, поколючування м'язів та кистки, рубання, шмагання, струшування усєї кінцівки (рис. 88).

Масаж плечового суглоба

Положення хворого – сидячи, плече дещо опущене, передпліччя на масажному столику. Масаж починають з масажу м'яких тканин та м'язів, які оточують суглоб: дельтоподібного м'яза, сухожилків великого грудного м'яза, найширшого м'яза спини та ін., потім самого суглоба. Площинне та обхоплююче поверхнєве і глибоке погладження долонними поверхнями кистей,

колове та спіралеподібне погладження пальцями. Розтирання пальцями колове і спіралеподібне (рис. 237) (під час масажу першим пальцем опора на II-IV і навпаки), поздовжнє та поперечне (рис. 238); розтирання прямолінійне і спіралеподібне опорною частиною кисті. Пиляння та пересікання. Спіралеподібне розтирання та штрихування в місцях прикріплення м'язів до горбків та гребенів плечової кістки.



Рис. 237. Спіралеподібне розтирання пальцями обох рук передньої та задньої поверхні плечового суглоба.



Рис. 238. Поперечне розтирання долонними поверхнями пальців дельтоподібної ділянки.

Масаж суглобової сумки. Для масажу передньої поверхні суглоба руку закладають за спину, задньої – руку хворого розміщують на його протилежному плечі, нижньої – руку

відводять вбік. Використовується спіралеподібне розтирання та штрихування кінцями пальців. Пальці поступово заглиблюються в суглоб. При масажі нижньої частини сумки руку кладуть на плече масажиста, масажувати пахвові лімфатичні вузли не рекомендують.

Масаж нервових стовбурів

Масаж нервових стовбурів, що входять до складу плечового сплетення, виконується на тих ділянках, де нерв найближче підходить до поверхні тіла.

Пахвовий нерв підлягає масажу в глибині пахвової ділянки при відведеному плечі (рука розміщується на надпліччі масажиста).

Променевий нерв доступний для масажу в ділянці ліктьового згину (біля латерального надвиростка).

Ліктьовий нерв масажують на плечі або при дещо зігнутий в ліктьовому суглобі руці на ділянці між присереднім надвиростком плечової кістки та ліктьовим відростком ліктьової кістки (рис. 239).



Рис. 239. Лабільна вібрація на місці проходження ліктьового нерва в ділянці плеча.

Серединний нерв масажують на передпліччі та долонній поверхні кисті (рис. 240, 241). З масажних прийомів використовують безперервну стабільну і лабільну вібрацію кінцем першого чи вказівного пальця, поздовжнє та поперечне ніжне вібраційне погладження і розтирання. Закінчують погладженням. При неврологічних захворюваннях та травмах верхніх кінцівок масаж нервових стовбурів поєднують з масажем верхньої кінцівки, прихребтових та рефлексогенних зон D6–D1, C7–C3 спинномозкових сегментів.

Практичні рекомендації щодо проведення масажу верхніх кінцівок.

1. Масажу окремих сегментів верхньої кінцівки повинен передувати підготовчий масаж всієї верхньої кінцівки в такій послідовності: пальці кисті, кисть, передпліччя, плече. Для досягнення відсмоктувального ефекту спочатку масажують плече, потім – передпліччя і кисть.

2. Масаж верхніх кінцівок рекомендують поєднувати з впливом на відповідні сегментарні зони спинномозкової іннервації шийних та верхньогрудних сегментів.

3. Враховуючи, що більшість м'язів передпліччя закінчується на середніх та нігтьових фалангах кисті, масаж передпліччя повинен поєднуватися з масажем кисті. Масаж лише кисті чи передпліччя менш ефективний.

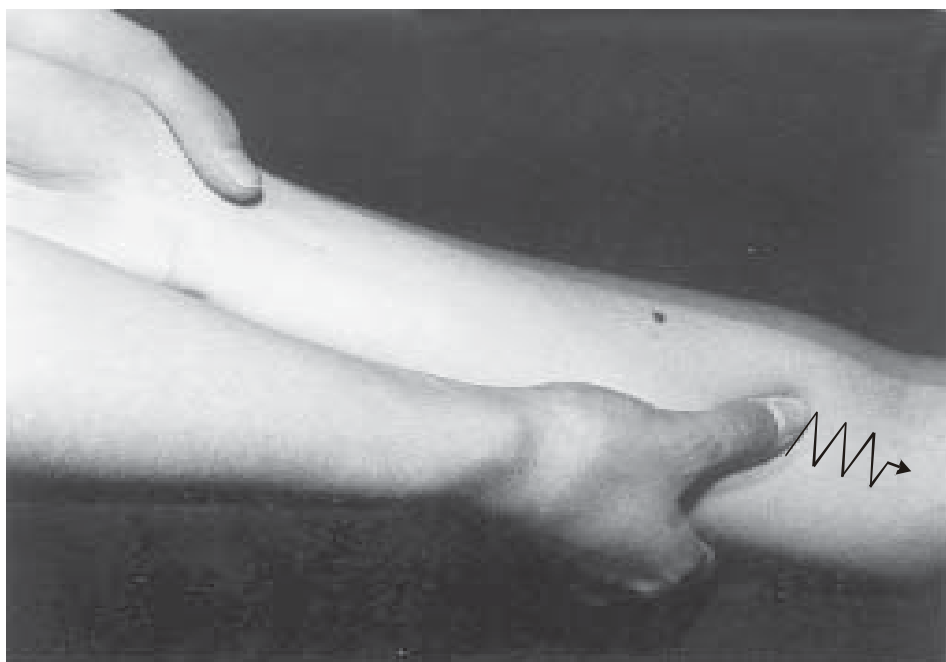


Рис. 240. Лабільна вібрація на місці проходження серединного нерва в ділянці передпліччя.

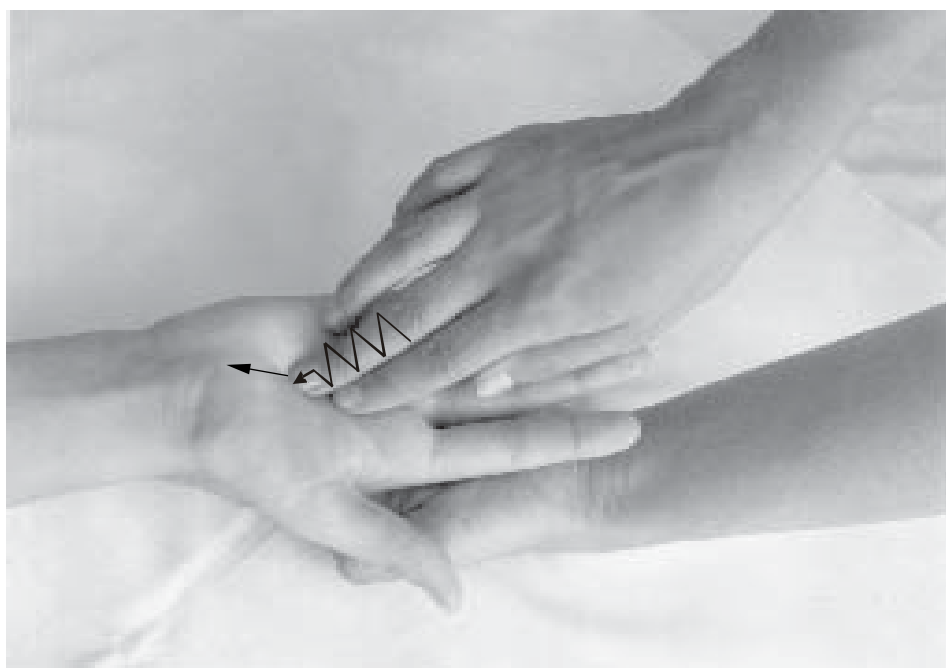


Рис. 241. Лабільна вібрація в місці проходження серединного нерва на кисті.

4. У зв'язку з тим, що м'язи, які забезпечують функцію плечового суглоба, розміщені в ділянці спини, передньої та бічної поверхонь грудної клітки, при обмеженні функції плечового суглоба в план масажу включають і ці ділянки з їх м'язами.

5. У місцях нервових стовбурів, магістральних судин, лімфатичних вузлів енергійні прийоми не показані.

6. Масаж верхніх кінцівок поєднують з активними та пасивними (за показаннями) гімнастичними вправами.

7. Тривалість масажу кожного сегмента – 3-5 хв, всієї кінцівки – 10-15 хв. Вирішальними у виборі тривалості є клінічні прояви захворювання.

Показання до призначення масажу верхніх кінцівок.

Масаж призначають при захворюваннях та пошкодженнях м'яких тканин, суглобів, кісток, захворюваннях периферійних судин, захворюваннях та травмах нервової системи, що призводять до порушення функції верхньої кінцівки, шкірних, внутрішніх та інших хворобах, при яких уражаються верхні кінцівки, при втомі, для загальнозміцнювального впливу.

Анатомо-топографічні дані та техніка масажу нижніх кінцівок

Анатомо-топографічні дані нижніх кінцівок

Нижня кінцівка включає пояс нижньої кінцівки (тазовий пояс) і вільну частину нижньої кінцівки. До складу кісток нижньої кінцівки відносять кістки пояса нижньої кінцівки та вільну частину нижньої кінцівки (рис. 242). Пояс нижньої кінцівки включає крижову кістку (крижові хребці I-V), кульшову кістку, яка складається з: клубової, сідничної, лобкової кісток. З'єднання тазового пояса: крижово-клубовий суглоб, який відносять до плоских суглобів, де можливі незначні рухи, головним чином, амортизуючого характеру: лобковий симфіз, рухи в якому незначні і мають практичне значення лише у жінок при пологах.

Скелет вільної частини нижньої кінцівки складається зі стегнової, великогомілкової і малогомілкової кісток, наколінка та кісток стопи, до складу якої входять заплеснові, плеснові кістки та кістки пальців. Із суглобів вільної частини нижньої кінцівки найбільшим є кульшовий суглоб (рис. 243). За формою він кулястий, тому рухи в ньому можливі у фронтальній (згинання і розгинання), сагітальній (приведення і відведення) та вертикальній осях (пронація та супінація, а також обертання). Колінний суглоб (рис. 244, 245) – складний суглоб, за формою виростковий. До внутрішньосуглобових утворів колінного суглоба відносять бічний та присередній меніски, що мають вигляд пластинок з волокнистого хряща, розміщених між суглобовими поверхнями стегнової і великогомілкової кісток. Основними рухами в суглобі є згинання і розгинання, а також обертання навколо поздовжньої осі лише у напівзігнутому стані. Велико-малогомілковий суглоб та велико-малогомілковий синдесмоз майже нерухомі. Гомілковостопний (або надп'ятково-гомілковий) суглоб відносять до блокоподібних суглобів, рухи в ньому відбуваються в основному навколо фронтальної осі (згинання і розгинання), а при сильному підшововому згинанні можливі невеликі рухи в сторони. Надп'ятковий та надп'ятково-човноподібний суглоби функціонально об'єднані, і в них можуть відбуватись рухи типу пронації та супінації. У дрібних суглобах стопи рухи незначні. Плесно-фалангові суглоби мають кулясту форму, в них можливі згинання та розгинання і незначне розведення пальців. Міжфалангові суглоби стопи належать до блокоподібних, і в них можливі лише згинання і розгинання.

М'язи нижньої кінцівки традиційно поділяють на м'язи пояса нижньої кінцівки і м'язи вільної нижньої кінцівки (рис. 246-248). До м'язів пояса нижньої кінцівки відносять м'язи, що забезпечують функцію кульшового суглоба. За топографією їх поділяють на зовнішні та внутрішні. До перших відносять великий, середній та малий сідничні м'язи, зовнішній затульний м'яз, верхній і нижній близнюкові м'язи, квадратний м'яз стегна, м'яз – натягувач широкої фасції. Внутрішня група – клубово-поперековий м'яз, грушоподібний, внутрішній затульний м'яз (рис. 248).

Серед м'язів вільної нижньої кінцівки виділяють м'язи стегна, гомілки та стопи. М'язи стегна діють на кульшовий та колінний суглоби, внаслідок чого змінюється положення стегна відносно осі тіла. За топографією розрізняють м'язи переднього (кравецький та чотириголовий м'яз стегна), присереднього (гребінний, довгий, короткий та великий привідні, стрункий) та заднього (двоголовий м'яз стегна, півсухожилковий, півперетинчастий м'язи) відділів стегна (рис. 249).

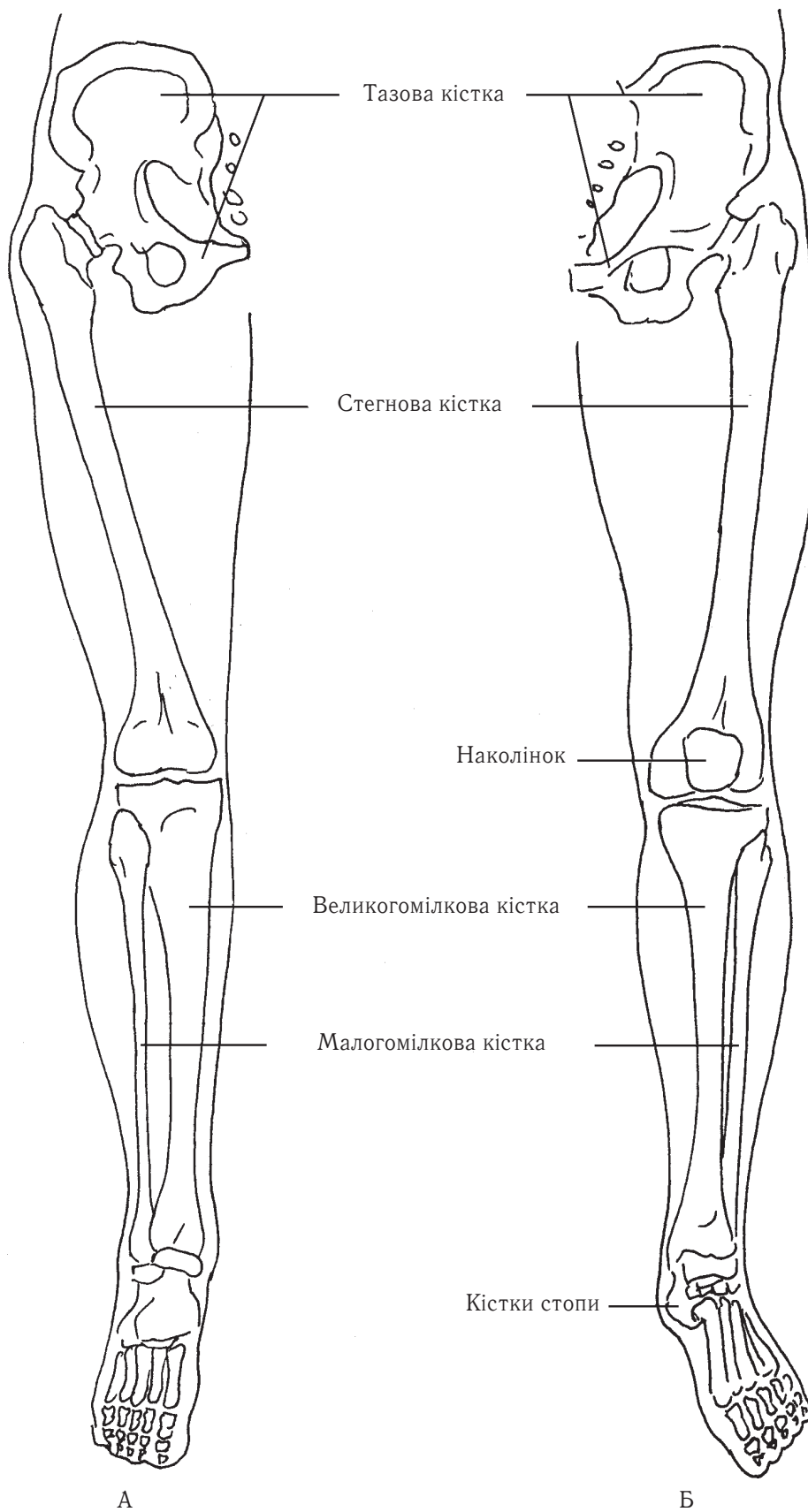


Рис. 242. Скелет нижньої кінцівки (правої):
 А – вигляд ззаду; Б – вигляд спереду.

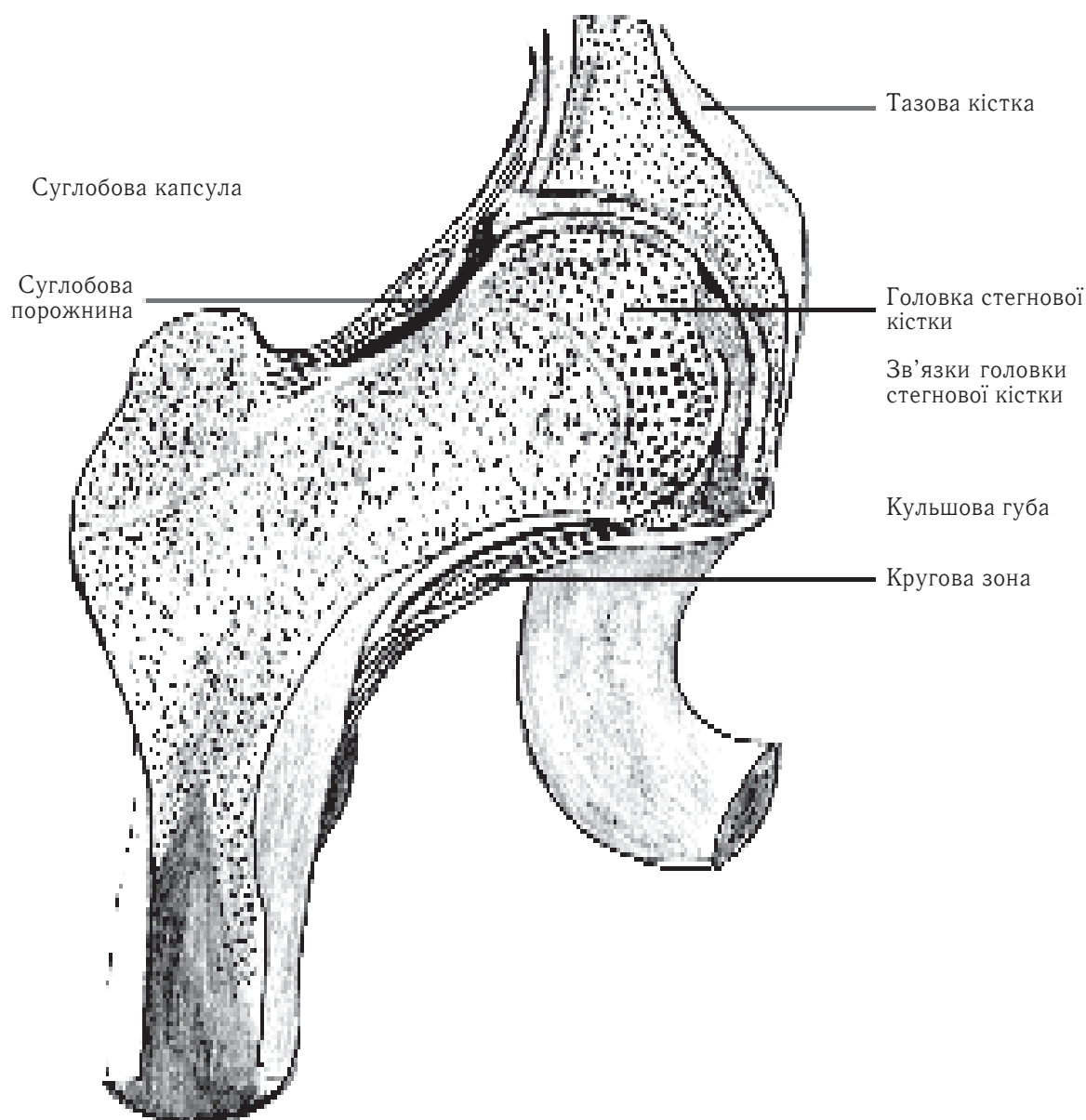


Рис. 243. Кульшовий суглоб (фронтальний розпил).

За топографією і функцією м'язи гомілки нагадують м'язи передпліччя. Їх також поділяють на м'язи переднього і заднього відділів: відділ розгиначів гомілки (передній великогомілковий м'яз, довгий м'яз – розгинач пальців та довгий м'яз – розгинач великого пальця) та відділ згиначів гомілки (триголовий м'яз литки, підшоввий, згинач великого пальця, довгий м'яз – згинач пальців, задній великогомілковий та підколінний м'язи). Крім цього, виділяють м'язи бічного, або зовнішнього, відділу гомілки, це м'язи, що згинають, відводять та пронують стопу: довгий і короткий малоомілкові м'язи.

За топографією м'язи стопи нагадують м'язи кисті. Їх розподіляють на м'язи тилу стопи (короткий м'яз – розгинач пальців та короткий м'яз – розгинач великого пальця) та підшви (м'язи підвищення великого пальця та м'язи підвищення мізинця).

Кровопостачання нижньої кінцівки здійснюється з басейну зовнішніх клубових артерій. Лімфатична система нижньої кінцівки має значні розгалуження, їх судини направляються до вузлів, розміщених в ділянці паху та промежини.

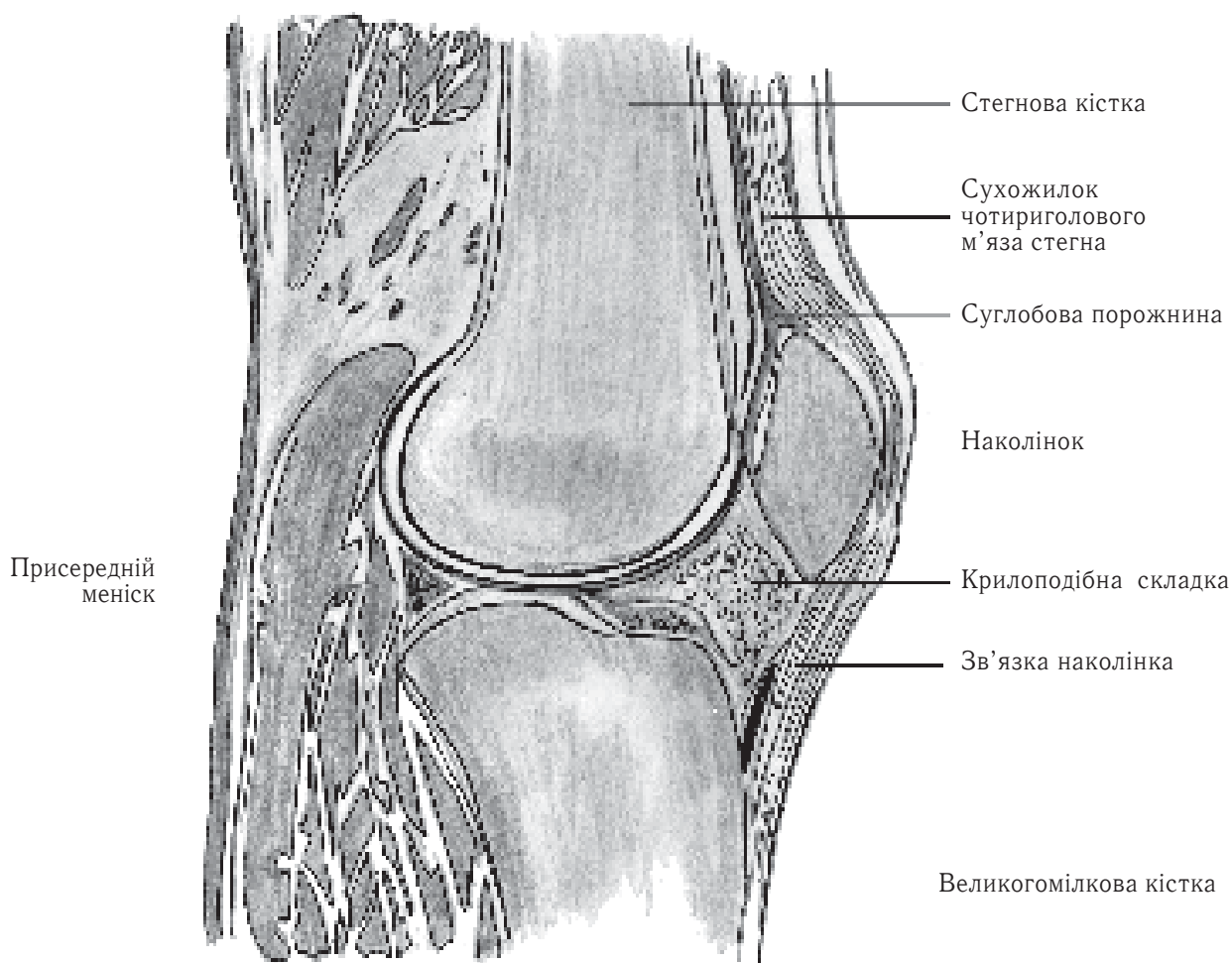


Рис. 244. Колінний суглоб (сагітальний розпил).

Іннервується нижня кінцівка з попереково-крижового сплетення, утвореного черевними гілками поперекових, крижових та куприкових нервів, тісно зв'язаних між собою. Поперекове сплетення утворено черевними гілками XII грудного, I, II, III, IV поперекових нервів. Крижове сплетення утворено черевними гілками V поперекового, всіх крижових та куприкових нервів (рис. 250). Вони мають короткі та довгі нервові волокна. Короткі розгалужуються в ділянці тазового пояса. Довгі – іннервують вільну нижню кінцівку. Серед довгих найтовшим є сідничний нерв. Він виходить з-під нижнього краю великого сідничного м'яза, проходить між м'язами заднього відділу стегна та іннервує їх, не доходячи до підколінної ямки, ділиться на загальний малоомілковий та великогомілковий нерви, іннервуючи гомілку та стопу (рис. 251).

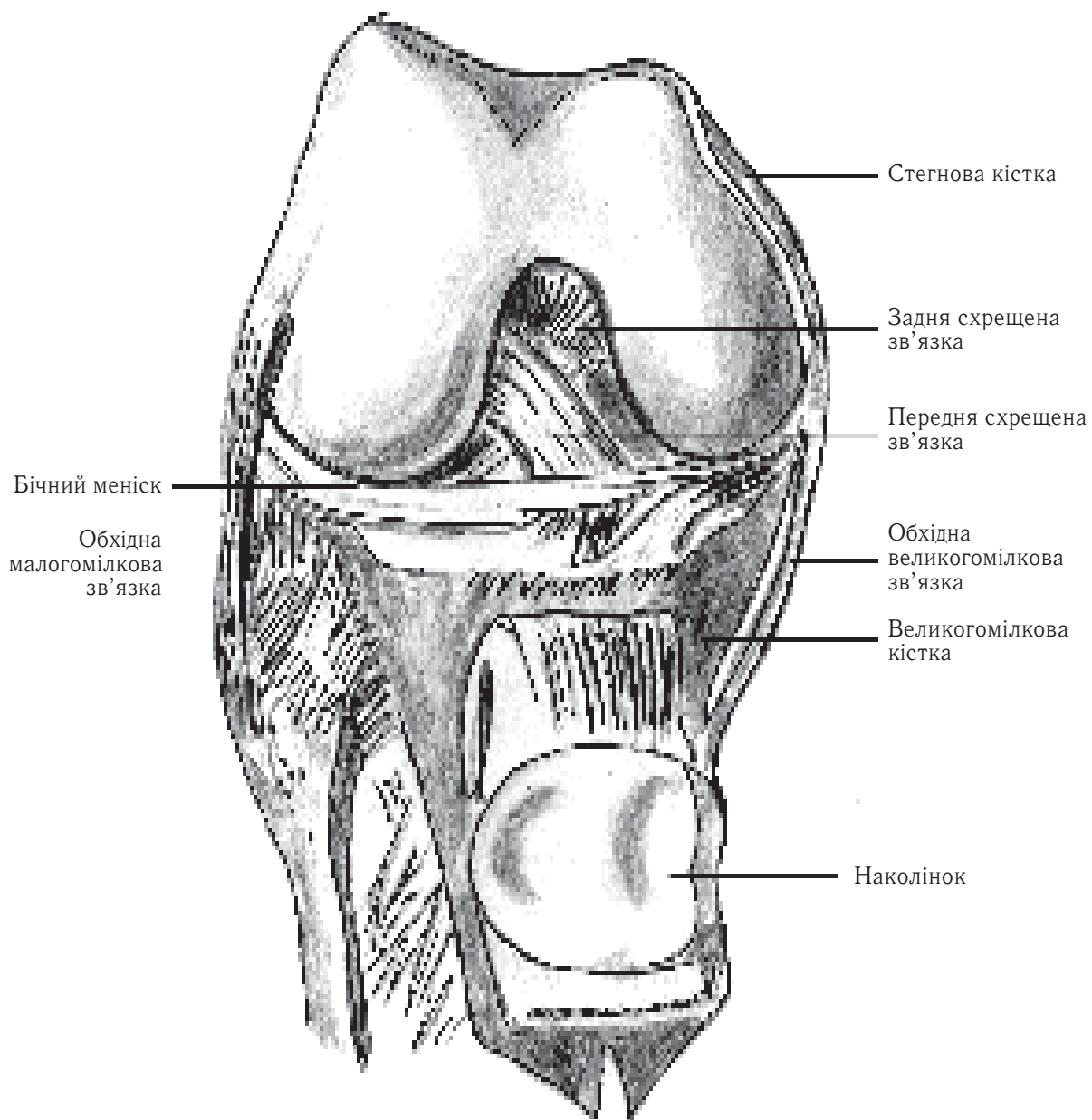


Рис. 245. Колінний суглоб (правий, розкритий, вигляд спереду та збоку).

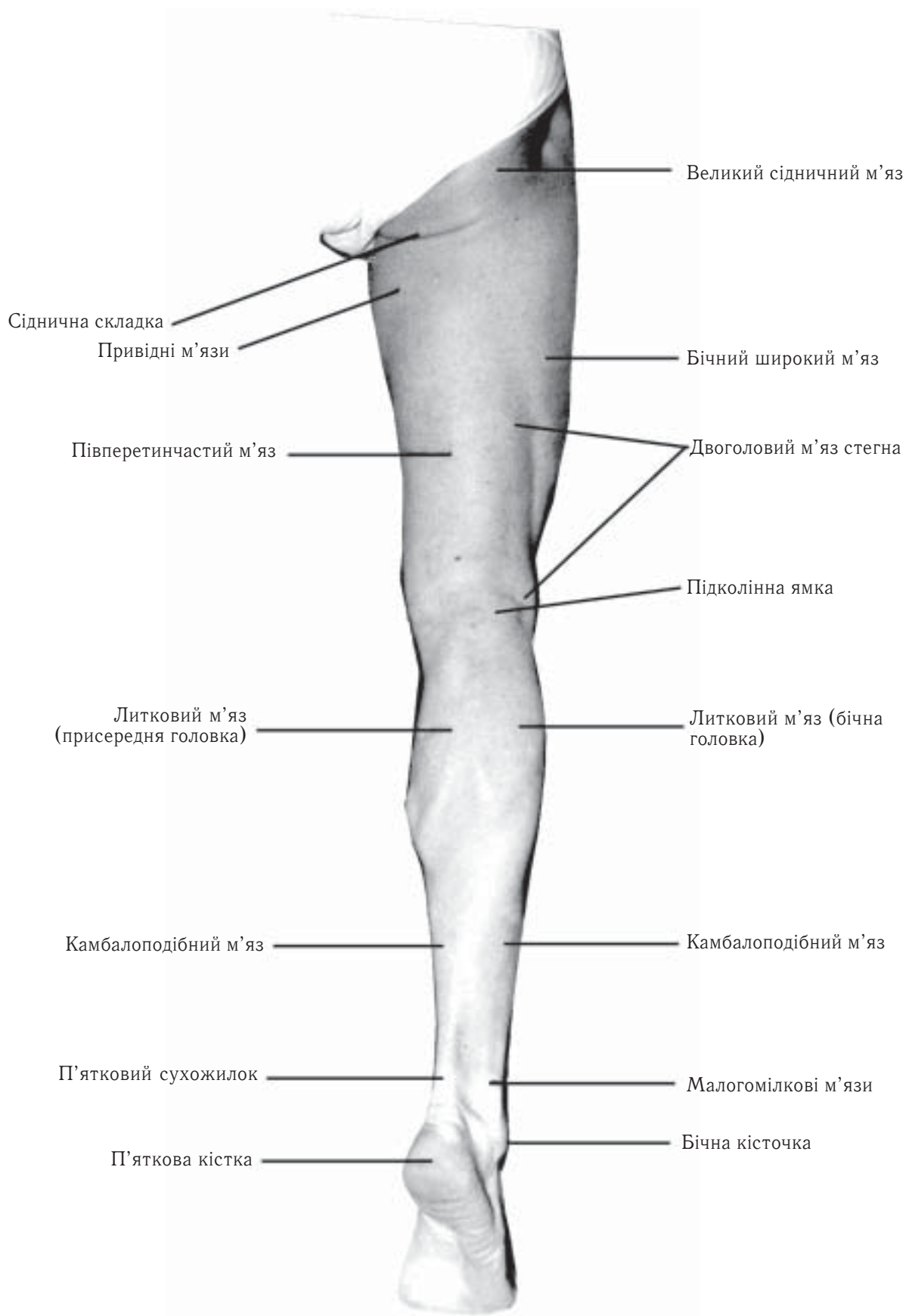


Рис. 246. Рельєф м'язів нижньої кінцівки (правої, вигляд ззаду).

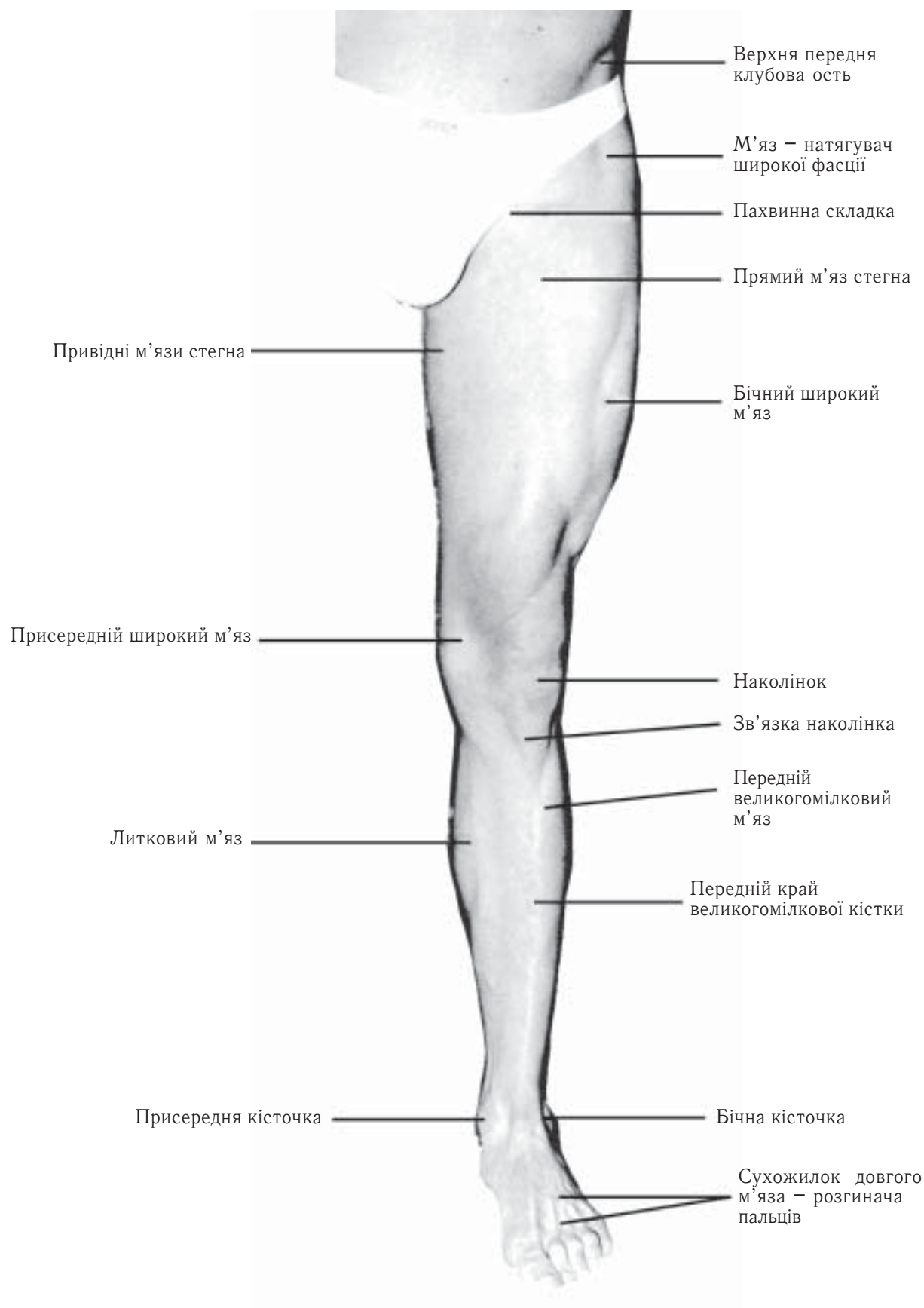


Рис. 247. Рельєф м'язів нижньої кінцівки (лівої, вигляд спереду).

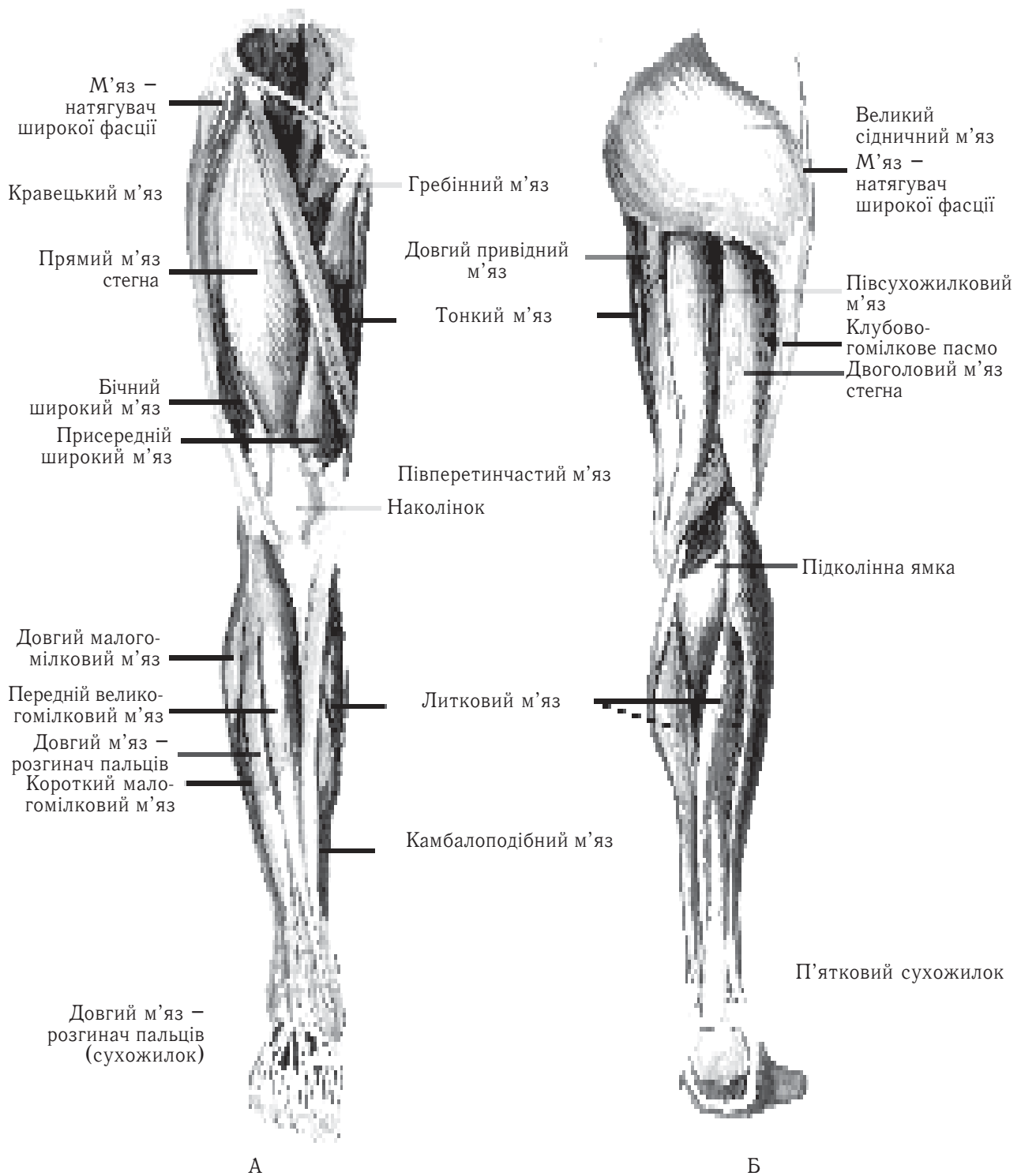


Рис. 248. М'язи нижньої кінцівки:

А – вигляд спереду; Б – вигляд ззаду.

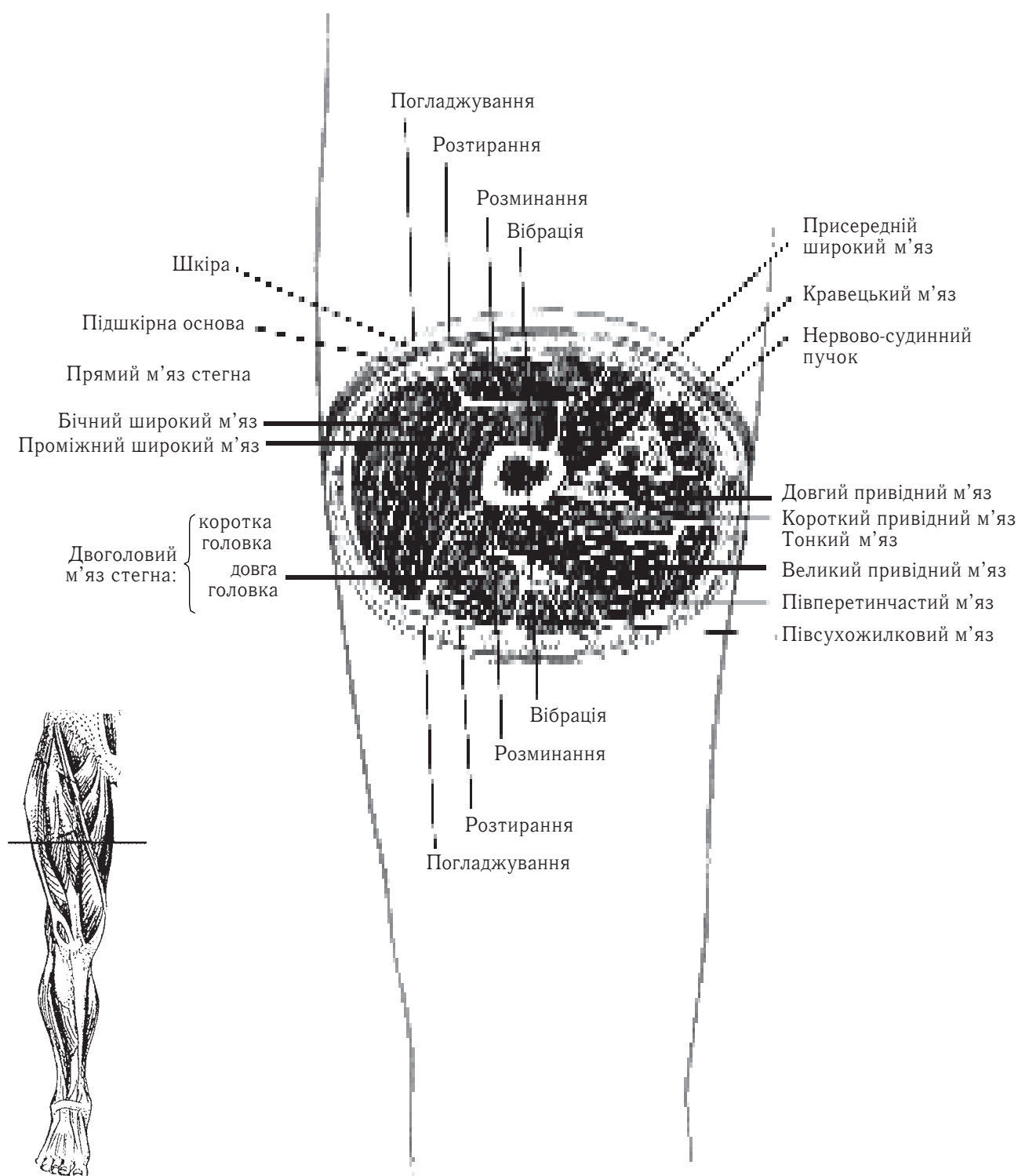


Рис. 249. Горизонтальний розпил середини правого стегна (схема). Вплив основних прийомів масажу на анатомічні структури стегна.

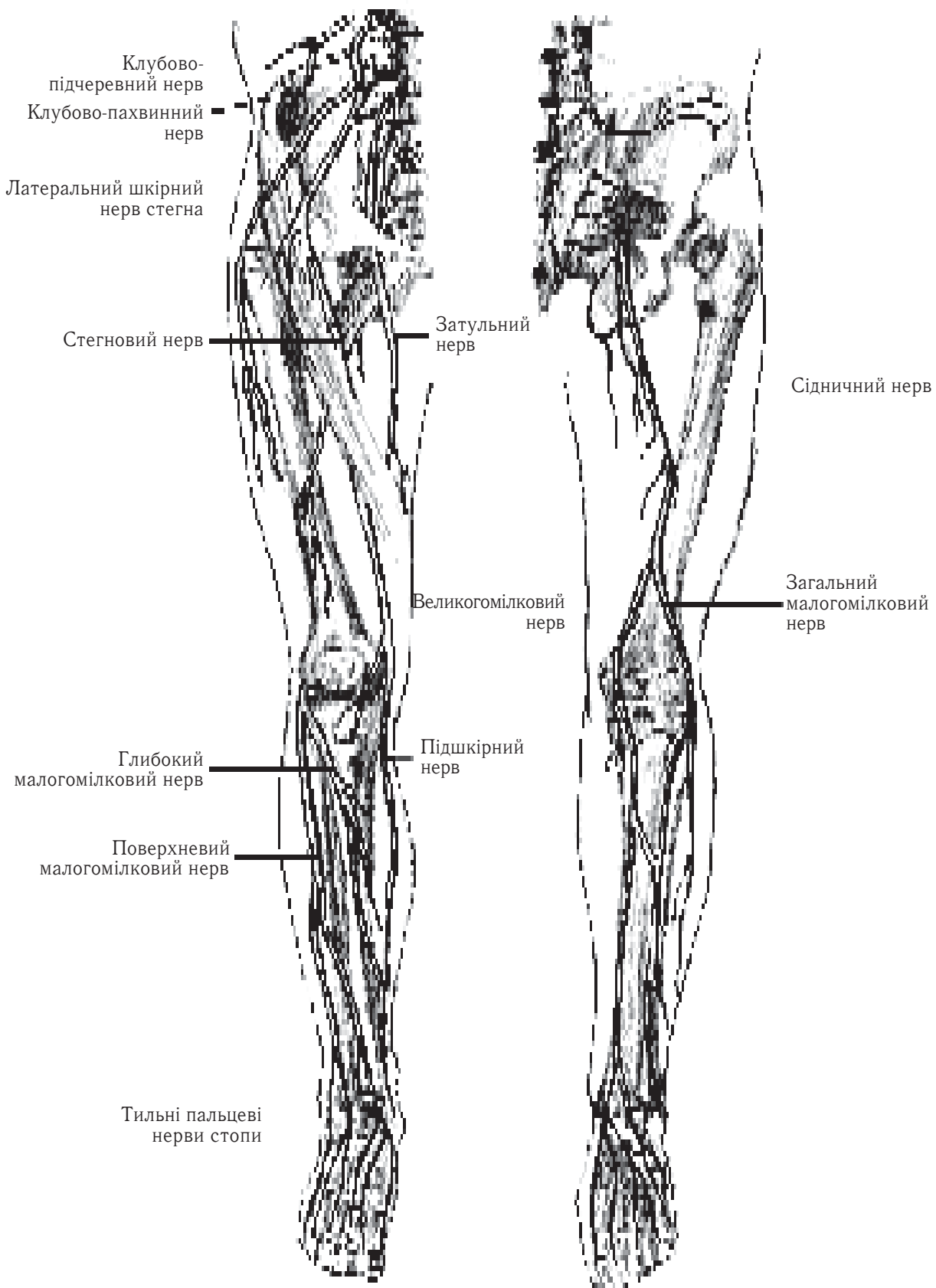


Рис. 250. Крижове сплетення. Нерви нижньої кінцівки.

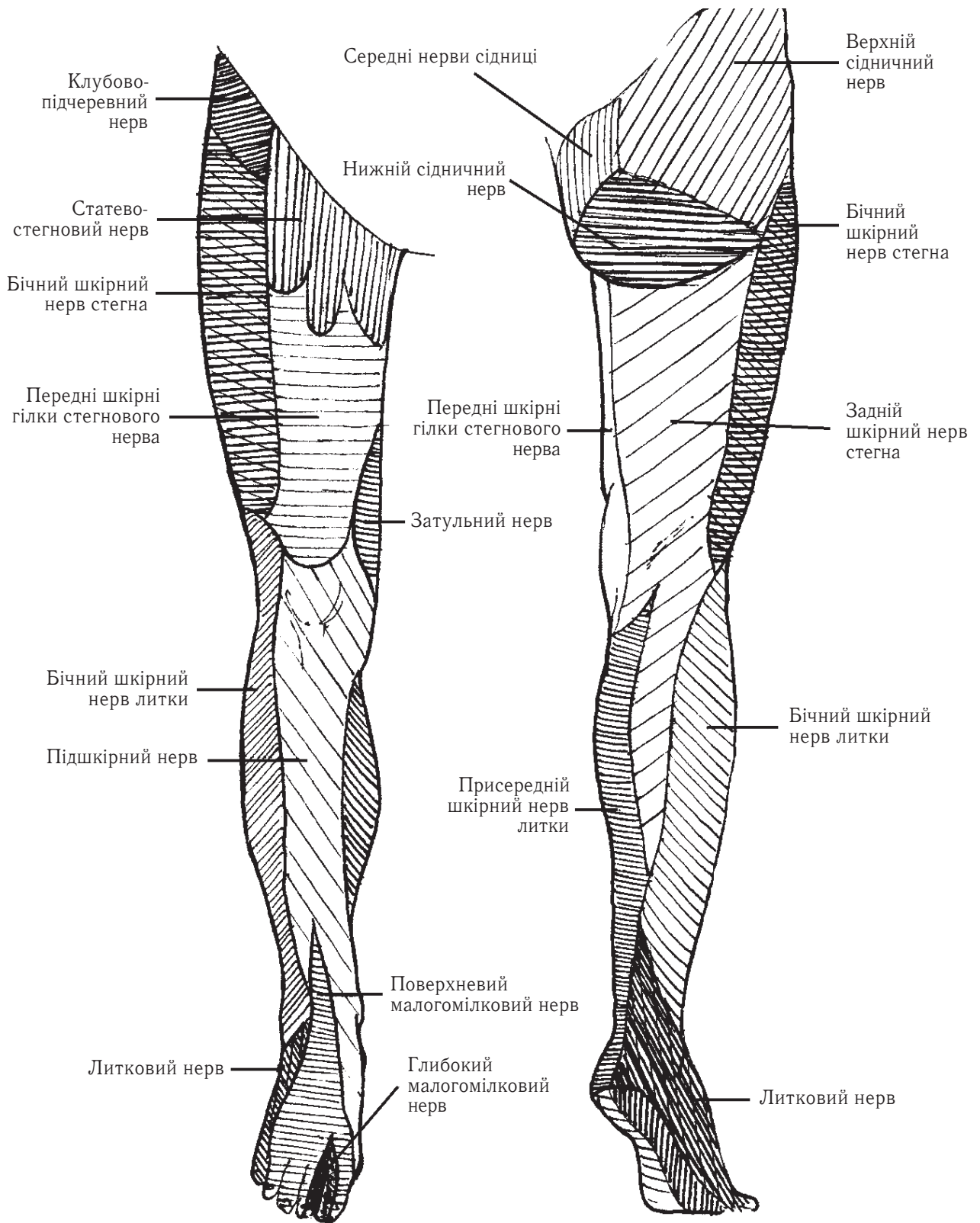


Рис. 251. Іннервація шкіри нижньої кінцівки.

Техніка масажу нижніх кінцівок

Масаж нижніх кінцівок передбачає послідовний масаж стопи, починаючи з пальців, гомілково-стопного суглоба, гомілки, колінного суглоба, стегна, кульшового суглоба, сідниць, нервових стовбурів (рис. 252). Напрямок масажних рухів – до підколінних та пахвинних лімфатичних вузлів (рис. 8, 253). Масаж проводиться у вигляді загального масажу всієї кінцівки та її окремих сегментів.

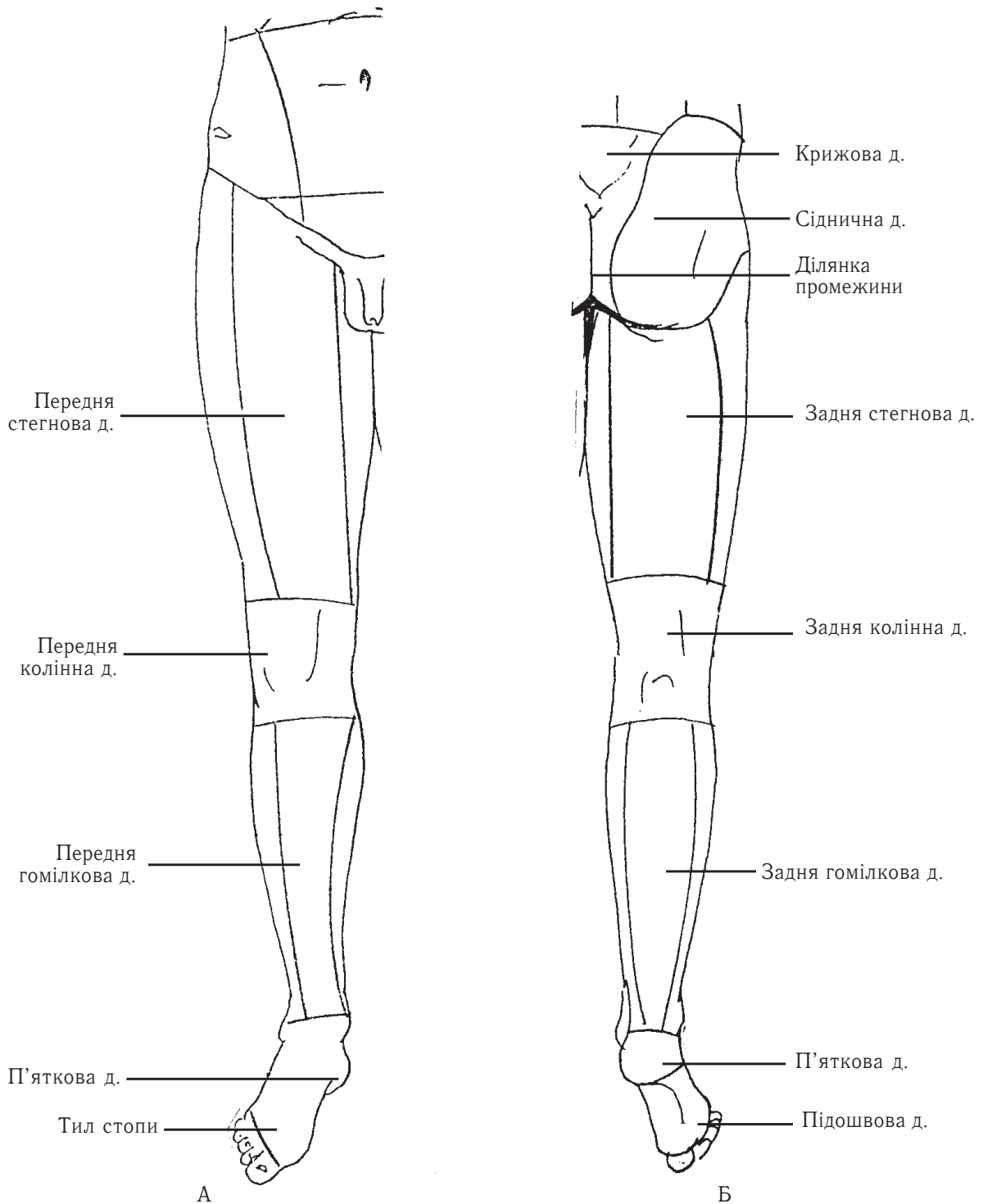


Рис. 252. Ділянки (д.) нижньої кінцівки:

А – задня поверхня; Б – передня поверхня.

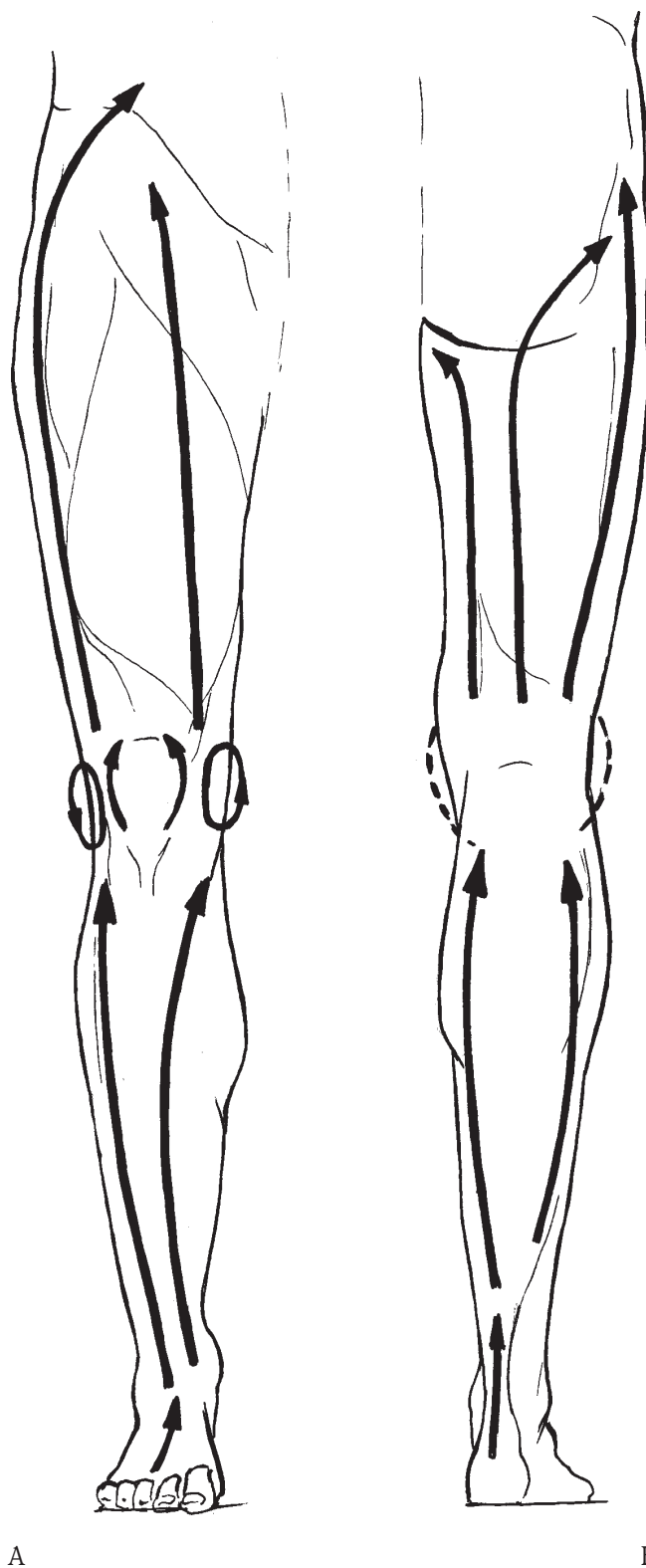


Рис. 253. Напрямок масажних рухів на нижній кінцівці:
А – передньої поверхні; Б – задньої поверхні.

Положення хворого – лежачи, при масажі передніх відділів – лежачи на спині, під колінами валик, при масажі задніх відділів – лежачи на животі, під гомілковостопним суглобом валик. Масажист розміщується збоку від хворого, можна стояти або сидіти.

Підготовчий масаж

Площинне погладжування долонною поверхнею кисті стопи, обхоплююче погладжування двома руками, які рухаються паралельно до гомілки та стегна в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів (рис. 8, 253). Виконується декілька разів. За цей час обхоплюється вся поверхня кінцівки. Глибоке погладжування в цьому ж напрямку, площинне розтирання тильної та підшовної ділянок стопи, площинне та обхоплююче розтирання двома руками, які рухаються назустріч одна одній, всієї поверхні гомілки та стегна. При необхідності досягнення відсмоктувального ефекту масажують спочатку стегно, потім – гомілку та стопу.

Масаж стопи

Погладжування. Поперечне погладжування пальцями тильної та підшовної поверхонь пальців, поздовжнє погладжування бічної поверхні пальців, площинне, поверхневе та глибоке погладжування тильної поверхні (рис. 254), щипцеподібне – бічних поверхонь (рис. 49), гребенеподібне та гладження – на підшовній поверхні в напрямку до гомілковостопного суглоба.

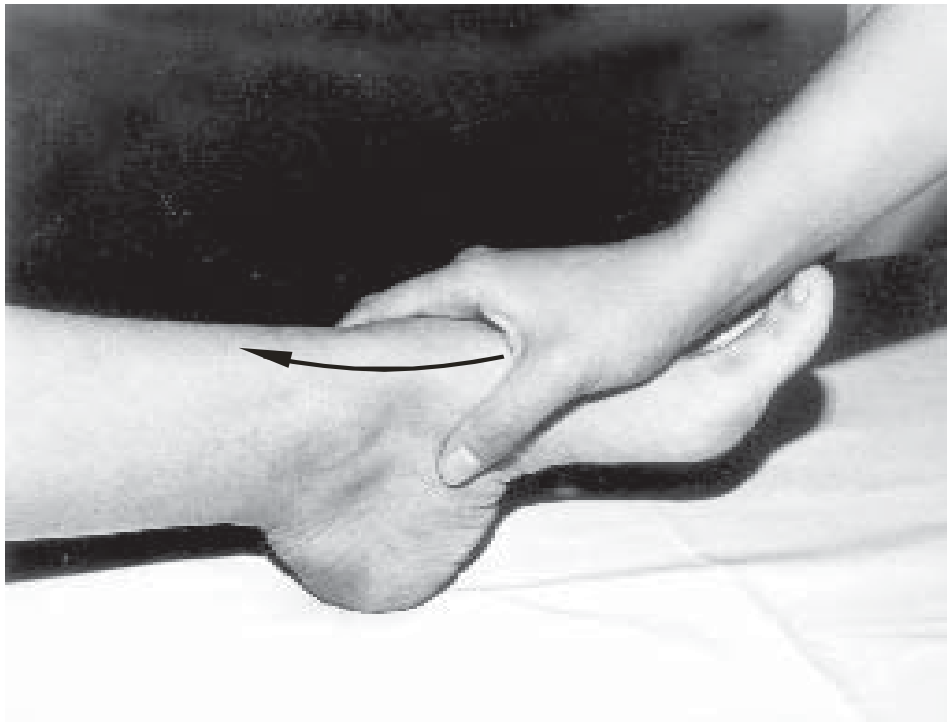


Рис. 254. Поздовжнє обхоплююче погладжування тильної поверхні стопи.

Розтирання: у вигляді штрихування та щипцеподібне пальців і їх суглобів; спіралеподібне розтирання (рис. 255), штрихування, поздовжнє розтирання (рис. 53) тилу стопи, сухожилків – щипцеподібно, міжкісткових проміжків – великим пальцем та граблєподібно; бічного краю стопи – щипцеподібно; підшови – опорною частиною кисті та гребенеподібно прямолінійними і спіралеподібно рухами кистей від пальців до п'ятки і навпаки (рис. 60).

Розминання: натискуванням та зміщенням м'язів тилу стопи, бічних країв – щипцеподібно, м'язів підшови – гребенеподібно, м'язів підвищення великого пальця та мізинця можна ще і щипцеподібно. Розминання міжкісткових та червоподібних м'язів зміщенням сусідніх плеснових кісток у протилежних напрямках.

Вібрація: вібраційні погладжування, лабільна вібрація, поколючування пальцями, рубання, шмагання, струшування стопи. Пасивні та активні рухи в суглобах стопи.

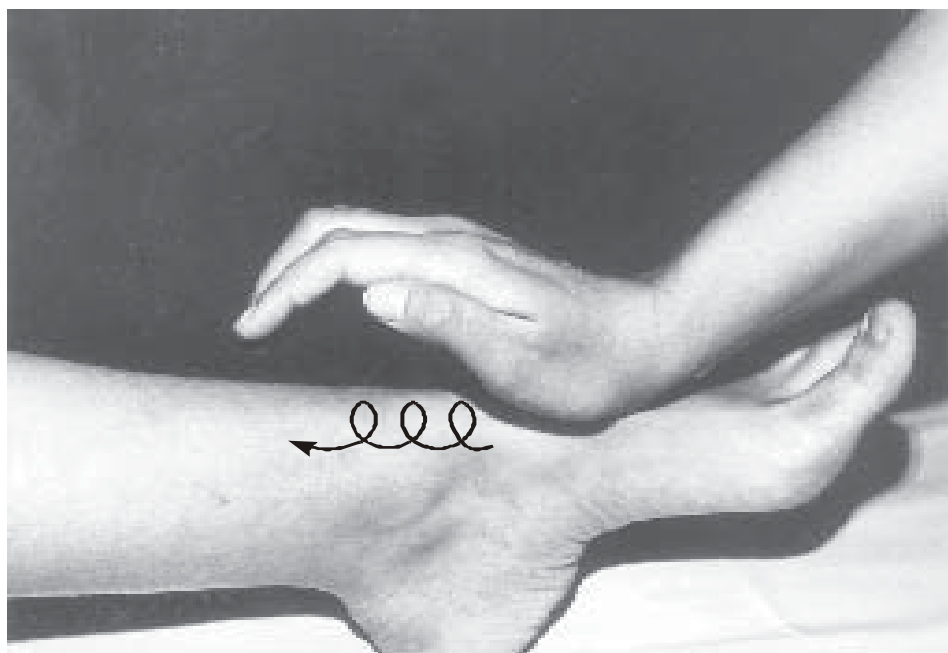


Рис. 255. Розтирання тильної поверхні стопи опорною частиною кисті.

Масаж гомілковостопного (надп'ятково-гомілкового) суглоба

Масаж передньої і бічних поверхонь суглоба: погладжування колове та спіралеподібне пальцями; колове (рис. 57), кільцеве (рис. 256), спіралеподібне розтирання; штрихування. Масаж задньої поверхні суглоба, бічної і присередньої кісточок: погладжування пальцями колове та спіралеподібне; розтирання колове, спіралеподібне, штрихування кінцями пальців; спіралеподібне розтирання місця прикріплення п'яткового сухожилка та щипцеподібне – самого сухожилка (рис. 257). Активні та пасивні рухи в усіх можливих напрямках.

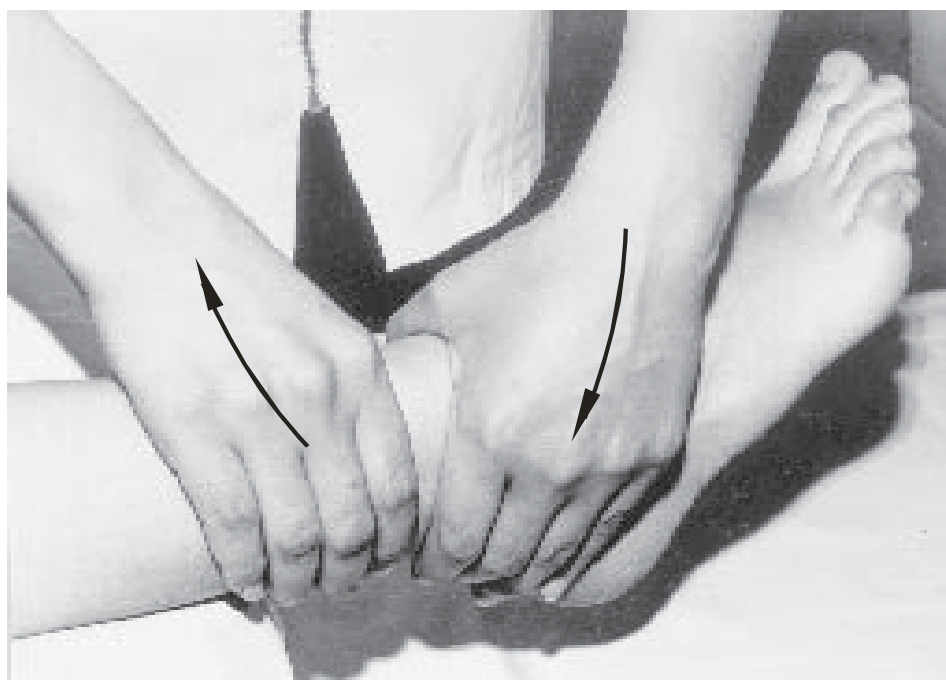


Рис. 256. Кільцеве розтирання гомілковостопного суглоба.

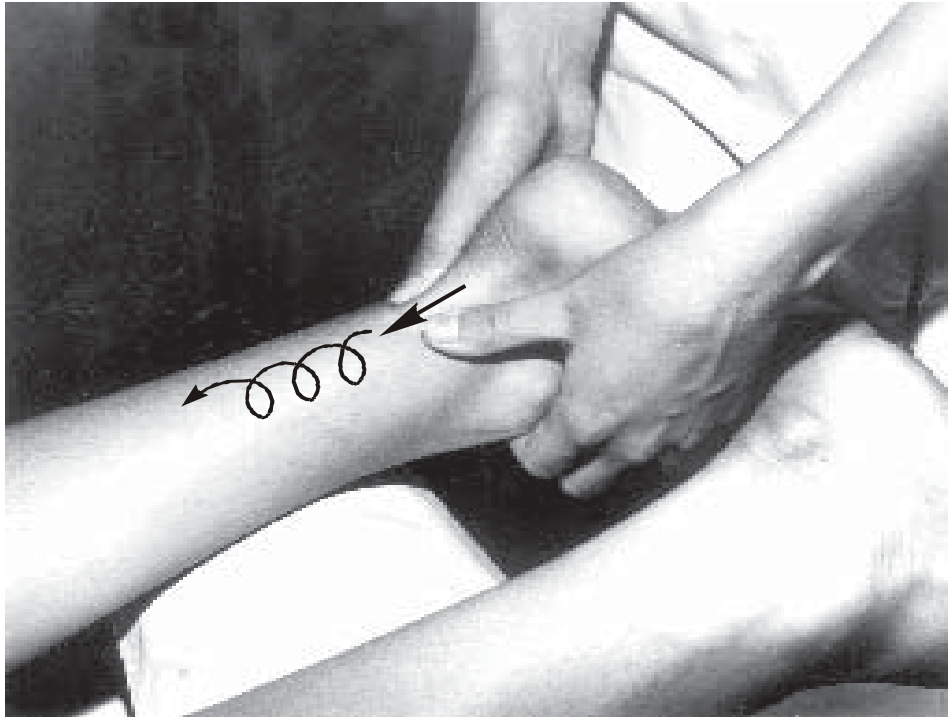


Рис. 257. Спіралеподібне розтирання п'яtkового сухожилка великими пальцями обох рук.

Масаж гомілки

Погладжування. Обхоплююче лінійне поверхневе, потім глибоке погладжування, починаючи від пальців стопи до підколінної ямки однією рукою (рис. 42, 44, 258), обома руками з паралельними (рис. 47) та послідовними (рис. 45, 46, 259) рухами, погладжування спіралеподібне долонною поверхнею кисті, хрестоподібне, гладження. Щипцеподібне погладжування п'яtkового сухожилка.

Розтирання. Площинне та обхоплююче прямолінійне та спіралеподібне розтирання долонною поверхнею кисті, її опорною частиною, пальцями; гребенеподібне кільцеве розтирання (рис. 260), пиляння, стругання м'яких тканин; спіралеподібне розтирання та штрихування окістя переднього краю великогомілкової кістки; щипцеподібне розтирання п'яtkового сухожилка (рис. 257).

Розминання. Okремо масажують м'язи переднього, заднього та бічного відділів гомілки. Масаж м'язів переднього відділу гомілки проводиться від місця їх прикріплення на пальцях та стопі за ходом м'язових волокон, в напрямку до колінного суглоба. Розминання поздовжнє (рис. 261), поперечне; натискування (рис. 262), зміщення пальцями та опорною частиною кисті; гребенеподібне розминання.

Розминання м'язів бічного відділу в напрямку від бічної кісточки до головки малогомілкової кістки. Розминання поздовжнє, поперечне, щипцеподібне, натискування, зміщення пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібне розминання.

Розминання м'язів заднього відділу гомілки: поздовжнє розминання однією (рис. 66) та двома руками (рис. 263), поперечне розминання у висхідному та низхідному напрямках (рис. 264) зі спіралеподібним розтиранням місць початку та прикріплення і щипцеподібним – п'яtkового сухожилка. Стискання, натискування (рис. 265) та валяння м'язів.

Вібрація. Лабільна безперервна вібрація, поплескування, поколючування, рубання, шмагання, потрушування м'язів (рис. 86), точковий масаж в місцях виходу нервів (рис. 266).



Рис. 258. Обхоплююче погладжування гомілки однією рукою.

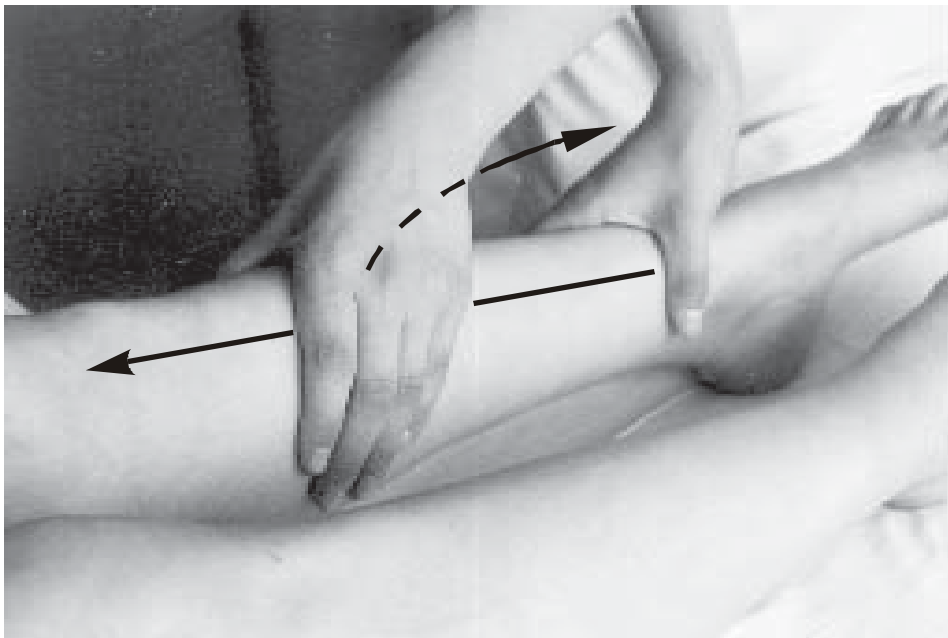


Рис. 259. Обхоплююче поперемінне погладжування гомілки.



Рис. 260. Кільцеве розтирання гомілки.



Рис. 261. Поздовжнє розминання однією рукою м'язів заднього відділу гомілки.



Рис. 262. Розминання натискуванням I пальцем переднього великогомілкового м'яза.

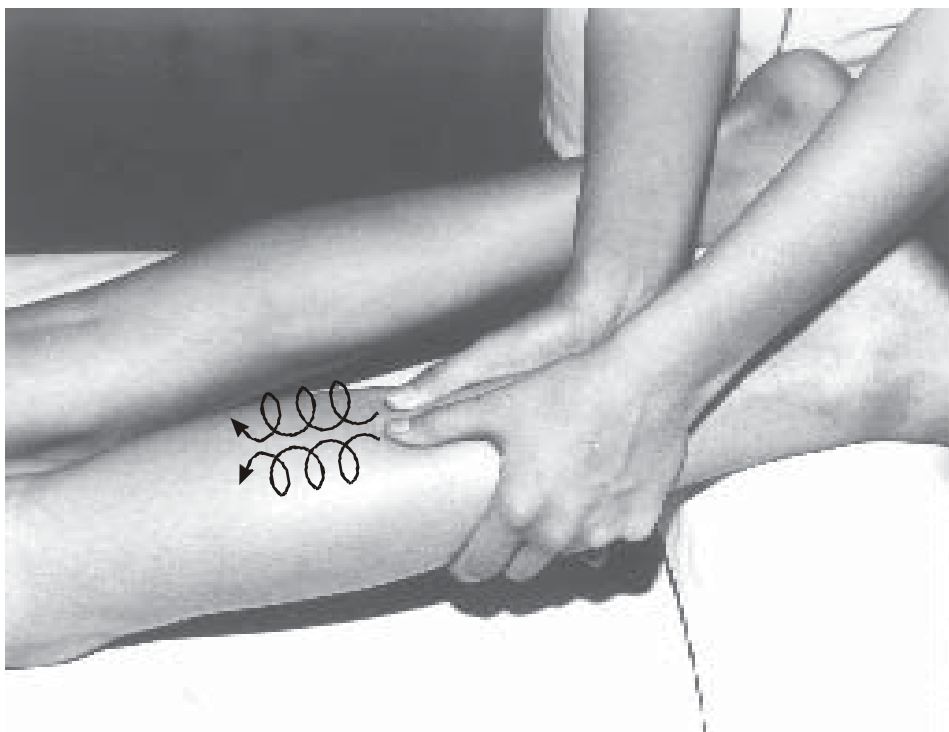


Рис. 263. Поздовжнє розминання двома руками м'язів заднього відділу гомілки.



Рис. 264. Поперечне розминання м'язів заднього відділу гомілки.



Рис. 265. Розминання натискуванням І пальцем камбалоподібного м'яза.



Рис. 266. Точковий масаж на місці виходу малогомілкового нерва.

Масаж колінного суглоба

Передню та бічну поверхню масажують в положенні сидючи чи лежачи на спині, задню – краще в положенні на животі, під стопами валик.

Погладжування. Площинне лінійне та спіралеподібне погладжування пальцями однієї чи обох рук (рис. 267) передньої поверхні суглоба, починаючи нижче наколінка (на 1,5-2 см), обходячи його з боків, продовжують рух вздовж обох країв сухожилка чотириголового м'яза стегна до середини стегна. Обхоплююче погладжування передньої та бічних поверхонь суглоба долонними поверхнями обох кистей, які рухаються колоподібно, послідовно, в протилежних напрямках (концентричне погладжування) (рис. 268). Колове погладжування ліктьовим краєм кисті навколо наколінка, спіралеподібне погладжування наколінка, спіралеподібне погладжування пальцями всієї поверхні суглоба.

Розтирання. Площинне лінійне та спіралеподібне розтирання по обидва боки наколінка (рис. 269, 270). Обхоплююче розтирання передньої, бічних та задньої поверхонь суглоба. Спіралеподібне розтирання пальцями, опорною частиною кисті, штрихування всієї поверхні суглоба та наколінка. Колове розтирання ліктьовим краєм кисті навколо наколінка (рис. 271). Зміщення наколінка в усіх напрямках. Щипцеподібне розтирання сухожилків навколо колінного суглоба (рис. 272). Розтирання першим чи II-IV пальцями суглобової щілини, яка доступна на внутрішній поверхні суглоба в положенні зігнутого коліна (рис. 273).

Масаж задньої поверхні суглоба проводять в положенні на животі, під ступнями валик: ніжне колове і спіралеподібне погладжування та поверхневе розтирання пальцями. Інтенсивні прийоми масажу в підколінній ямці не показані, що зумовлено розміщенням там магістральних нервів, судин, лімфатичних вузлів.



Рис. 267. Погладження в ділянці колінного суглоба.

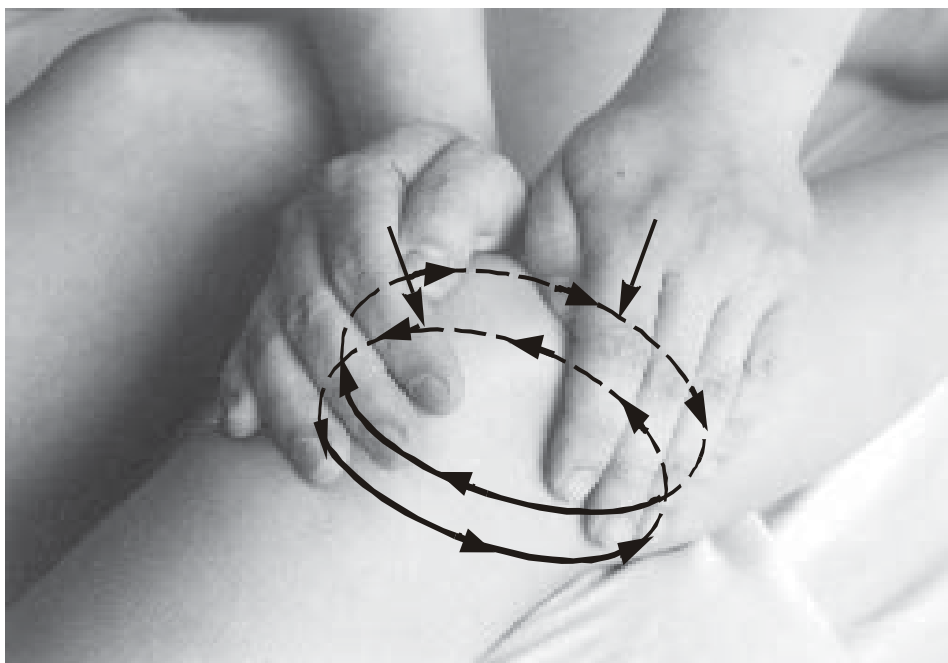


Рис. 268. Обхоплююче погладження (розтирання) колінного суглоба по колу.

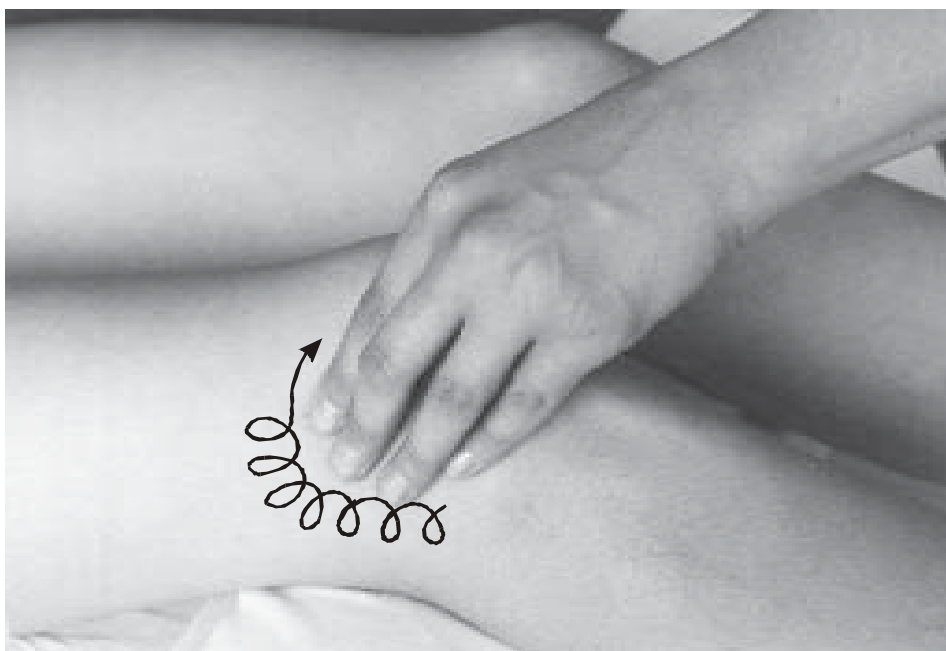


Рис. 269. Спіралеподібне розтирання пальцями однієї руки колінного суглоба.



Рис. 270. Спіралеподібне розтирання великими пальцями обох рук бічних поверхонь наколінка.

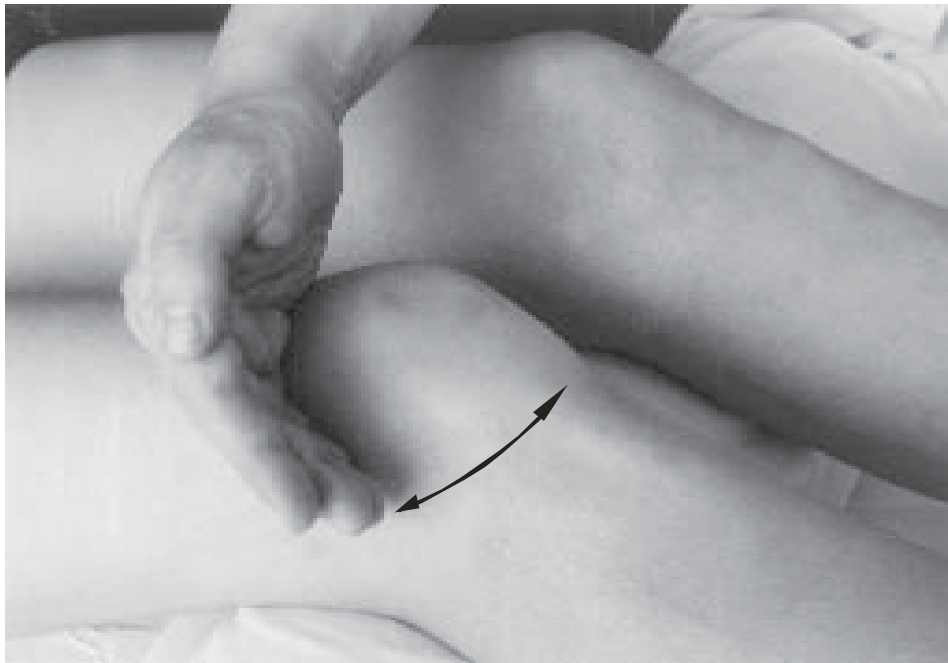


Рис. 271. Колоподібне розтирання колінного суглоба ліктьовим краєм кисті.



Рис. 272. Щипцеподібне розтирання сухожилка чотириголового м'яза стегна.

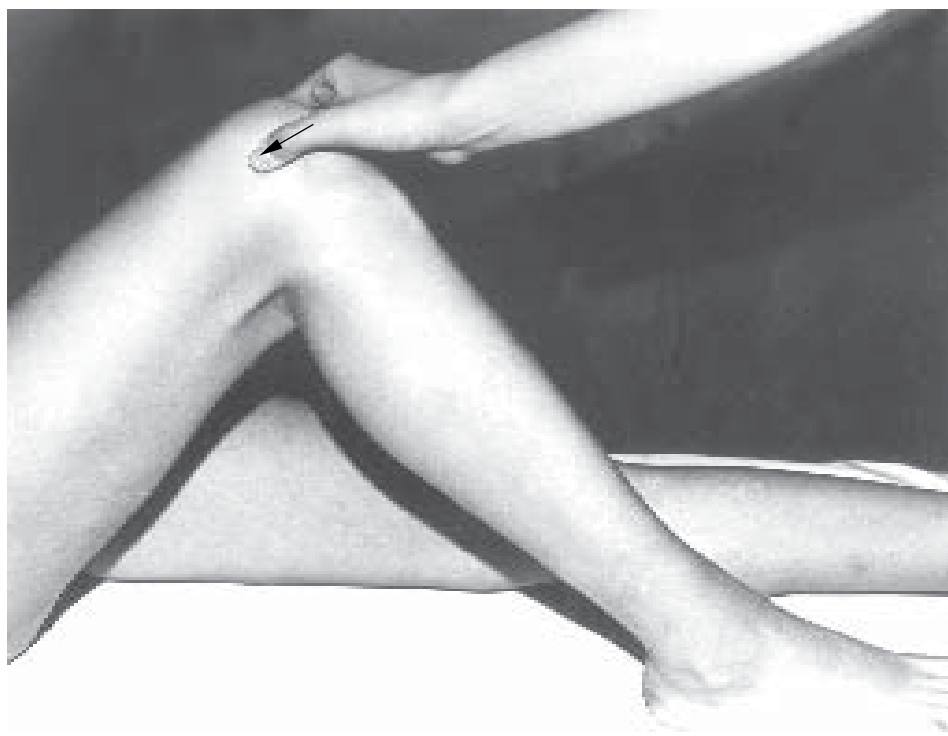


Рис. 273. Масаж колінного суглоба – проникнення в міжсуглобову щілину.

Масаж стегна

Положення хворого: під час масажу передньої стегнової ділянки та стегового трикутника – на спині, під колінами валик; задньої – на животі, під гомілковостопними суглобами валик. Починають масаж від проксимальних відділів гомілки, напрямом рухів – до пахвинних лімфатичних вузлів.

Погладжування. Площинне та обхоплююче поверхнєве і глибоке погладжування всієї поверхні стегна паралельними чи послідовними рухами рук (рис. 40). Спіралеподібне погладжування долонною поверхнею кисті, її опорною частиною, гребенеподібне, хрестоподібне погладжування. Щипцеподібне погладжування сухожилків.

Розтирання. Площинне та обхоплююче розтирання долонною поверхнею кистей обох рук, які рухаються в протилежних напрямках; спіралеподібне розтирання пальцями (рис. 274), долонями (рис. 54), опорною частиною кисті, гребенеподібне (рис. 275), розтирання обтяженою кистю (рис. 276); штрихування, пиляння, стругання (рис. 59), пересікання. Щипцеподібне розтирання сухожилків м'язів.

Розминання. Окремо масажують м'язи переднього, присереднього, заднього відділів стегна. Масаж м'язів переднього відділу стегна включає масаж чотириголового та кравецького м'язів. Масаж чотириголового м'яза стегна. Спіралеподібне розтирання пальцями чи опорною частиною кисті та штрихування місця прикріплення сухожилка (горбистість великогомілкової кістки), цими ж рухами продовжують масажувати наколінок (рис. 272), який міститься в ньому, доходять до м'язового черевця. Розминання м'язового черевця: поздовжнє розминання однією чи двома руками (рис. 67), поперечне розминання обома руками (рис. 68, 277), стискання, натискування, зміщення м'яза, гребенеподібне розминання. Закінчують спіралеподібним розтиранням пальцями чи штрихуванням місця початку м'яза (передня нижня клубова ость, великий вертлюг). Масаж кравецького м'яза: розтирання пальцями і штрихування місця прикріплення (горбистість великогомілкової кістки) та сухожилка м'яза; щипцеподібне, гребенеподібне розминання, натискування, стискання, зміщення м'язового черевця; спіралеподібне розтирання та штрихування місця початку (передньої верхньої клубової ості).

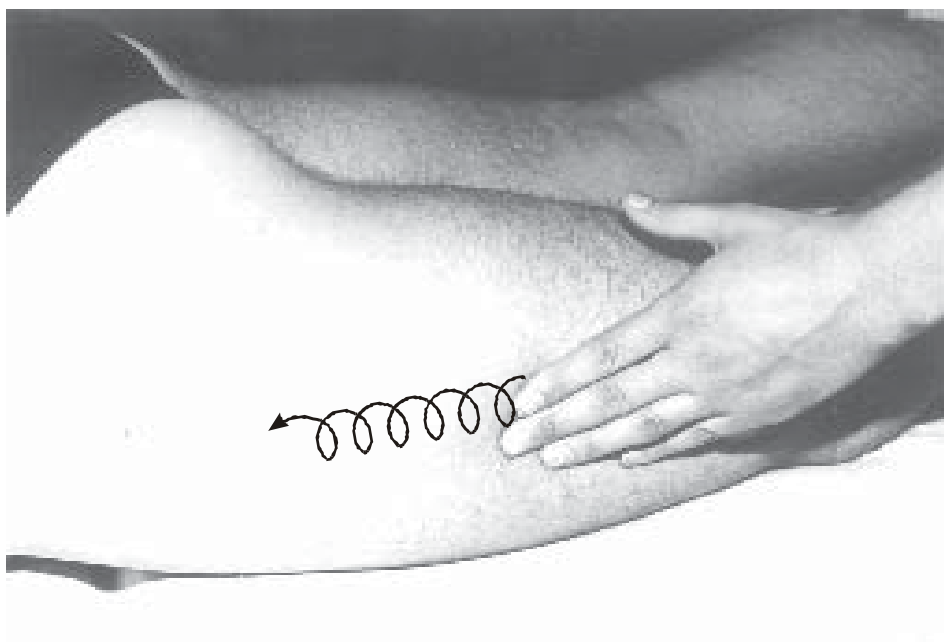


Рис. 274. Спіралеподібне розтирання пальцями зовнішньої поверхні стегна.

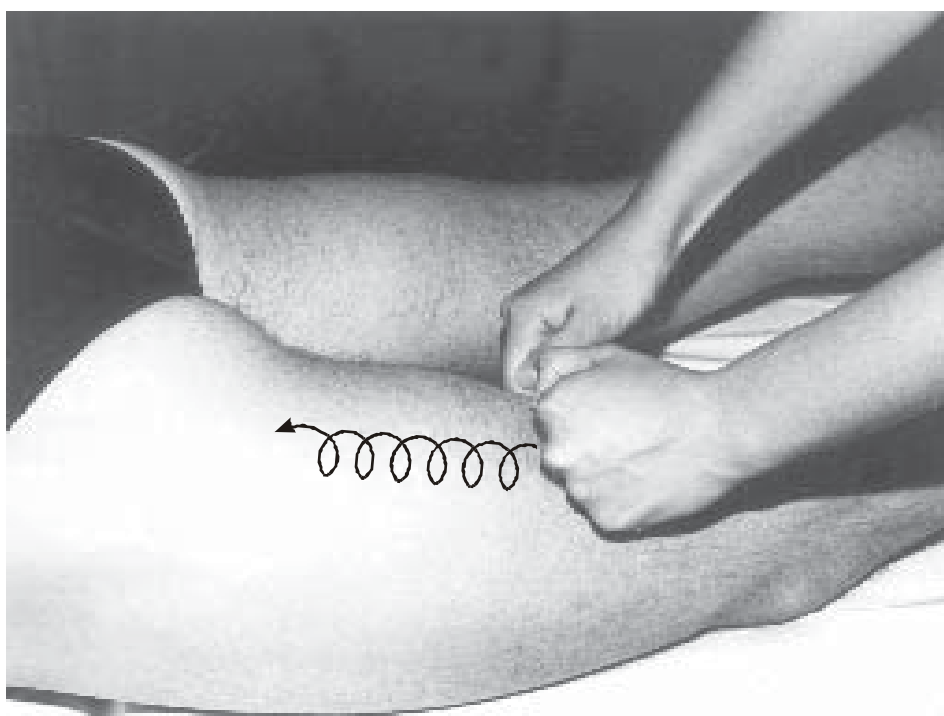


Рис. 275. Гребенеподібне розтирання задньої поверхні стегна.

Масаж м'язів присереднього відділу стегна. До його складу входять м'язи, які приводять стегно. Починається масаж спіралеподібним розтиранням та штрихуванням місць прикріплення м'язів (гребінна та шорстка лінії стегнової кістки і горбистість великогомілкової кістки), сухожилків м'язів. Розминання м'язів поздовжнє та поперечне у висхідному та низхідному напрямках, гребенеподібне, щипцеподібне, натискування, зміщення. Спіралеподібне розтирання пальцями та штрихування місць початку м'язів (лобкової кістки, для великого привідного – нижньої гілки сідничної кістки та сідничного горба).

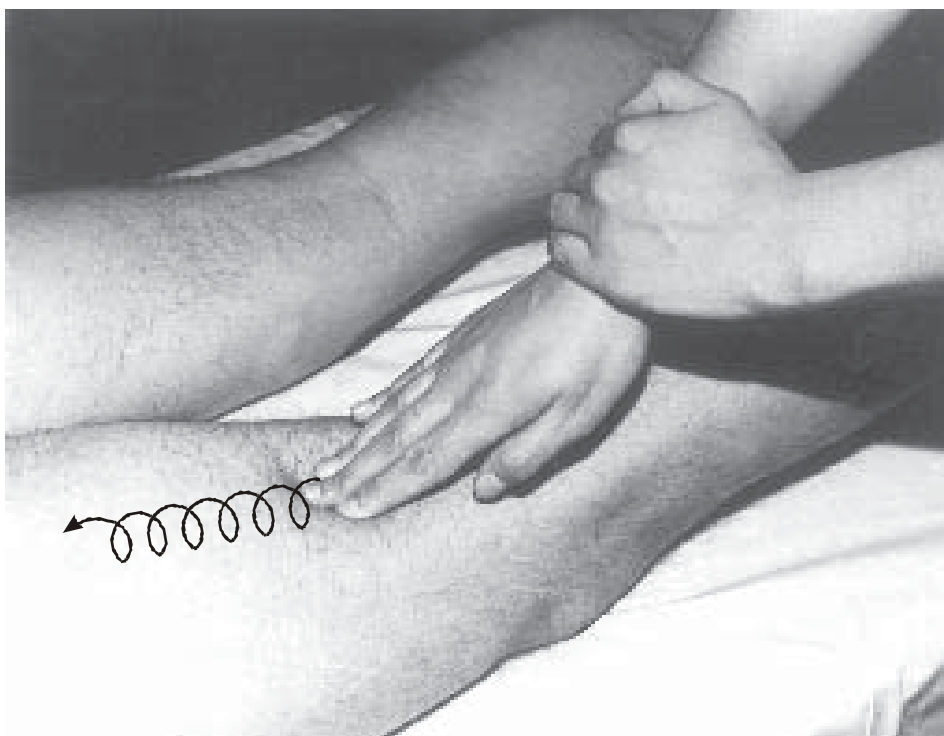


Рис. 276. Спіралеподібне розтирання пальцями з обтяженою кистю за ходом сідничного нерва.



Рис. 277. Поперечне розминання м'язів переднього відділу стегна.

Масаж м'язів заднього відділу стегна. Задній відділ стегна складають його згиначі, їх краще масажувати у положенні хворого на животі, під гомілковостопними суглобами валик. Розтирання та штрихування місць прикріплення м'язів (головка малогомілкової, горбистість та відросток великогомілкової кісток), сухожилків м'язів. Поздовжнє розминання однією чи двома руками

(рис. 278), поперечне розминання обома руками у висхідному та низхідному напрямках (рис. 279), гребенеподібне (рис. 280), розминання кулаком, стискання, натискування (рис. 281), зміщення, валяння м'язів.

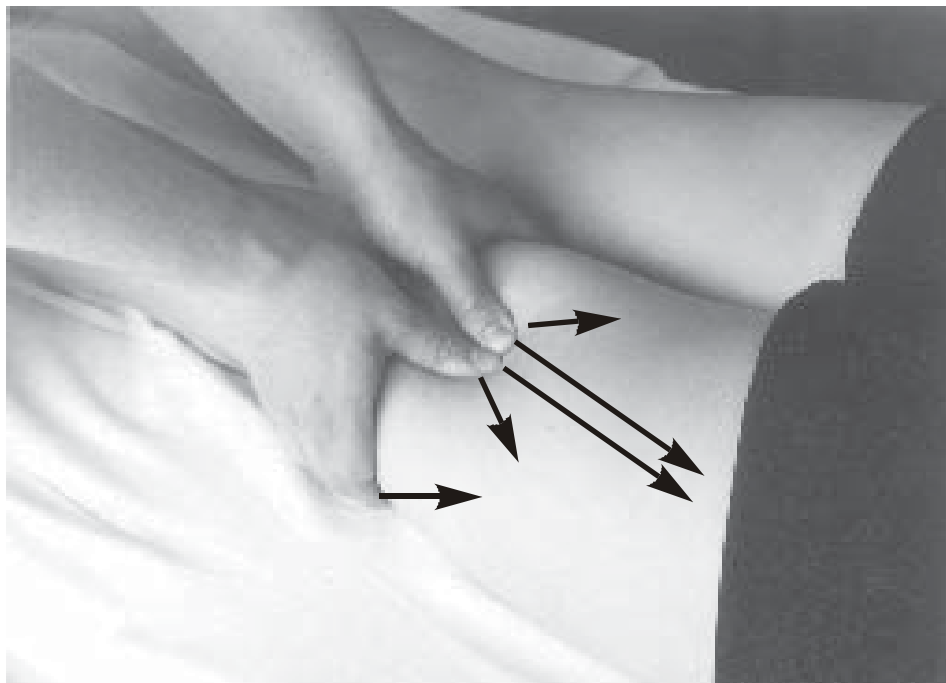


Рис. 278. Поздовжнє розминання м'язів заднього відділу стегна двома руками.

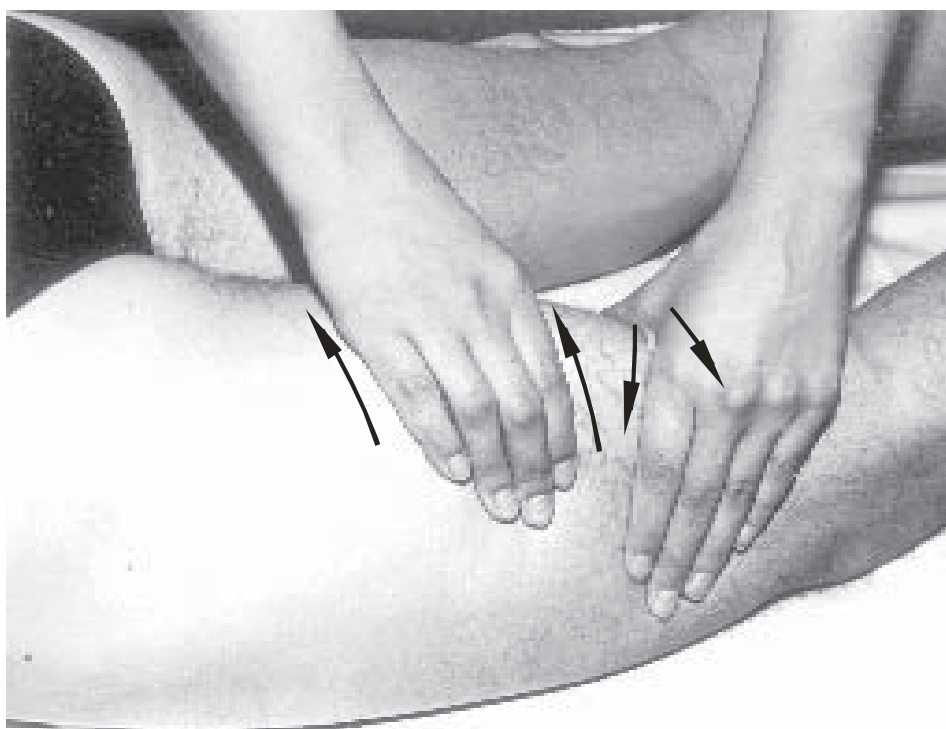


Рис. 279. Поперечне розминання м'язів заднього відділу стегна.

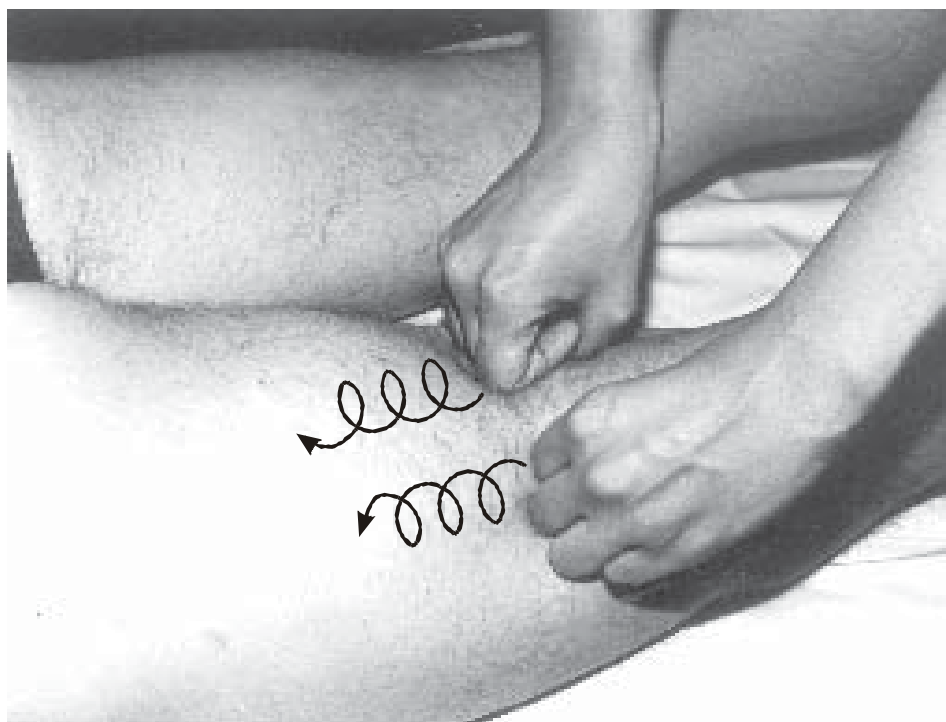


Рис. 280. Розминання м'язів заднього відділу стегна натискуванням гребенеподібно поставленими пальцями обох кистей.

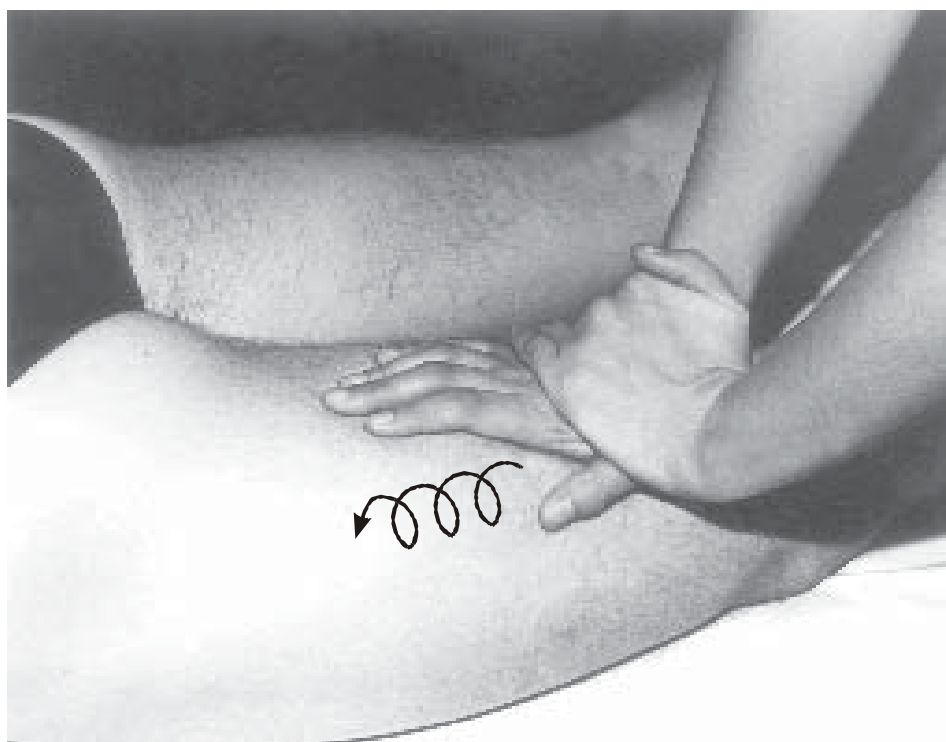


Рис. 281. Розминання м'язів заднього відділу стегна натискуванням з спіралеподібними рухами обтяженої кисті.

Вібрація: стабільна (рис. 282), лабільна (рис. 82, 283) безперервна вібрація, пунктування пальцями, поколювання пальцями та кулаком (рис. 91), поплескування, рубання, шмагання, потрушування м'язів (рис. 284).

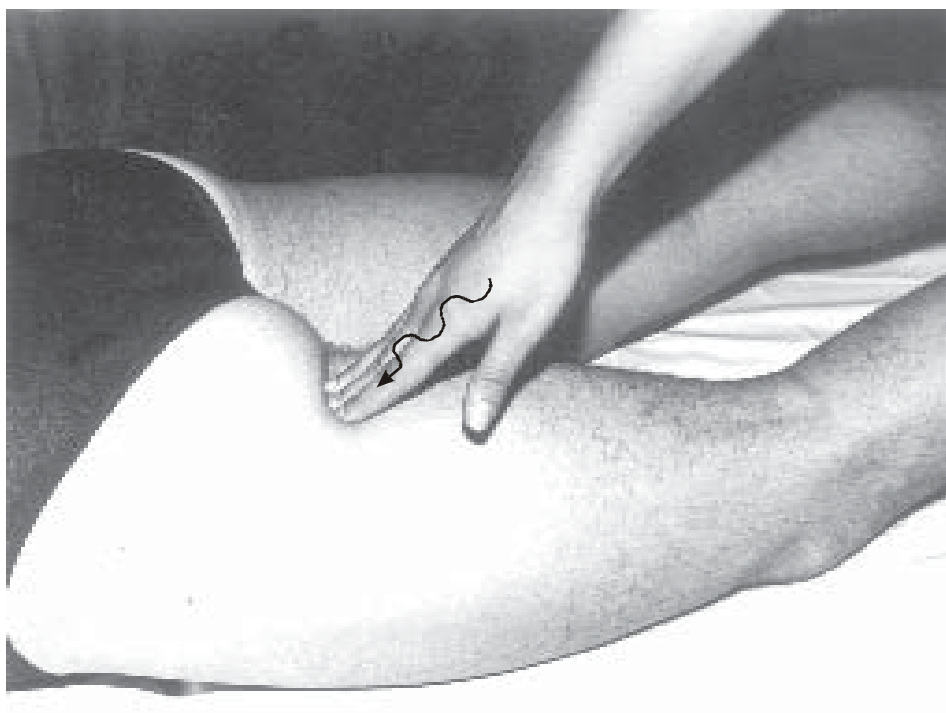


Рис. 282. Стабільна вібрація в місці проходження сідничного нерва однією рукою.

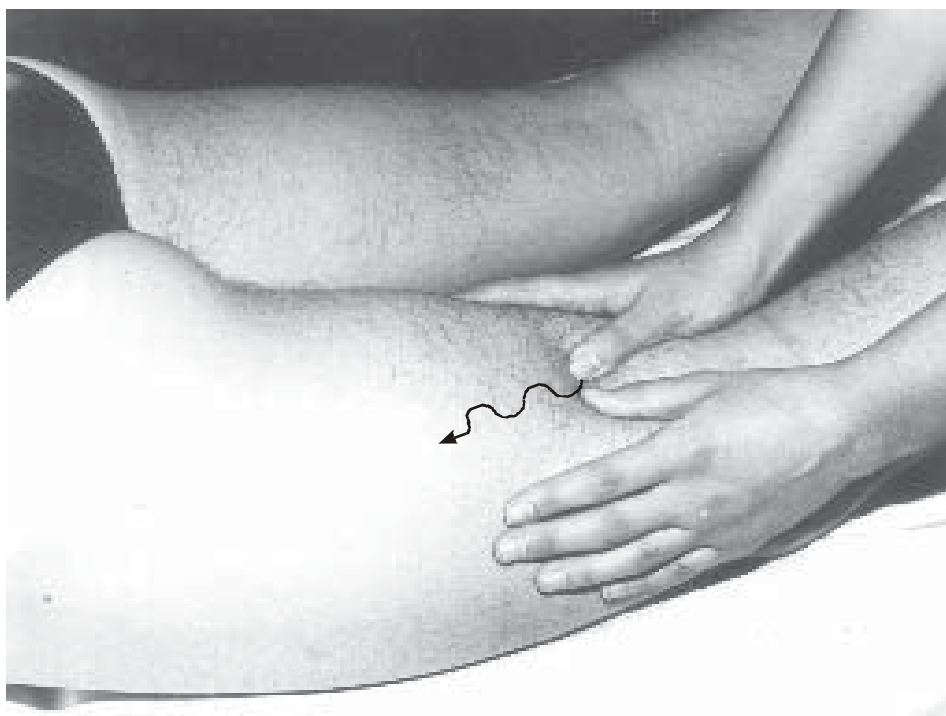


Рис. 283. Лабільна безперервна вібрація обома руками по ходу сідничного нерва.

Закінчують масаж м'язів стегна їх валянням (рис. 69), стисканням (рис. 80), потрушуванням усіх м'язів стегна, струшуванням кінцівки, активними та пасивними рухами в колінному та кульшовому суглобах.

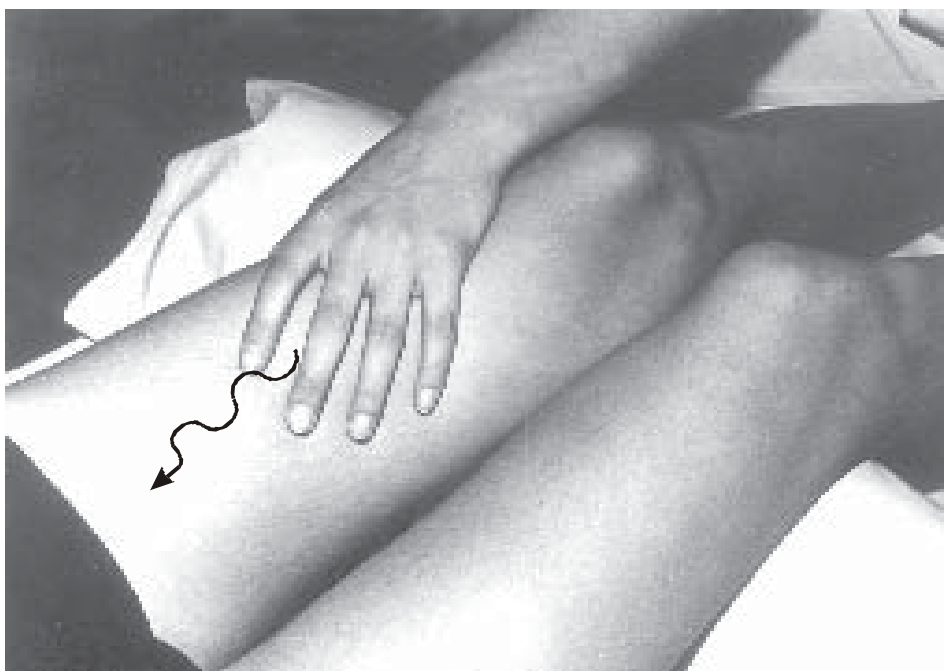


Рис. 284. Потрушування м'язів переднього відділу стегна.

Масаж сідничної ділянки

Погладжування від зовнішньої поверхні клубової кістки, задньої поверхні крижової кістки та куприка в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів: площинне та обхоплююче, поверхнєве та глибоке погладжування, погладжування опорною частиною кисті, обтяженою кистю.

Розтирання циркулярне долонями (рис. 285), пальцями (рис. 286), опорною частиною кисті, кулаком, обтяженою кистю, гребенеподібно, пиляння, пересікання сідничної ділянки. Розтирання пальцями циркулярне і штрихування клубової, крижової та куприкової кісток, гребенів клубових кісток.



Рис. 285. Спіралеподібне розтирання сідничних ділянок долонними поверхнями кистей.

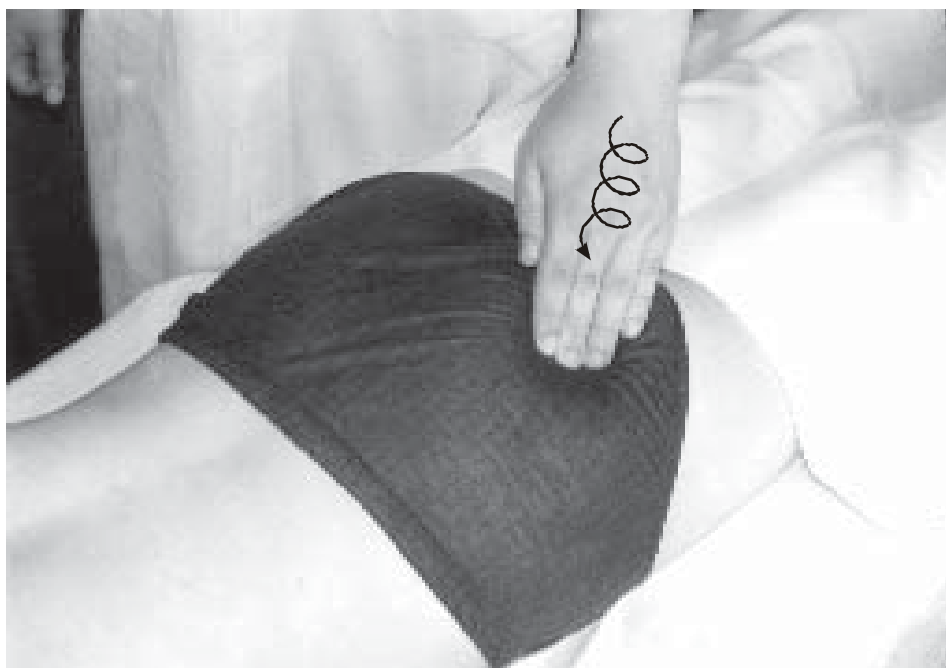


Рис. 286. Спіралеподібне розтирання пальцями сідничної ділянки.

Розминання м'язів сідничної ділянки. Великий сідничний м'яз масажують в напрямку м'язових волокон від місць початку (описано вище) до сідничної горбистості стегнової кістки, далі до верхньої третини зовнішньої поверхні стегна, де його волокна влітаються в широку фасцію. Масажні рухи можуть виконуватися і в зворотному напрямку. Використовують поздовжнє, гребенеподібне (рис. 287), поперечне розминання обома руками (рис. 288), стискання, натискування, зміщення, розтягування великого сідничного та глибше розміщених м'язів.



Рис. 287. Гребенеподібне розтирання натискуванням обтяженою кистю сідничної ділянки.

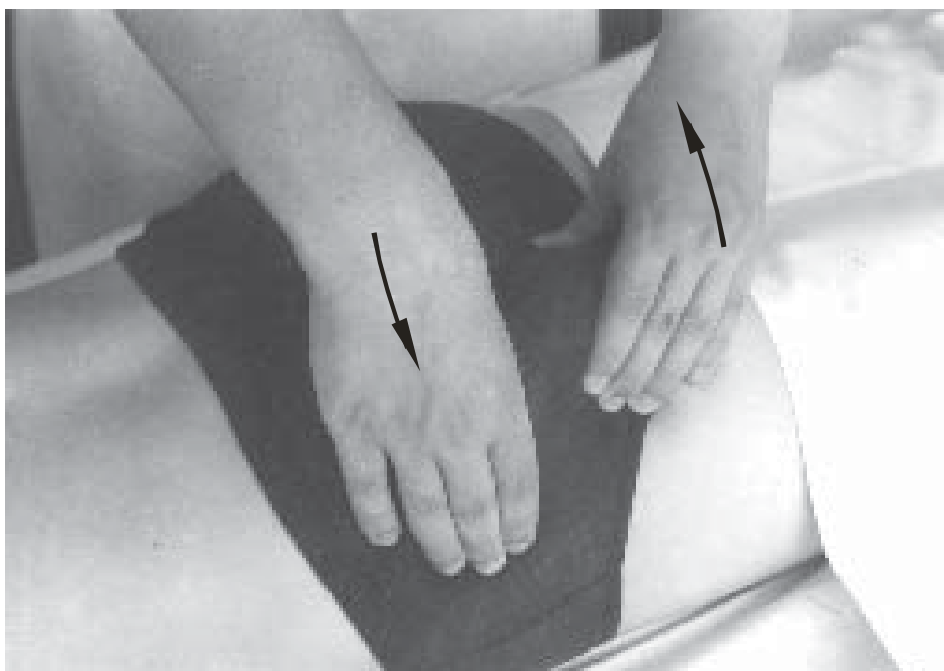


Рис. 288. Поперечне розминання сідничних м'язів.

Вібрація. Безперервна стабільна, лабільна вібрація, рубання, поплескування, поколючування, шмагання, потрушування м'язів. Закінчують погладжуванням.

Масаж кульшового суглоба

Кульшовий суглоб розміщений глибоко, він прикритий великим шаром м'язів і малодоступний для масажу. Найбільш доступна ділянка – ззаду між сідничною горбистістю та великим вертлюгом: для масажу використовують погладжування та розтирання глибоке спіралеподібне кінцями пальців, гребенеподібне. На інших ділянках навколо суглоба проводять глибоке розтирання опорною частиною кисті, гребенеподібне, обтяженою кистю.

Практичні рекомендації щодо масажу нижніх кінцівок.

1. Масажу окремих сегментів верхньої кінцівки повинен передувати підготовчий масаж всієї кінцівки. О.Ф. Вербов (1966) рекомендує починати масаж нижньої кінцівки з масажу стопи. Для досягнення відсмоктувального ефекту спочатку масажують стегно, потім – гомілку та стопу.

2. У зв'язку з тим, що більшість м'язів гомілки закінчується на стопі, масаж м'язів гомілки повинен охоплювати і стопу, починаючи від кінчиків пальців. Масажувати окремо стопу чи гомілку – менш ефективно.

3. Масаж м'язів стегна повинен поєднуватися з масажем сідничної ділянки.

4. Масаж нижніх кінцівок рекомендують поєднувати з масажем прихребтових та рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з L5–L1, S5–S1, D12–D10 спинномозковими сегментами.

5. Масаж в підколінній ямці та пахвинній ділянці не рекомендують. Тут розміщені лімфатичні вузли.

6. Масаж в місцях поверхневого розміщення магістральних судин та нервових стовбурів не повинен бути енергійним.

7. Внутрішня поверхня стегна є місцем сприйняття статевих подразнень, тому масажні прийоми не повинні бути тривалими. Навпаки, при сексуальних розладах використовується тривалий вплив на ці ділянки.

8. Тривалість масажу залежить від клінічних проявів захворювання і перебуває в межах 3-5 хв для кожного сегмента та 10-15 хв – для всієї нижньої кінцівки.

Показання до призначення масажу нижніх кінцівок. Масаж нижніх кінцівок призначають при захворюваннях і травмах суглобів, м'яких тканин, кісток; захворюваннях кровоносних та лімфатичних судин; захворюваннях і травмах нервової системи, які призводять до порушення функції нижньої кінцівки; при захворюваннях серцево-судинної системи, шкірних, внутрішніх та інших захворюваннях, коли уражаються нижні кінцівки; при втомі, для загальнозміцнювального впливу, підвищення працездатності.

Загальний масаж

О.Ф. Вербов (1966) рекомендує проводити загальний масаж у такій послідовності: спина (включаючи задню шийну ділянку), задні ділянки нижніх кінцівок, передні ділянки нижніх кінцівок, живіт, передні та бічні ділянки грудної клітки, передні шийні ділянки, верхні кінцівки. Масаж голови не входить в загальний масаж (рис. 289).

Методика масажу окремих ділянок описана вище.

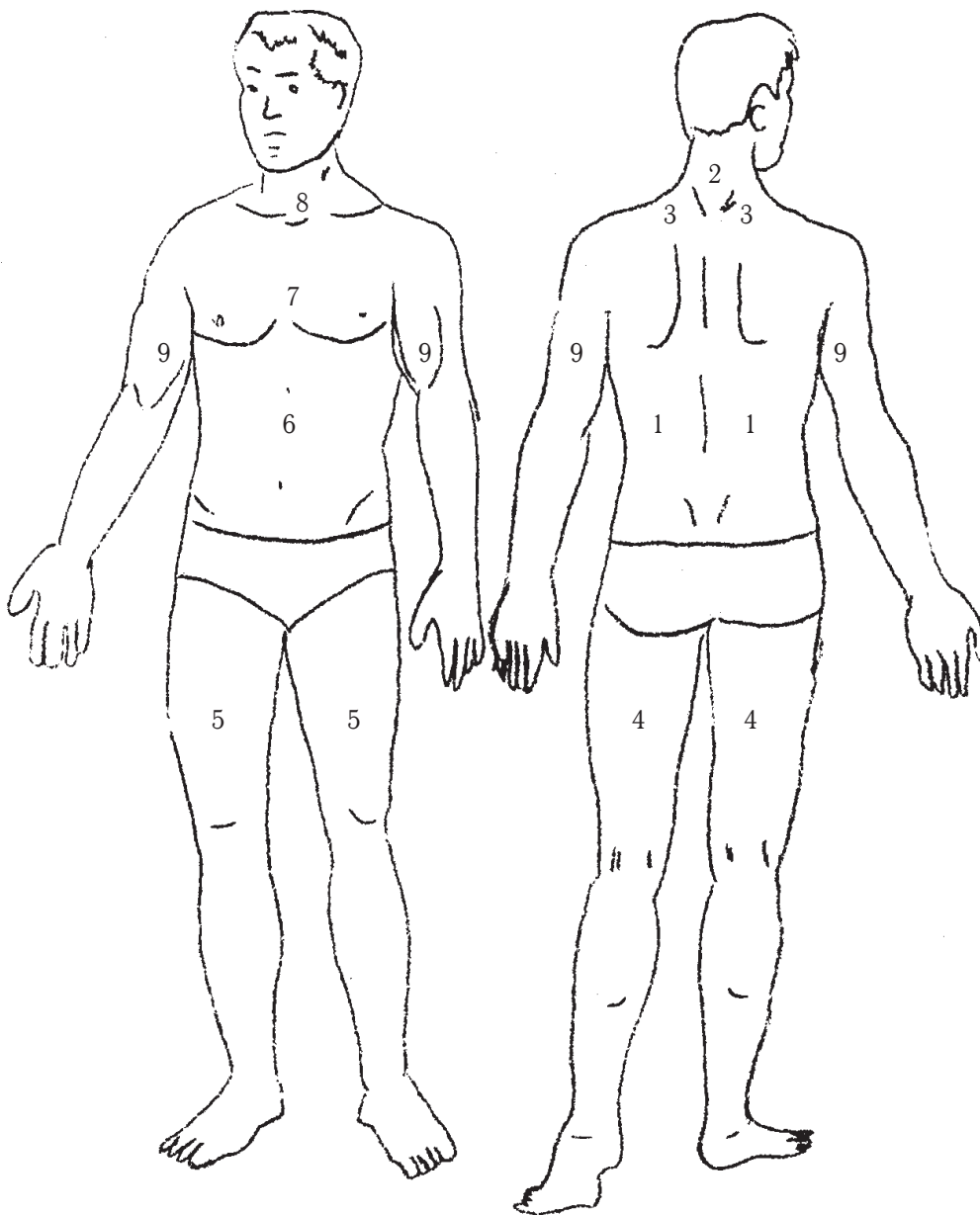


Рис. 289. Послідовність (указана цифрами) масажування окремих ділянок тіла в загальному масажі.

Методичні вказівки

1. Найкращим часом для проведення масажу є перша половина дня, не швидше ніж через 2 год після приймання їжі. Ранішній масаж показаний при неврастенії для підняття працездатності, при розладах обміну, особливо при ожирінні. У передобідній час рекомендують проводити загальний шадний масаж в ослаблених хворих і реконвалесцентів.

2. При проведенні загального масажу необхідно враховувати показання та індивідуальні особливості хворого. Залежно від цього визначаються види і прийоми масажу, дозування прийомів, повторюваність впливу, тривалість масажу окремих ділянок та ін.

3. Тривалість перших процедур масажу не повинна бути більша ніж 15-20 хв і при необхідності далі може бути доведена до 40-50 хв. У перші дні загального масажу масажні рухи не повинні бути інтенсивними. З метою адаптації до масажу тривалість його та інтенсивність масажних прийомів повинна наростати поступово.

4. Тривалість масажу окремих ділянок тіла вирішується індивідуально. Орієнтовне співвідношення їх таке: масаж спини, шиї, таза – 25 % часу всієї процедури, ніг – 30 % (по 15 % на кожен ногу), рук – 30 %, передньої поверхні грудної клітки та живота – 15 %. Приблизний розподіл часу на виконання окремих прийомів в основний період лікування: на погладжування, вібрацію – 10 % часу, розтирання – 40 %, розминання – 50 %.

5. Загальний масаж з лікувальною метою рекомендують проводити не частіше ніж 2-3 рази на тиждень. Якщо після масажу хворий відчуває втому, скаржитися на безсоння чи інші негативні явища, необхідно скоротити тривалість масажу, у більш складних випадках – відмінити зовсім.

6. Після загального масажу рекомендують відпочинок у положенні лежачи протягом 15-30 хв.

Розділ 5

МАСАЖ ДІТЕЙ

Основні правила проведення масажу дітей такі, як і в дорослих. Проте масажисти повинні пам'ятати особливості дитячого віку (насамперед першого року життя), які впливають на вибір методики масажу та деякі особливості його, зумовлені віком дитини.

У скелеті дитини в процесі росту та розвитку відбуваються складні перетворення, на які впливають зовнішні та внутрішні фактори. Кісткова тканина у дитини грудного віку має волокнисту будову, бідна мінеральними солями, містить у великій кількості воду та кровonosні судини. Тому кістки дитини м'які, гнучкі, недостатньо міцні, легко піддаються викривленню і набувають неправильної форми в результаті носіння тиснучого одягу, вузького взуття, систематично неправильного положення на руках, в ліжку.

До 2-х років кістки дитини за будовою наближаються до кісток дорослого, а до 12 років вже не відрізняються від них.

У новонароджених хребтовий стовп прямий, без фізіологічних вигинів. З ростом дитини і виконанням нових функцій з'являються фізіологічні вигини. Шийний вигин випуклістю вперед формується до 2-місячного віку у зв'язку з тим, що дитина починає тримати голову; грудний вигин випуклістю назад з'являється в 6 місяців, коли дитина вже може сидіти; поперековий вигин вперед виникає після року, коли дитина починає ходити. До 3-4 років життя конфігурація хребтового стовпа набуває характерної форми, що нагадує латинську букву S. Хребтовий стовп дуже гнучкий, може здійснювати різні рухи – обертання, нахил назад, вперед, вбоки. Постійне носіння дитини на одній руці, неправильне положення її в ліжку, при годуванні, занадто м'яка постіль або висока подушка можуть викликати деформацію хребтового стовпа навіть у здорової дитини.

М'язова тканина у новонароджених та дітей грудного віку розвинута слабо, м'язові волокна значно тонші, ніж у дорослих. У перші місяці життя відзначають підвищення тону м'язів-згиначів на кінцівках ("фізіологічний гіпертонус"), що пов'язано з особливостями функції центральної нервової системи. Тому дитина у перші місяці життя лежить із зігнутими руками та ногами. Урівноваження тону м'язів-антагоністів на верхніх кінцівках настає до 3-х, на нижніх – до 4-х місяців. Для прискорення цього процесу рекомендують: часте спілкування з дитиною, що сприяє пожвавленню активних рухів дитини кінцівками; щоденні теплі ванни; легкі поверхневі погладжування; стимуляцію рефлексорних рухів.

При нормальному розвитку м'язової системи рухові вміння формуються в певній послідовності: спочатку дитина піднімає голову, потім сідає, стає на ноги, повзає, ходить. Важливо не тільки те, коли дитина сяде чи стане на ноги, а як вона буде сидіти чи ходити.

Фізичний розвиток – сукупність морфологічних та функціональних ознак, що визначають запас фізичних сил, витривалості та працездатності. Він залежить від навколишнього середовища, режиму дня, повноцінного вигодовування, проведення різних фізичних вправ, масажу, загартовувуючих процедур. Використовувати ці засоби необхідно не тільки для того, щоб прийти дитині на допомогу, коли її розвиток відстає від норми, а й для планомірного стимулювання всього того, що повинно у неї з'явитися в процесі нормального розвитку.

Особливості масажу, зумовлені віком дитини: під час масажу дитину роздягають; температура в приміщенні не повинна бути нижчою ніж 22-24 °С, у противному разі дитину накривають пелюшкою; руки масажиста повинні бути чистими, теплими, без мозолів та саден; під час масажу дитина повинна перебувати у горизонтальному положенні з дещо зігнутими кінцівками, масажист повинен ласкаво розмовляти з нею; при плачі та неспокої дитини масаж проводити не рекомендують; рухи масажиста повинні бути ніжними, щадними (насамперед у дітей грудного віку); в ділянці суглобів, печінки, нирок інтенсивність впливу зменшують; не рекомендують користуватися тальком та змашувальними засобами, щоб не викликати закупорення пор шкіри дитини.

Різні прийоми мають неоднаковий вплив на нервову та м'язову систему дитини. Погладжування, розтирання, розминання, виконані у спокійному, повільному темпі, заспокоюють нервову систему, сприяють розслабленню м'язів, а переривчаста вібрація підсилює збудливі процеси та

підвищує тонус м'язів. Переривчаста вібрація, як найбільш сильнодіючий прийом масажу, використовується рідко: з метою стимуляції діяльності нервово-м'язового апарату та рефлекторного впливу на функцію внутрішніх органів; для пом'якшення впливу рухи виконуються лише в променево-зап'ясткових суглобах.

Масаж необхідно чергувати з фізичними вправами. Заняття масажем та гімнастикою рекомендують починати з 1,5-2-місячного віку. Для дітей грудного віку використовують рефлекторні, пасивні та активні вправи.

Протипоказань до призначення масажу та фізичних вправ здоровій дитині немає. Протипоказаннями є такі патологічні стани: лихоманка, тяжкі форми гіпотрофії (атрофії), гнійні та інші запальні ураження шкіри, підшкірної основи, лімфатичних вузлів, м'язів, кісток, внутрішніх органів; захворювання, що супроводжуються крихкістю кісток, рахіт в гострий період; гнійні та інші гострі артрити, туберкульоз кісток та суглобів; різні форми геморагічного діатезу, в першу чергу гемофілія; великі грижі з небезпекою защемлення.

Техніка виконання основних прийомів масажу

Масаж рук

Погладжування. Вихідне положення (В.п.): дитина лежить на спині, ногами до масажиста. Великий палець лівої руки масажист вкладає в праву руку дитини, легко притримуючи її іншими пальцями, правою рукою погладжує внутрішню та зовнішню поверхні передпліччя та плеча в напрямку від кисті до плеча (рис. 290, 1). При масажі лівої руки дитини тримати її правою, масажувати лівою. Використовують з 1,5-2 місяців життя.

Розтирання. Спіралеподібними рухами від пальців до плеча проводять легкі розтиральні рухи, утримуючи руку, як при погладжуванні. Використовують при масажі дітей з 3-4 місяців (рис. 292, 1).

Розминання. Дитині дають захопити великий палець руки масажиста, а пальці другої руки розминають поздовжнім розминанням м'язи передпліччя та плеча. Проводять дітям з 6 місяців.

Масаж ніг

Погладжування. В.п. лежачи. Масажист кладе ліву ногу дитини на свою долоню лівої руки, правою рукою погладжує зовнішню та задню поверхні гомілки та стегна в напрямку від стопи до стегна, щоразу обминаючи наколінок назовні та знизу, не допускаючи поштовхів у ділянці колінного суглоба. При масажі правої ноги тримають ногу дитини правою рукою, а масажують лівою (рис. 290, 2). Призначають з 1,5-2 місяців.

Розтирання. В.п. лежачи. Масажист кладе ліву гомілку дитини між долонями своїх рук так, щоб права рука лягла на зовнішню поверхню гомілки, а ліва – на задню; одночасно двома долонями виконують розтираючі колові рухи за годинниковою стрілкою, рухаючи кисті рук від нижньої частини гомілки до стегна і далі до пахвинної ділянки. При масажі правої ноги відповідно міняється положення рук масажиста (рис. 292, 4). Використовується після 3-х місяців.

Розминання. В.п. лежачи. Ліва нога дитини вільно лежить на лівій долоні масажиста, яка підтримує ногу в нижній частині гомілки. Трьома пальцями (II, III, IV) правої руки масажист виконує поздовжнє, щипцеподібне розминання чи одночасно колові та поступальні рухи, розминаючи м'язи гомілки та стегна, починаючи від стоп в напрямку до стегна. Призначають з 6 місяців.

Масаж спини

Погладжування. Дитина лежить на животі ногами до масажиста, руки під грудьми. Масажист погладжує спину дитини починаючи від сідниць до голови тильною поверхнею кистей рук, від голови до сідниць – долонною. Призначається з 1,5-2 місяців життя. До 3-х місяців, коли дитина ще недостатньо зберігає положення на животі, потрібно масажувати однією рукою, іншою – підтримувати тулуб дитини. Після 3-х місяців погладжування виконується одночасно двома руками (рис. 290, 4).

Розтирання спини виконується в положенні дитини лежачи на животі. Кінцями пальців обох рук виконують спіралеподібні розтирання м'язів спини від хребта вбоки по міжребрових проміжках. В такому ж положенні розтирають сідниці. Притримуючи ноги дитини однією рукою, долонною поверхнею другої руки спіралеподібно розтирають сідницю. Потім проводять кінцями пальців легке розтирання бічних ділянок грудної клітки (рис. 292, 9). Призначають з 4-х місяців.

Розминання. Виконується у положенні дитини лежачи на животі. Трьома пальцями (II,III,IV) обох рук масажист виконує одночасно кругові та поступальні рухи, розминаючи натискуванням довгі м'язи спини в напрямку від попереку до шії та ділянки сідниць. Призначається з 4 місяців.

Поплескування. Вихідне положення те ж. Ніжно поплескують м'язи спини, починаючи з сідниць до голови і зворотно тильною поверхнею напівзігнутих пальців. Починають з вказівного, поступово включають в роботу інші пальці кисті масажиста. Так само проводять ніжне поплескування по міжребрових проміжках від хребта в сторони. Призначають з 4 місяців. Поплескування протипоказане при гіпотрофії у зв'язку з тим, що окістя недостатньо прикриті м'якими тканинами.

Масаж живота

Погладжування. Дитина лежить на спині, ногами до масажиста. Долонною поверхнею правої руки масажист виконує колові рухи за годинниковою стрілкою, поглажуючи живіт дитини, не натискаючи на ділянку печінки та не дотикаючись до статевих органів хлопчика (рис. 290, 7). Призначається з 1,5-2 місяців.

Розтирання. В.п. лежачи на спині. Масажист підводить долоні обох рук під поперек дитини, потім обидві руки одночасно переміщує за ходом косих м'язів живота, починаючи з боків до з'єднання долонь над пупком. Призначається з 3-4 місяців (рис. 292, 3).

Масаж грудної клітки

Погладжування. Дитина лежить на спині, виконується долонною поверхнею вказівного і великого пальців по ходу грудних м'язів від груднини до пахвових ділянок (6-8 разів) та легкими рухами зігнутих пальців за ходом міжребрових проміжків від середини до боків грудної клітки (не натискаючи на ребра) по 2-3 рази в кожному проміжку. Призначається з 3 місяців.

Розтирання. Виконується спіралеподібними рухами дещо зігнутих пальців обох рук по передній поверхні грудної клітки та граблеподібно – між ребрами (по 4-5 разів у кожному з них). Призначається з 4 місяців (рис. 292, 6).

Розминання. Виконується спіралеподібними рухами дещо зігнутих пальців по ходу грудних м'язів до пахвових ділянок. Граблеподібне розминання міжребрових м'язів від середини до боків грудної клітки. Призначається після 6 місяців.

Вібрація. Виконується двома руками, які обхоплюють грудну клітку з обох боків так, щоб великі пальці розміщувалися спереду. Проводять ніжні ритмічні рухи руками вгору та вниз вздовж грудної клітки (10-12 разів), після чого проводять проглажування грудної клітки (рис. 291, 8). Призначається з 6 місяців.

Масаж стоп

В.п. лежачи на спині. Масажист кладе ногу дитини задньою поверхнею гомілки між великим та вказівним пальцями лівої руки.

Погладжування. Тильною поверхнею пальців правої руки поглажують підошву від пальців дитини до п'ятки і навпаки. Призначають з 1,5 місяця (рис. 290, 8).

Розтирання. Вказівний та середній пальці правої руки масажист кладе на тильну поверхню стопи дитини, а великий палець – поперек стопи і коловими рухами енергійно розтирає стопу. Розтирання супроводжується пасивними коловими рухами стопи до середини та назовні (рис. 292, 11,12). Призначається з 3 місяців.

Поплескування. Тильною поверхнею напівзігнутих вказівного та середнього пальців правої руки поплескують по стопі дитини (рис. 291, 9). Призначають після 3 місяців.

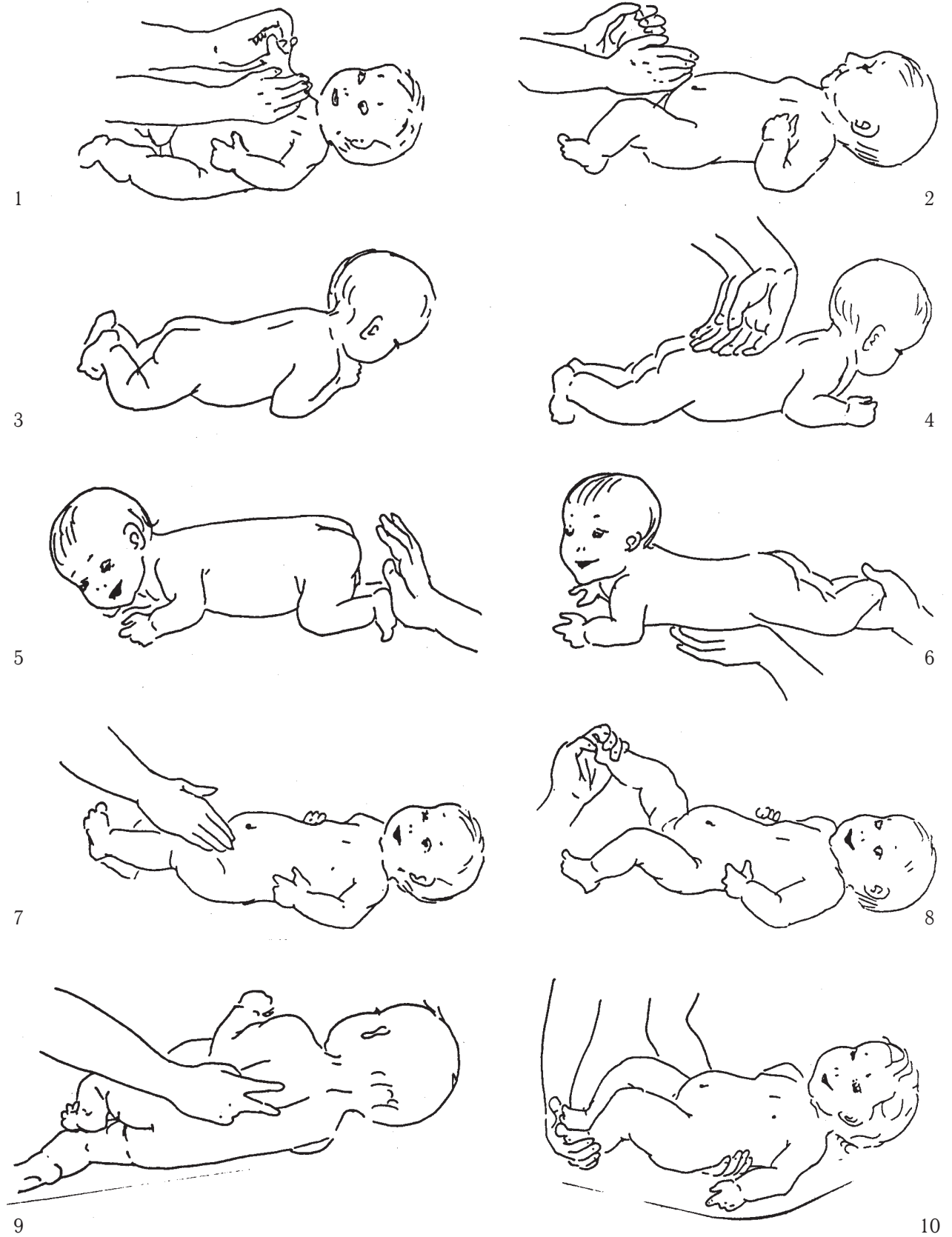


Рис. 290. Комплекс фізичних вправ та прийомів масажу для дітей віком 1,5-3 місяці (Комплекс 1).

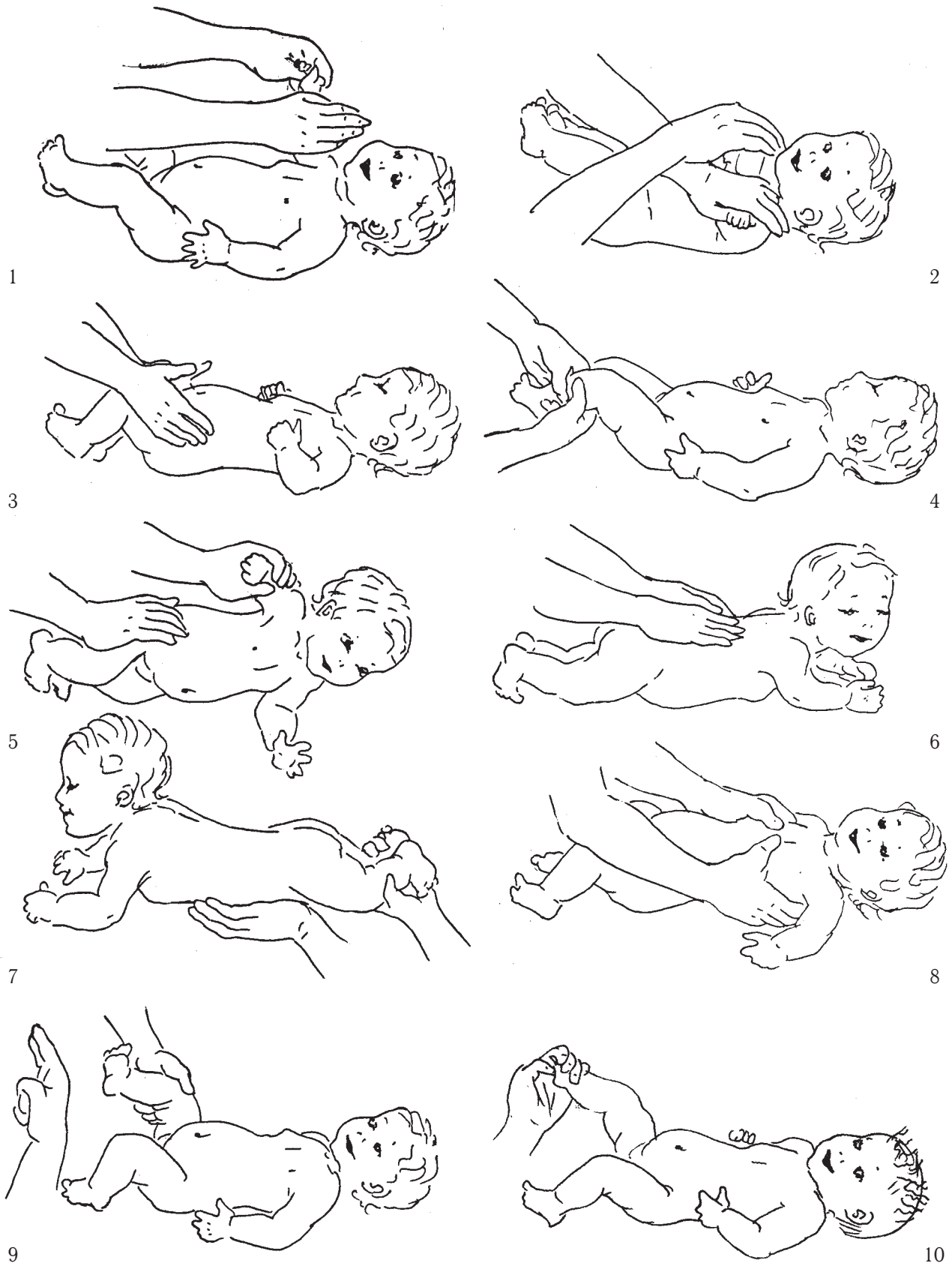


Рис. 291. Комплекс фізичних вправ та прийомів масажу для дітей віком 3-4 місяці (Комплекс 2).

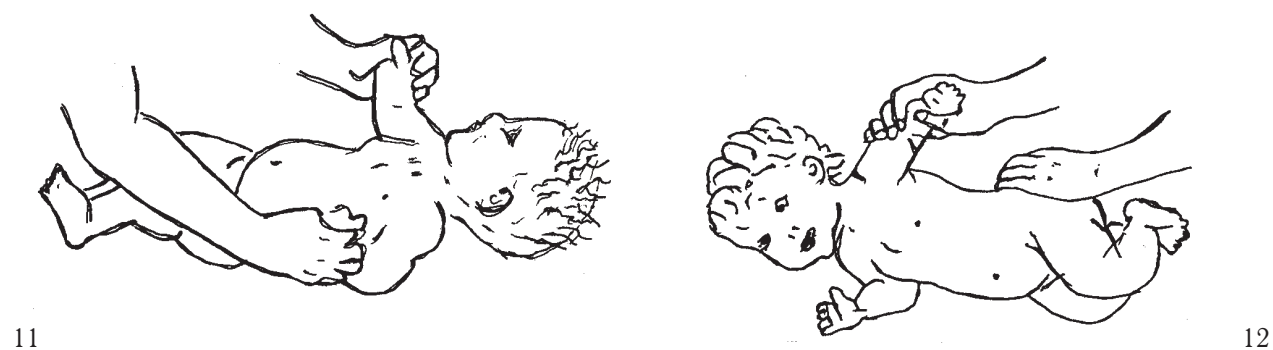


Рис. 291 (продовження). Комплекс фізичних вправ та прийомів масажу для дітей віком 3-4 місяці (Комплекс 2).

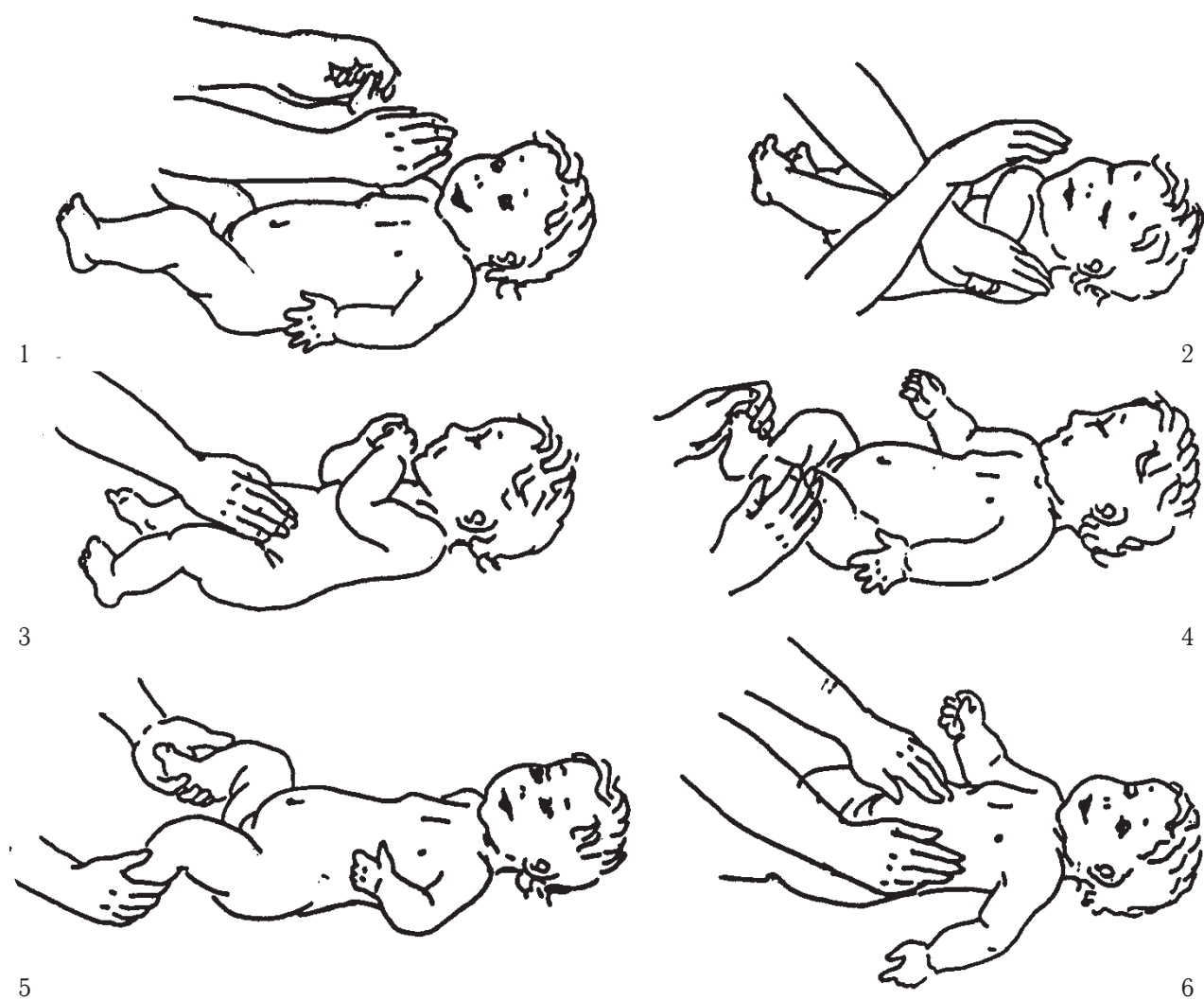


Рис. 292. Комплекс фізичних вправ та прийомів масажу для дітей віком 4-6 місяців (Комплекс 3).

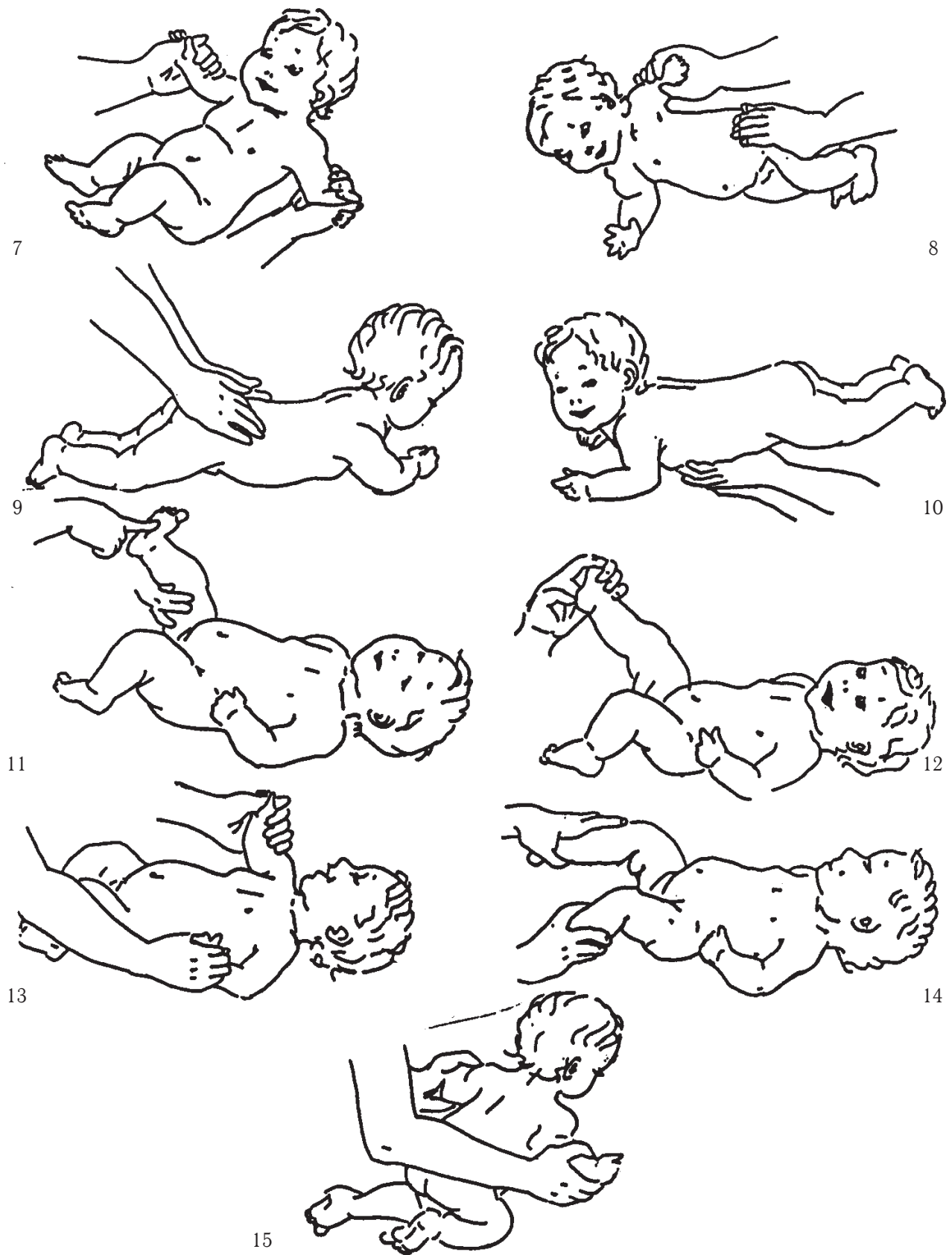


Рис. 292 (продовження). Комплекс фізичних вправ та прийомів масажу для дітей віком 4-6 місяців (Комплекс 3).

В усіх випадках використання різноманітних прийомів масажу починається та закінчується погладжуванням. Кожний прийом повторюють 4-6 разів у віці 1,5-2 місяці і доводять поступово до 10-12 разів у 10-12 місяців. Прийоми погладжування можна повторювати і більше, а розминання – менше.

Комплекси гімнастичних вправ та прийомів масажу для дітей першого півріччя життя

У зв'язку з анатомо-фізіологічними особливостями дітей при складанні вікових комплексів вправ та прийомів масажу ранній вік зручно поділяти на 8 періодів:

I – від 1,5 до 3 місяців життя, II – від 3 до 4 місяців, III – від 4 до 6 місяців, IV – від 6 до 10 місяців, V – від 10 місяців до 1 року 2 місяців, VI – від 1 року 2 місяців до 1,5 року, VII – від 1,5 до 2 років, VIII – від 2 до 3 років.

Першим п'яти періодам відповідають певні комплекси гімнастичних вправ та масажу, які проводять в горизонтальному положенні дитини, а іншим – тільки вправи, які виконує дитина у різних вихідних положеннях. Найскладніше і найвідповідальніше проводити масаж та гімнастичні вправи дитині першого півріччя життя.

Комплекс № 1 (від 1,5 до 3 місяців) (рис. 290).

1. Масаж рук (погладжування).
2. Масаж ніг (погладжування).
3. Викладання на живіт – вправа рефлексорна.
4. Масаж спини (погладжування).
5. Повзання (вправа рефлексорна).
6. “Плавання” (вправа рефлексорна).
7. Масаж живота (погладжування).
8. Масаж стоп (погладжування).
9. Розгинання хребта на правому та лівому боках (вправа рефлексорна).
10. Повзання на спині з допомогою (вправа рефлексорна).

Комплекс № 2 (від 3 до 4 місяців) (рис. 291)

1. Масаж рук (погладжування, легке розтирання).
2. Схрещення рук на грудях (вправа пасивна).
3. Масаж живота (погладжування, розтирання).
4. Масаж ніг (погладжування, розтирання).
5. Поворот зі спини на живіт вліво (вправа пасивно-активна).
6. Масаж спини (погладжування, розтирання).
7. “Положення плавця” (вправа рефлексорна).
8. Масаж грудної клітки (погладжування).
9. Масаж стоп (погладжування, розтирання, поплескування).
10. Вправи для стоп (рефлексорні).
11. Згинання та розгинання рук (“бокс”) (вправа пасивна).
12. Поворот зі спини на живіт вправо (вправа активно-пасивна).

Комплекс № 3 (від 4 до 6 місяців) (рис. 292).

1. Масаж рук (погладжування і легке розтирання).
2. Схрещення рук на грудях і розведення їх (вправа пасивна).
3. Масаж живота (погладжування, розтирання).
4. Масаж ніг (погладжування, розтирання).
5. “Ковзаючі кроки” – імітація велосипедних рухів – вправа пасивна.
6. Масаж грудної клітки (погладжування, розтирання).
7. Піднімання голови та тулуба при підтримці за руки, відведені в сторони.

8. Поворот зі спини на живіт (вправа пасивна).
9. Масаж спини (погладжування, розтирання, розминання, вібрація).
10. “Ширяння” на животі – вправа рефлекторна.
11. Масаж стоп (розтирання, поплескування).
12. Вправи для стоп (вправа пасивна).
13. Поперемінне згинання та розгинання рук (“бокс”, вправа пасивна).
14. Згинання і розгинання ніг одночасно та поперемінно (вправа пасивна).
15. Піднімання з положення лежачи на животі (вправа активно-пасивна).

Розділ 6

САМОМАСАЖ

Самомасаж відрізняється доступністю, простотою, може використовуватися кожною людиною в різних умовах, легко дозуватися залежно від самопочуття. Він має загальнозміцнюючий вплив, позитивно впливає на нервову систему, фізичну працездатність, обмін речовин, діяльність серцево-судинної, дихальної та ін. систем, підсилює місцевий кровообіг, підвищує пружність, еластичність шкіри, попереджує утворення та сприяє розгладжуванню зморшок, регулює тонус м'язів, підтримує та нормалізує функцію суглобів, прискорює розсмоктування рубців та злук.

Масаж може широко використовуватися серед населення як профілактичний, гігієнічний, відновний, оздоровчий, лікувальний засіб. Як гігієнічний засіб самомасаж застосовується в щоденному догляді за своїм тілом. В спорті – для підвищення функціональних можливостей організму, зниження втоми, прискорення відновлення після фізичних навантажень та травм. Самомасаж в умовах виробничої діяльності підвищує продуктивність праці, знімає напруження і втому. Ефективним є самомасаж у лікувальній практиці: при травмах і захворюваннях суглобів, забоях, болях в попереку, злуках, рубцевих зрощеннях тканин, при аліментарному ожирінні, є ефективним засобом профілактики рецидивів при хронічних захворюваннях.

Самомасаж буває місцевим та загальним, ручним та апаратним, проводиться в приміщенні, надворі, в лазні, сауні та ін.

Для проведення самомасажу рекомендуються спеціальні методики, які повинен визначити лікар.

Протипоказання до використання самомасажу: це в першу чергу захворювання, які обмежують функціональні можливості особи (ішемічна хвороба серця, стенокардія напруження, порушення ритму серцевої діяльності, недостатність кровообігу II-III стадії, гіпертонічна хвороба II Б стадії, хронічні захворювання дихальної системи з дихальною недостатністю та ін.), захворювання шкіри (ділянки, де є лишай, фурункули, екзема, грибові захворювання), кровоточивість, тромбоемболії та загальні протипоказання.

При проведенні самомасажу потрібно дотримуватися усіх основних правил масажу, це в першу чергу:

1. Масаж потрібно проводити чистими, теплими, без прикрас руками, нігті коротко підрізані.
2. Масаж повинен проводитися по чистому, сухому тілі (оголене або через чисту бавовняну білизну).
3. Положення тіла під час самомасажу повинно бути зручним, м'язи масажованої ділянки – максимального розслаблені.
4. Напрямок руху рук – до найближчих лімфатичних вузлів. Масажувати лімфатичні вузли не можна.
5. Самомасаж може проводитися без змащуючих засобів та з ними (тальк, дитяча присипка, масажний крем, лікувальні мазі тощо).
6. При ручному (мануальному) самомасажі застосовуються загальноприйняті прийоми. Не рекомендується використовувати багато прийомів. Їх вибирають залежно від ефективності та зручності виконання. Кожний прийом повторюється 3-5 разів.
7. У гігієнічному самомасажі всі прийоми використовуються в повільному темпі, без зусиль, не спричиняючи біль тканинам, що підлягають масажу.
8. При необхідності підвищити як загальний тонус організму, так і окремих м'язів використовується глибоке погладжування, інтенсивні розтирання та розминання, прийоми переривчастої вібрації. При втомі, після значних фізичних та нервово-психічних навантажень, при больових відчуттях у м'язах використовують більш шадні прийоми: погладжування, ніжні розтирання та розминання, безперервну вібрацію. Доцільно поєднувати з водо-тепловими процедурами.
9. Послідовність використання масажу окремих ділянок в процедурі загального самомасажу різні автори рекомендують по-різному. О.Е. Штеренгерц, Н.А. Белая (1996) – стопи, гомілки,

колінні суглоби, стегна, сідниці, спина, шия, голова, груди, живіт, руки. Л.О. Кунічев (1982): голова, шия, руки, груди, спина, живіт, ноги, таз. Автори книги рекомендують проводити загальний самомасаж у такій послідовності: шия, голова, спина, груди, верхні кінцівки, сідниці, нижні кінцівки, живіт. Закінчується процедура погладжуванням верхніх кінцівок та вправами на їх розслаблення. самомасаж лица може входити в загальний масаж або ж використовуватись як окрема процедура.

10. Тривалість процедури загального самомасажу 15-20 хв, місцевого 5-10 хв.

Самомасаж шії. Масаж задньої та бічних шийних ділянок. Погладжування: кисті розміщуються з обох боків на потиличній ділянці так, щоб II та III пальці дотикались. Виконується площинне погладжування долонною поверхнею кистей в напрямку до VII шийного хребця, далі – до плечових суглобів, закінчують рухи на рівні ключиць. Розтирання: спіралеподібне розтирання потиличних ділянок в напрямку від соскоподібних відростків до зовнішнього потиличного гребеня і навпаки. Спіралеподібне розтирання задньої та бічних шийних ділянок в напрямку до ключиць (рис. 293). Можна використовувати площинне лінійне розтирання, при цьому обидві кисті можуть рухатися як в одній фазі, так і в протилежних. Розтирання ділянки VII шийного хребця: від остистого відростка у всіх напрямках на відстані 2-2,5 см. Розтирання надпліччя: лінійні та спіралеподібні розтирання послідовно з кожного боку протилежною рукою. Розминання кінцями пальців натискуванням спіралеподібними рухами м'язів та місць прикріплення м'язів до потиличної кістки, виконуючи натискування та зміщення м'язових волокон в напрямку до хребта, краї м'язів розминають поперечним розминанням, драбинчасті – натискуванням, груднинно-ключично-соскоподібні – щипцеподібно. Руки рухаються паралельно. Можна масажувати однією рукою, як на однойменному, так і на протилежному боці (рис. 294). Закінчують погладжуванням.



Рис. 293. **Самомасаж задньої шийної ділянки:** погладжування та розтирання.

Масаж передньої шийної ділянки. Погладжування: протилежна рука розміщується на заушній ділянці, здійснює площинне погладжування в напрямку до кута нижньої щелепи. В цей момент великий палець відводиться від інших, виконує погладжування в ділянці підборідного трикутника. Далі, обхопивши передню поверхню шії, кисть продовжує рухатись вниз до підключиць.

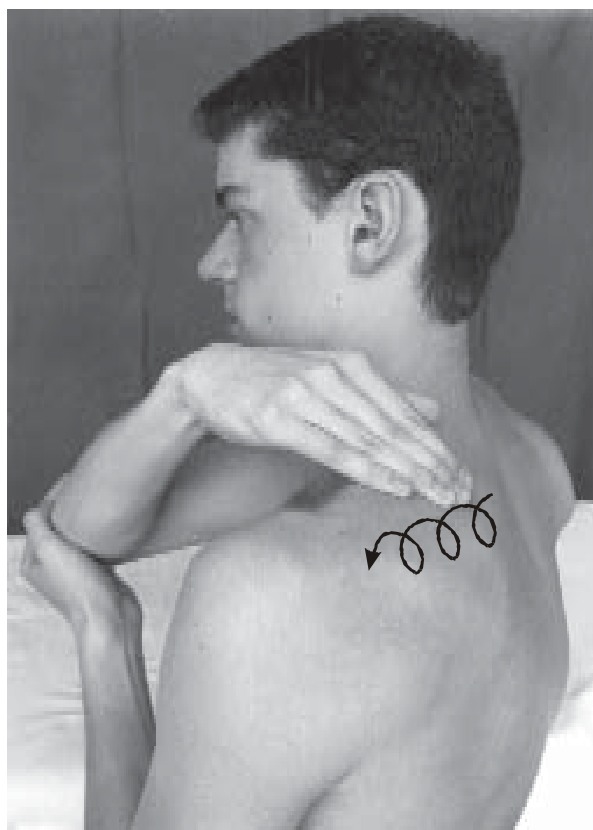


Рис. 294. Самомасаж трапецієподібного м'яза: розминання натискуванням.

чичної ділянки протилежного боку. По середній лінії передньої поверхні шиї масаж проводиться тильною поверхнею пальців кисті від яремної вирізки до підборіддя послідовними рухами рук. Розтирання: проводиться послідовно з кожного боку долонною поверхнею протилежної кисті; починається в підборідній ділянці, рука рухається паралельно нижній щелепі, закінчується прийом в підключичній ділянці з протилежного масажуючої руці боку. Закінчують прогладжуванням.

Самомасаж голови. Проводять в положенні сидячи. Обхоплююче погладжування волосистої частини голови від лоба до потилиці та скроневої ділянки. Граблеподібне розтирання подушечками пальців. Переривчасте натискування подушечками граблеподібно поставлених пальців. Зміщення м'яких тканин в сагітальній площині: одна рука розміщується на лобі, а друга – на потилиці, здійснюються рухи спереду назад і навпаки. Зміщення м'яких тканин черепа у фронтальній площині: II-IV пальці розміщуються на скроневих ділянках, пальці – під вушними раковинами, виконуються рухи догори і вниз, зміщуючи покривні тканини вправо та вліво. Глибоке погладжування пальцями або опорною частиною кистей одночасно з обох боків завушної ділянки від скроневої ділянки до соскоподібного відростка. Розтирання долонною поверхнею кисті та пальцями вух. Поколочування подушечками пальців в ділянці всієї волосистої частини голови. Закінчують – обхоплюючим погладжуванням волосистої частини голови від лоба до потилиці симетричними рухами рук.

Самомасаж спини. Виконується в положенні сидячи чи стоячи. Починають з погладжування надпліччя від VII шийного хребця до плечових суглобів одночасно з обох боків, можна послідовно однойменною чи протилежною рукою. Розтирання надпліччя: спіралеподібне. Перемінно правою та лівою рукою масажують остисті відростки шийних та верхньогрудних хребців, паравертебральні, під- та надостьові ділянки лопатки, трапецієподібний м'яз. Можна масажувати одночасно двома руками. Використовують всі основні прийоми: погладжування, розтирання, розминання, вібрацію.

Масаж підлопаткових та поперекових ділянок проводять в положенні сидячи чи стоячи з дещо нахиленим тулубом назад. Тильними та долонними поверхнями кистей виконують погладження та розтирання підлопаткових ділянок, нижніх ребрових дуг (рис. 295); долонною поверхнею пальців – погладження та розтирання остистих відростків нижньогрудних та поперекових хребців. Розминання паравертебральних зон долонною поверхнею пальців: щипцеподібно, захопивши м'язи пальцями однойменної руки, натисканням та зміщенням (рис. 296), можна також виконувати кулаками (рис. 297). Розминання найширшого м'яза спини: сидячи, дещо нахиливши тулуб в бік масажованого м'яза. Протилежна рука обхоплює зовнішній край м'яза, виконує поздовжнє розминання в напрямку до пахвової ділянки. Більш присередні частини розминають внутрішньою поверхнею кулака прийомами натискування та зміщення. Поколочування тильною поверхнею пальців та внутрішньою поверхнею кулака. Закінчують погладженням.

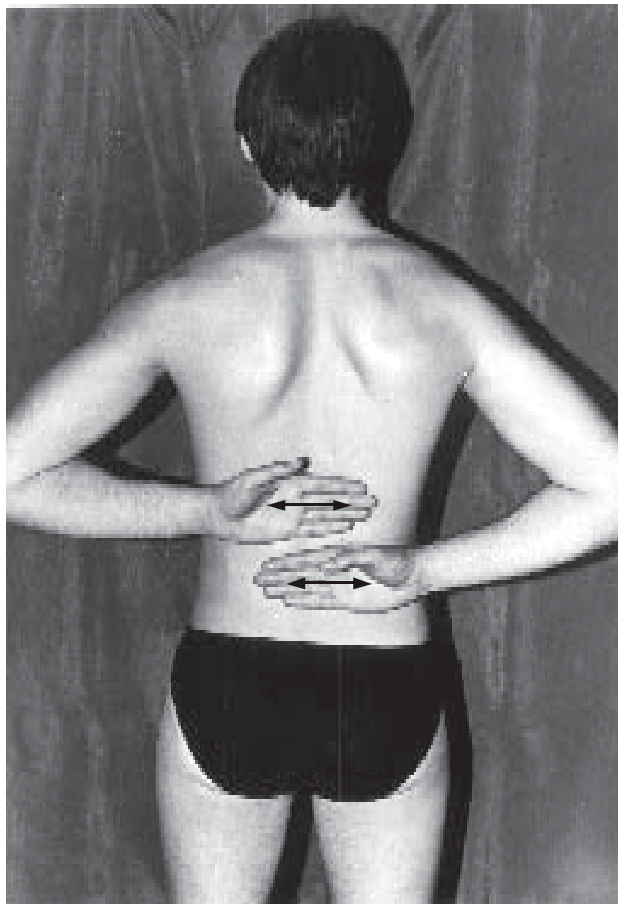


Рис. 295. **Самомасаж спини:** погладження та розтирання тильними поверхнями кистей.

Самомасаж передніх та бічних ділянок грудної клітки. Виконують в положенні лежачи, сидячи чи стоячи. Починають з погладження передньої та бічних ділянок грудної клітки. Ліву половину масажують правою рукою, праву – лівою. Погладження проводять від рівня пупка до пахвової ділянки, послідовно з кожного боку, долонною поверхнею кисті. Погладження груднинної та підключичних ділянок можна проводити одночасно двома руками по поверхні груднини, потім по підключичних ділянках до пахвових лімфатичних вузлів. У цих же напрямках проводять розтирання бічних та передніх ділянок грудної клітки. Використовують спіралеподібне розтирання пальцями. Розтирання міжребрових проміжків граблеподібне в напрямку від груднини до хребта. Розтирання ребрових дуг спіралеподібне ліктьовим краєм кисті чи пальцями. Розминання: поздовжнє розминання великих грудних м'язів пальцями протилежної до масажованої поверхні руки (рис. 298). Розминання зубчастих м'язів опорною частиною

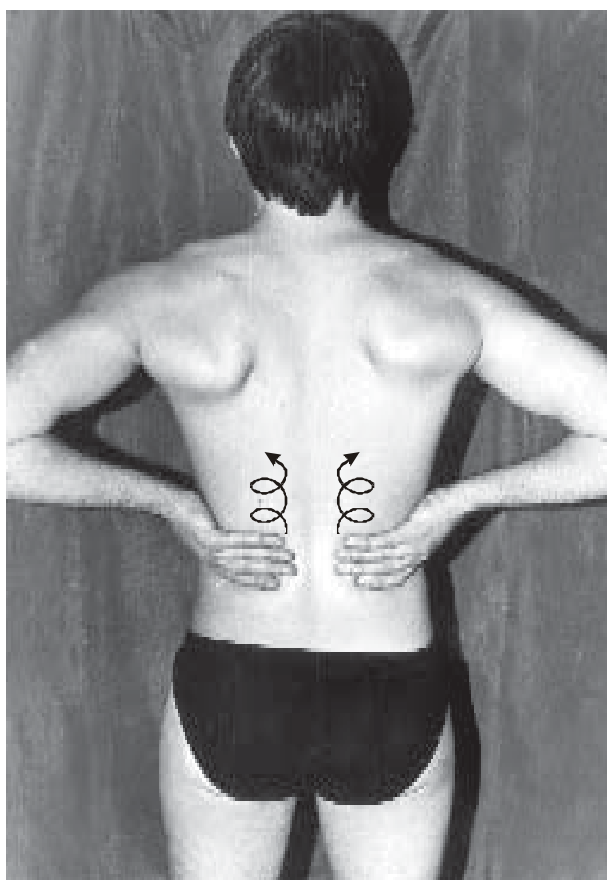


Рис. 296. **Самомасаж спини:** розтирання (розминання) пальцями.

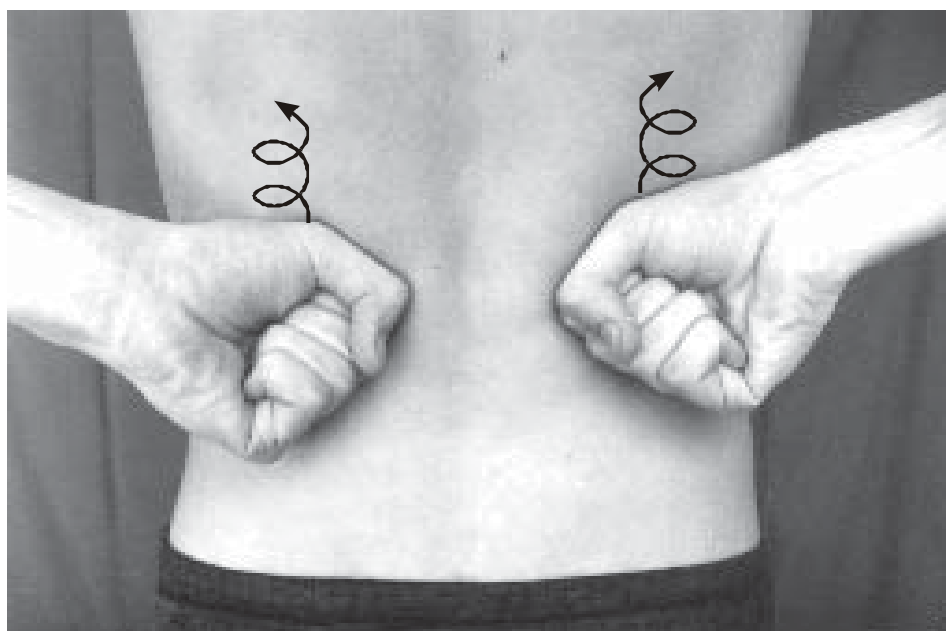


Рис. 297. **Самомасаж спини:** розтирання (розминання) м'язів спини кулаками.

кистей на однойменному боці чи пальцями – на протилежному прийомами натискування та зміщення. Поплескування долонями. Закінчують погладжуванням. Груді у жінок без показань масажувати не рекомендується.

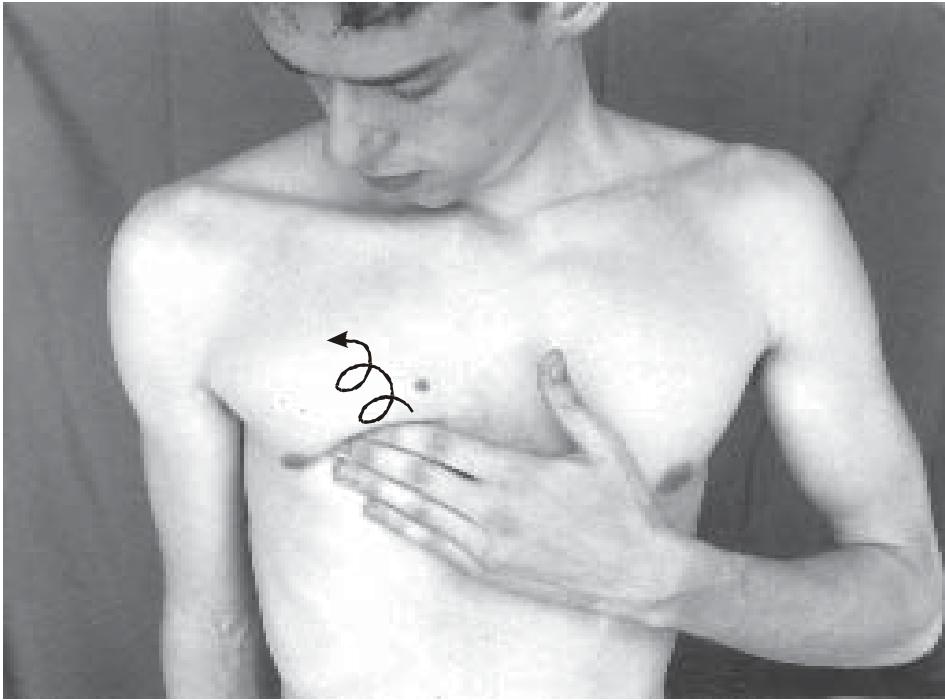


Рис. 298. **Самомасаж грудних м'язів:** розтирання (розминання) пальцями.

Самомасаж рук. Проводять в положенні сидячи, рука у середньофізіологічному положенні на столі, спинці стільця чи коліні. Погладжування охоплює широкими штрихами всієї руки в напрямку від кінчиків пальців до пахвової ділянки. Права рука масажує ліву і навпаки. В такій же послідовності масажують всі сегменти руки: кисть, передпліччя, ліктьовий суглоб, плече, плечовий суглоб. Масаж кисті: поздовжнє щипцеподібне погладжування бічних поверхонь пальців та поперечне – долонної та тильної поверхні. Поздовжнє погладжування тильної та долонної поверхні кисті, їх спіралеподібне розтирання, гребенеподібне розтирання долонної та штрихування кінцями пальців тильної поверхні. Зміщення п'ясткових кісток. Щипцеподібне розминання м'язів підвищення великого пальця та мізинця. Погладжування та розтирання спіралеподібне та колове променево-зап'ясткового суглоба кінцями пальців.

Масаж передпліччя: поздовжнє охоплює погладжування, поздовжнє розтирання кінцями пальців передньої та задньої поверхонь, поздовжнє щипцеподібне розминання, поплескування долонею, рубання бічною поверхнею долоні, пунктування пальцями.

Масаж ліктьового суглоба: погладжування спіралеподібне та колове кінцями пальців та розтирання суглоба, розтирання місць прикріплення м'язів. Згинальну поверхню суглоба масажувати не рекомендується. Масаж плеча: поздовжнє охоплює погладжування, поздовжнє лінійне та спіралеподібне розтирання, послідовно впливаючи на задню та передню ділянки. Розминання: поздовжнє розминання м'язів переднього та заднього відділів плеча, потрушування м'язів; поплескування долонною поверхнею кисті, рубання. Погладжування плеча.

Масаж плечового суглоба: спіралеподібні та колові погладжування та розтирання, масажуючи всю поверхню суглоба та дельтоподібний м'яз. Поздовжнє охоплює погладжування, розтирання пальцями прямолінійне та спіралеподібне, поздовжнє розминання (рис. 299), потрушування дельтоподібного м'яза. Старанно масажують сухожилки м'язів та місця їх прикріплення. Поплескування в ділянці плечового суглоба. Погладжування в напрямку підключичних та пахвових лімфовузлів.

Струшування всієї верхньої кінцівки проводиться в положенні нахилу тулуба, що дає можливість максимально розслабити руку.



Рис. 299. Самомасаж дельтоподібного м'яза: розминання натискуванням.

Самомасаж тазової ділянки. Проводять в положенні стоячи. Площинне і обхоплююче погладження обома руками в напрямку від крижів до пахвинних лімфовузлів. Граблеподібне, колоподібне розтирання пальцями та кулаками крижів та ділянки сідниць (рис. 300), кульшових суглобів, гребенів клубових кісток. Розминання сідничних м'язів послідовно з кожного боку. Під час масажу дещо згинається коліно на стороні масажу, а вага тіла переноситься на другу ногу. Проводиться поздовжнє розминання однойменною рукою, натискання, потрушування м'яза, поплескування долонною поверхнею кисті.

Самомасаж нижніх кінцівок. Проводять в положенні сидячи. Починають з обхоплюючого погладження всієї ноги, від пальців обома руками одночасно чи послідовно. Прийом виконують спочатку на одній, потім на другій нозі. Масаж ноги виконують в такій послідовності: стопи, гомілки, стегна. Кожний сегмент масажується послідовно на одній, потім другій нозі.

Масаж стоп: прогладження можна виконувати однією рукою чи обома одночасно: ліва рука погладжує долонною поверхнею пальців підошву, права – тил стопи. Одна рука обхоплюючим погладженням масажує зовнішній, а друга – внутрішній край стопи. Розтирання: на підошві – гребенеподібне, на тилі – граблеподібне розтирання міжкісткових проміжків, спіралеподібне розтирання та штрихування всієї тильної поверхні стопи (рис. 301). Щипцеподібне розтирання бічних поверхонь стопи. Спіралеподібне та колове розтирання п'яркової кістки. Гребенеподібне розминання м'язів підошви, розминання зміщенням міжкісткових м'язів.

Масаж гомілковостопного суглоба: спіралеподібне та колове погладження і розтирання долонною поверхнею пальців однієї чи двох рук. Щипцеподібне погладження та розтирання п'яркового сухожилка в напрямку до литкового м'яза. Погладження всієї стопи. Масаж гомілки. Положення: сидячи, масажована нога напівзігнута в коліні, п'яткою упирається в кушетку, зручно, коли друга нога опущена. Обхоплююче погладження гомілки двома руками одночасно чи поперемінно або однією рукою, яка послідовно виконує погладження внутрішньої, зовнішньої, передньої та задньої поверхонь гомілки. Руки рухаються від гомілковостопного

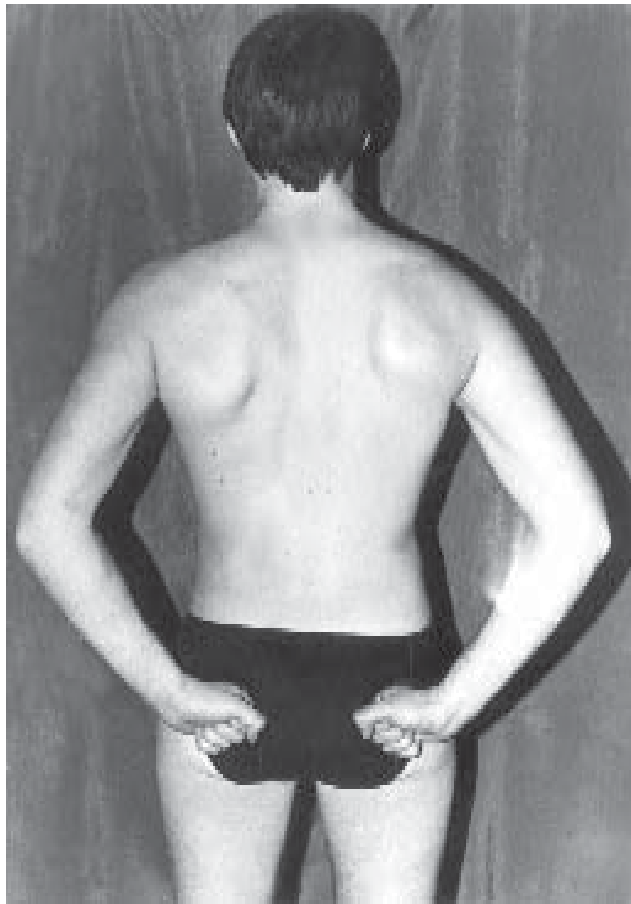


Рис. 300. Самомасаж сідничних ділянок: розтирання (розминання) кулаками.



Рис. 301. Самомасаж стопи: штрихування обтяженою кистю тильної поверхні стопи.

суглоба до підколінної ямки. Поздовжнє, лінійне, спіралеподібне розтирання м'яких тканин гомілки. Розминання литкового м'яза поздовжнє однією рукою (рис. 302) чи поперечне двома руками. Потрушування литкового м'яза. Щипцеподібне розтирання сухожилків та м'язів, які прилягають до колінного суглоба.

Масаж колінного суглоба. Погладжування та розтирання кінцями пальців циркулярне (рис. 303) та колове. Розтирання бічної та присередньої поверхонь суглоба долонними поверхнями обох кистей, які рухаються паралельно або в протилежних напрямках. Спіралеподібне розтирання кінцями пальців усієї поверхні наколінка. Закінчується масаж суглоба поздовжнім погладжуванням однією чи двома руками в доцентровому напрямку.



Рис. 302. Самомасаж гомілки: поздовжнє розминання м'язів заднього відділу гомілки.

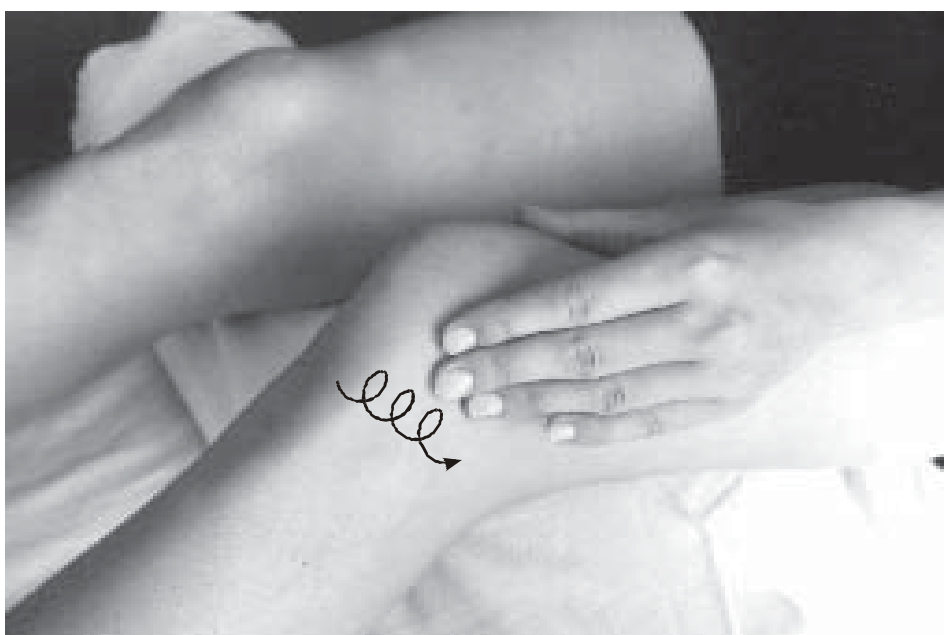


Рис. 303. Самомасаж колінного суглоба: спіралеподібне розтирання пальцями.

Масаж стегна проводиться в різних вихідних положеннях: сидячи на кушетці, нога, яку масажують, випрямлена або дещо зігнута в колінному суглобі, опирається п'яткою, друга – вільно лежить на кушетці чи поставлена на підлогу; сидячи, обидві ноги дещо зігнуті, спираються на підлогу та ін. Обхоплююче погладження долонями обох рук, які рухаються паралельно в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів. Цим прийомом масажують всю поверхню стегна: задню, бічну, передню, присередню. На останній – прийоми ніжніші і менш тривалі, верхню частину її масажувати не рекомендується. Розтирання опорною, долонною поверхнями кисті, пальцями (рис. 304), гребенеподібне розтирання прямолінійне чи спіралеподібне, пиляння. Розминання: валяння, стискання, зміщення м'язів стегна, поздовжнє розминання окремих м'язів однією рукою (рис. 305), поперечне розминання обома руками м'язів стегна в напрямку від колінного до кульшового суглоба. Потрушування м'язів стегна, поплескування, рубання. Закінчують погладженням по ходу лімфоток.

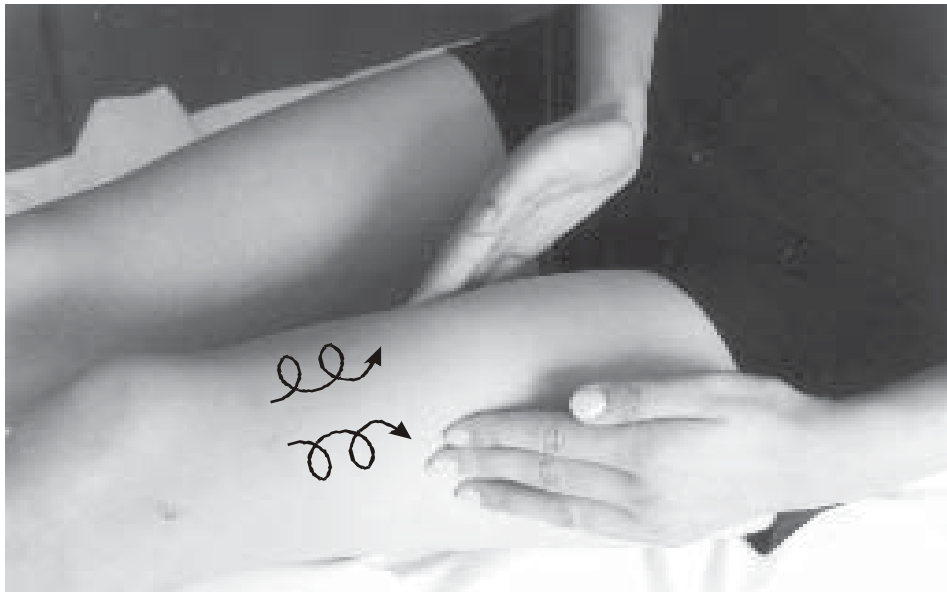


Рис. 304. **Самомасаж м'язів переднього відділу стегна:** спіралеподібне розтирання (розминання) пальцями.



Рис. 305. **Самомасаж м'язів заднього відділу стегна:** поздовжнє розминання.

Самомасаж живота. Виконується в положенні лежачи на спині, ноги дещо зігнуті, м'язи живота – максимально розслаблені. Площинне погладження долонною поверхнею кисті: починати з правої пахвинної ділянки догори до правого підребер'я, далі дугоподібно (дуга вигнута в бік пупка) до лівого підребер'я і вниз до лівої пахвинної ділянки. Можна виконувати будь-якою рукою. Площинне чи обхоплююче (залежно від форми поверхні живота) погладження бічних ділянок живота: вище пупка рухи направлені до пахвових, нижче – до пахвинних лімфовузлів. Розтирання тканин передньої черевної стінки може виконуватися пальцями (рис. 306), долонною поверхнею кистей, їх ліктьовим краєм (пиляння) гребенеподібно, щипцеподібно. Розтирання ребрових дуг та гребенів клубових кісток кінцями пальців. Розминання прямих м'язів живота: поперечне щипцеподібним прийомом зверху вниз одночасно обома руками. Зміщення прямих м'язів живота вправо та вліво. Розминання косих м'язів живота: виконується однією рукою на протилежному боці. Якщо м'язи захопити тяжко, то використовують натискання гребенями зігнутих в кулак пальців у напрямку від гребенів клубових кісток до підребрових ділянок тієї ж сторони. Ніжне поплескування долонями, вібраційне погладження живота. Закінчують погладженням по ходу масажних ліній.



Рис. 306. **Самомасаж живота:** спіралеподібне розтирання.

Самомасаж лица. Повинен проводитися з урахуванням розміщення шкірно-м'язових утворень, напрямку проток сальних залоз, кровоносних судин, нервових відгалужень та ходу лімфатичних судин, тобто по відповідних масажних лініях. Щодо прийомів, які використовуються при проведенні самомасажу лица, існують різні точки зору. Автори вважають, що найбільш доцільно, без шкоди для ніжної шкіри лица використовувати лише два прийоми: погладження та поколючування. Виконувати їх треба обережно: рухи повинні бути ніжними, легкими, ковзаючими, не розтягуючими шкіру. Початковими та заключними рухами повинне бути погладження. Воно діє заспокійливо.

Рух 1. Вказівний, середній та безіменний пальці обох рук погладжують лобовий, скроневиий м'язи від брів догори до лінії волосся. Рухи повинні бути дуже спокійними, бо необхідно поступово виконати погладження всієї поверхні шкіри лоба (рис. 307).

Рух 2. Поздовжнє погладження лобової та скроневої ділянок. II-IV пальці обох рук розміщуються поруч, по середині лоба і далі рухаються вздовж лоба назовні, до скроневиих ділянок (рис. 308). Рухи повторюють 4 рази.



Рис. 307. Самомасаж лобової ділянки: лінійне погладження.



Рис. 308. Масажні лінії на лиці.

Рух 3. Погладження II-IV пальцями колового м'яза ока: від скроневої ділянки руки рухаються під оком до його внутрішнього кута, далі до брів і знову до скроней (рис. 309).

Рух 4. Такі ж рухи від кутів рота до вух.

Рух 5. Погладження нижньої частини щік та підборіддя (рис. 310) пальцями обох рук від середини підборіддя до нижньої частини вушної раковини.

Рух 6. Поколювання тильною поверхнею пальців під підборіддям та верхньої частини шиї – лівою рукою справа, правою – зліва.

Рух 7. Поперемінними рухами вказівного, середнього та безіменного пальців рук протягом однієї хвилини обережно поколюють під очима в напрямку від скронь до спинки носа. Цей прийом потрібно проводити з особливою обережністю, бо це особливо чутливі ділянки лица.

Рух 8. Пальцями рук здійснюється поколювання лица в напрямках, вказаних в рухах 3, 4, 5 (рис. 311).

Закінчується масаж погладженням за схемою 1, 2, 3, 4, 5.



Рис. 309. Самомасаж щік: погладжування долонною поверхнею пальців.



Рис. 310. Самомасаж піднижньощелепної ділянки тильною поверхнею пальців.



Рис. 311. Самомасаж лица: послідовне поколювання II-IV пальцями.

Самомасаж потрібно виконувати щоденно, при нанесенні крему, що відповідає шкірі лица. Протипоказаннями до масажу лица є гнійні захворювання шкіри лица, надмірний ріст волосся на лиці, крихкість судин, загальні протипоказання.

Розділ 7

ОРГАНІЗАЦІЯ ПРАЦІ МАСАЖИСТА. ПІДГОТОВКА СПЕЦІАЛІСТІВ З МАСАЖУ

Лікувальний масаж можуть практикувати дипломовані медичні працівники: лікарі, фельдшери, акушери, медичні сестри, бакалаври, методисти з лікувальної фізкультури. Підготовка масажистів здійснюється через систему курсів спеціалізації, вдосконалення їх фаху – через курси вдосконалення з масажу. Програма курсів передбачає тривалість занять з відривом від виробництва: спеціалізація – 2 місяці (288 год), удосконалення – 1 місяць (144 год). Керівником занять, у тому числі практичних, може бути лікар, який має спеціальну підготовку та достатній практичний досвід використання масажу. Закінчити курси – ще не значить стати масажистом. Для досягнення майстерності в цій професії необхідна постійна робота над підвищенням теоретичної підготовки та рівня масажної техніки.

Вимоги до спеціаліста з масажу

Масажист має багато професійних прав, але від нього і багато вимагається. Масажист під час масажу залишається з хворим наодинці, проводить безпосередньо руками по тілу хворого масажні маніпуляції. Масажист користується у хворого великим авторитетом, хворий йому довіряє. Більшість хворих відверто розповідають йому про свої фізичні недоліки та захворювання, а нерідко – інтимні особливості особистого життя.

Тому масажист повинен:

1. Чітко дотримуватися вимог медичної деонтології.
2. Мати високу медичну культуру, бути інтелігентним, скромним, делікатним, мовчазним, уважним.
3. Мати глибокі знання з медицини, постійно працювати над підвищенням свого фахового рівня, бо до послуг масажиста звертаються пацієнти з найрізноманітнішими захворюваннями, їх періодами та клінічними проявами. Тому масажист повинен мати хороші знання з нормальної, топографічної і патологічної анатомії, нормальної і патологічної фізіології; з внутрішніх, нервових, шкірних хвороб, з хірургії, травматології та ортопедії, педіатрії та інших захворювань. Масажист повинен не тільки знати клінічні прояви захворювання, але і розуміти патофізіологічні процеси, що супроводжують його на різних етапах розвитку. Добре володіючи технікою виконання окремих прийомів масажу та їх різновидів, спеціаліст зможе проводити масаж не тільки відповідно до клінічних проявів захворювання та його періоду, але і пристосовуватись до індивідуальних особливостей пацієнта.
4. Бути фізично сильним, витривалим. Процедура масажу вимагає значного фізичного напруження, тому масажист повинен постійно дбати про підвищення фізичної працездатності, вести здоровий спосіб життя.
5. Бути максимально охайним, постійно дотримувати правил особистої гігієни.
6. Постійно слідкувати за руками. Руки масажиста – це “другі очі”, тому вони повинні бути чистими, спритними, сильними, мати високий ступінь координації рухів, у той же час – м'якими, пластичними, ніжними. Шкіра рук повинна бути теплою, гладкою, не мати мозолів, тріщин, нігті коротко обрізані, чисті. Для цього необхідно:
 - а) виконувати спеціальні вправи для рук: на силу, координацію рухів, витривалість, ритмопластичні вправи щоденно;
 - б) перед процедурою виконувати самомасаж рук та вправи на гнучкість пальців;
 - в) між процедурами виконувати ритмопластичні вправи та вправи на розслаблення рук;
 - г) постійно удосконалювати рівень тактильної чутливості а допомогою спеціальних методів (розпізнавання пальцями предметів, визначення рельєфу їх поверхні; розпізнавання пальцями місцезнаходження нитки, а потім – волосини під постійно збільшуваною товщиною паперу чи

тканини та ін.), бо відносно до виконаної роботи втомлення м'язів зростає в арифметичній, а чутливість знижується у геометричній прогресії;

д) після кожної процедури масажу мити руки у проточній воді, температура якої 18-22 °С;

е) після роботи приймати теплі ванни для рук тривалістю 12-15 хв при температурі води 36-38 °С, проводячи в цей час самомасаж рук; після цього треба обов'язково змащувати руки живильним кремом;

є) звільнити руки від прикрас.

7. Бути одягненим у легкий, вільний, з натуральної тканини, з короткими рукавами одяг; взуття – зручне, вільне, без високих підборів.

Режим роботи спеціаліста з масажу

Масажист повинен дотримувати таких правил:

1. Зранку чи на першу половину робочого дня призначати масаж хворим, що вимагає відносно більших затрат фізичної сили; відносно легший масаж – призначати на другу половину дня.

2. Між процедурами масажу повинна бути короткочасна перерва.

3. Найбільш ефективною формою відпочинку є активний відпочинок – помірне фізичне навантаження на м'язи, що не брали участі у виконанні масажних прийомів.

4. Під час процедури масажист не повинен постійно розмовляти з хворим, бо це його втомлює та заважає зосередитись на якості виконання прийомів.

Гігієнічні нормативи та обладнання кабінету з масажу

Процедура масажу проводиться в масажних кабінетах з розрахунку 8 м² на робоче місце, висотою не менше 3 м. При розміщенні в кабінеті декількох масажних місць їх треба ізолювати щільними шторами. Кабіна повинна мати довжину не менше 3,5 м і ширину – 2,5 м.

Приміщення повинно бути теплим, сухим, світлим. Температура повітря – не нижче ніж 22 °С, з припливно-витяжною вентиляцією, достатнім освітленням, яке не повинно розміщуватись перед очима масажиста.

При роботі одночасно 4-х і більше масажистів обов'язкова наявність душової кімнати. Для миття рук в масажному кабінеті повинна бути раковина з теплою та холодною водою.

Обладнання масажного кабінету включає:

– масажний стелаж, який складається з масажної кушетки (висота її може змінюватися), масажного столику з підголівником, масажних валиків довжиною 600 мм і діаметром 200 мм (рис. 312);

– масажне крісло для масажу лица та голови;

– підйомні стільчики для хворого та масажиста;

– крісло для відпочинку масажиста;

– столик для апаратів та інструментів;

– обладнання для проведення апаратного масажу та самомасажу;

– засоби догляду за руками: набір інструментів для манікюру, живильні креми, йод;

– апарат для вимірювання тиску, кутомір, кистьовий динамометр, сантиметрова стрічка, секундомір, термометр, годинник;

– шафа-аптечка з йодом, нашатирним спиртом, валідолом, нітрогліцерином, перев'язувальним матеріалом, тальком та ін;

– письмовий стіл;

– графин з водою та склянки;

– лампа “Солюкс” стаціонарна, лампа інфрачервоних променів стаціонарна;

– шафа для зберігання документації, інструментарію та білизни кабінету;

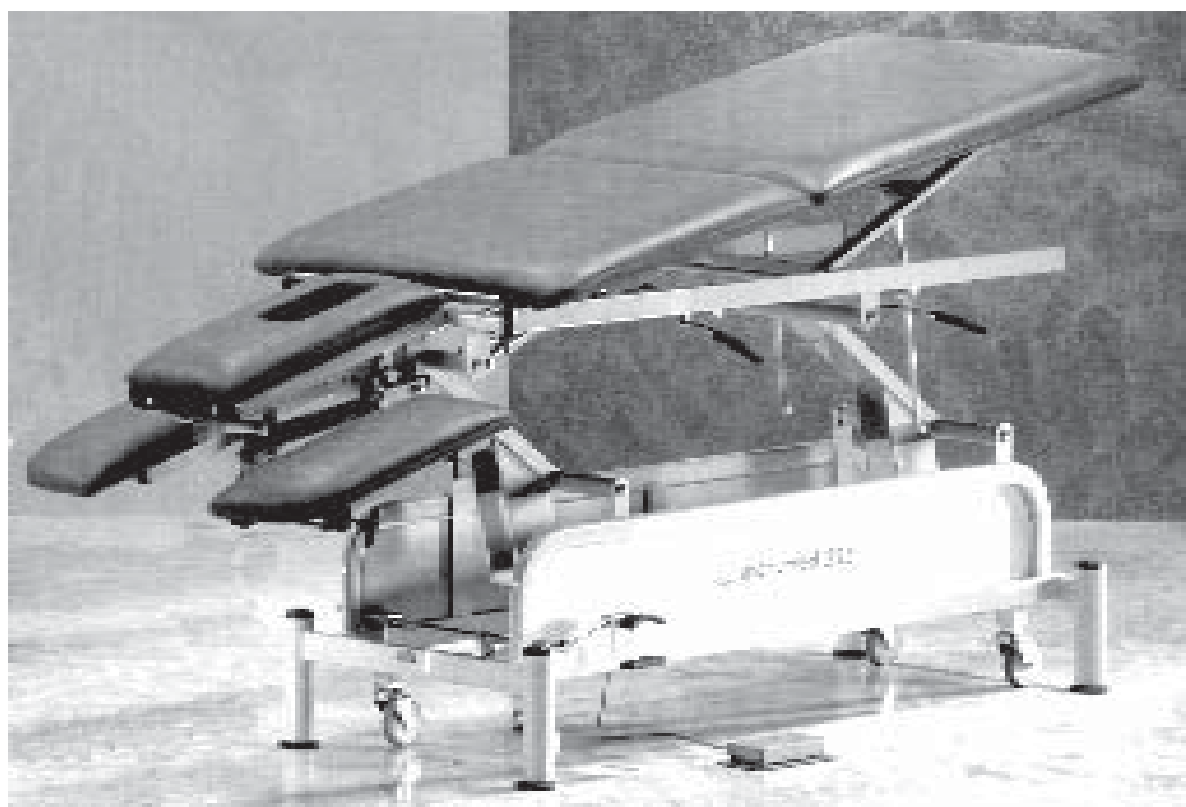


Рис. 312. Масажні столи різних конструкцій.

– білизна масажного кабінету: чисті простирадла повинні покривати кушетки, столики, підголівники, валики. Для кожного хворого повинен бути передбачений індивідуальний пакет білизни (простирadlo, серветки та ін.), який зберігається в окремому поліетиленовому пакеті. Кожний масажист повинен мати індивідуальний рушник, салфетки, мило;

– змашувальні засоби використовуються найчастіше у вигляді вазеліну, різних кремів (дитячого, для масажу та ін.), емульсій. Всі вони роблять шкіру ковзкою, полегшують рух рук масажиста по поверхні тіла. У той же час, змашувальні засоби мають ряд недоліків, які заважають

якісному проведенню масажу: зменшують тактильні відчуття рук масажиста, не дають можливості йому досягнути необхідного контакту з покривними тканинами (стає неможливим ковзати руками по поверхні тіла, змінюючи силу натиску при погладжуванні; зміщувати шкіру при розтиранні, обхоплювати та відтягувати тканини при розминанні, утримувати палець з необхідною силою натискування при точковому масажі та ін.). Змашувальні засоби можуть викликати алергічні зміни на шкірі.

З присипок найчастіше використовують тальк. Як адсорбент, він поглинає виділення потових та сальних залоз, тому його використовують під час масажу жирної та вологої шкіри. Але і тальк сприяє зниженню тактильних відчуттів та заважає необхідному контакту рук зі шкірою.

Тому змашувальні засоби та присипки рекомендують застосовувати лише за показаннями: підвищена чутливість шкіри в ділянці масажу, незміцнілі рубці, тривалий енергійний масаж (особливо розтирання) та ін. Масаж без змашувальних засобів та присипок дає можливість масажисту тонко відчувати та виявляти рефлекторні зміни в покривних тканинах до масажу та після нього, а також досягати необхідного контакту з покривними тканинами і технічно правильно виконувати кожний із прийомів масажу. Рецепторний апарат пацієнта при цьому без зайвих завад зможе сприймати механічні подразнення, що наносяться чистими руками масажиста.

За клінічними показаннями з лікувальною метою та в спортивній практиці використовують такі лікувальні мазі, як “Апізартрон” (при забоях, невралгії, міозиті), “Бом-Бенге” (як знеболюючий засіб), “Вірапін” (при забоях, радикуліті, артритих, міозиті), “Віпросал” (при радикуліті, міозиті), “Віпратокс” (при пошкодженнях зв'язково-сумкового апарату, артритих, невралгії), Гепаринова (розсмоктуюча, протизапальна, судинорозширююча дія), Індометацинова (при болях в м'язах, суглобах, ревматизмі, невритих), “Тигрова” (при радикуліті, ішіасі, мігрені) та ін. Вони викликають швидку гіперемію шкіри та підшкірної основи, зменшують запальний процес та больові відчуття. Звичайно мазь втирають після проведеної процедури масажу. Для зменшення больового відчуття під час перших процедур її застосовують на початку процедури масажу.

Якщо шкіра пацієнта, як і руки масажиста, після просушування серветкою залишаються вологими, їх можна обробити ефіром чи спиртом. При масажі тіла, покритого надмірно вираженим волосистим покривом, висококваліфіковані масажисти використовують прийоми масажу так, щоб не викликати подразнення шкіри, якщо не вдається – треба проводити масаж через бавовняну білизну чи через простирadlo. Перед масажем лица спеціалісту необхідно обробити руки спиртом.

Нормування та облік роботи масажиста

Робочий день масажиста триває 6,5 год. Норма часу на масаж визначається за тривалістю у хвилинах чи за кількістю масажних одиниць на одну процедуру (рис. 313). За одну масажну одиницю приймається робота тривалістю 10 хв (табл. 7).

Норма навантаження на одного масажиста – 30 масажних одиниць на один робочий день. 1,5 год робочого дня, що від цього залишається, відводиться на підготовку до процедури, оформлення документації, короткочасного відпочинку.

Документація масажного кабінету. Основним документом є журнал реєстрації пацієнтів, що лікуються в масажному кабінеті. У журналі записуються: порядковий номер реєстрації, прізвище, ім'я, по батькові; номер історії хвороби чи амбулаторної карти, прізвище лікуючого лікаря; діагноз захворювання, з приводу якого призначений масаж, методика масажу, ділянка масажу, кількість масажних процедур; дати проведення процедур масажу. Для кожного хворого у журналі передбачається графа, де відмічається реакція хворого на масаж та результати лікування масажем. Усі записи проводяться під контролем лікаря. Крім цього, в масажному кабінеті повинна бути картотека лікувальних методик: короткий план проведення процедури масажу при окремих захворюваннях; схема розподілу масажних процедур за одиницями та часом, необхідним для їх проведення, графік роботи масажистів та графік прийому хворих кожним масажистом.

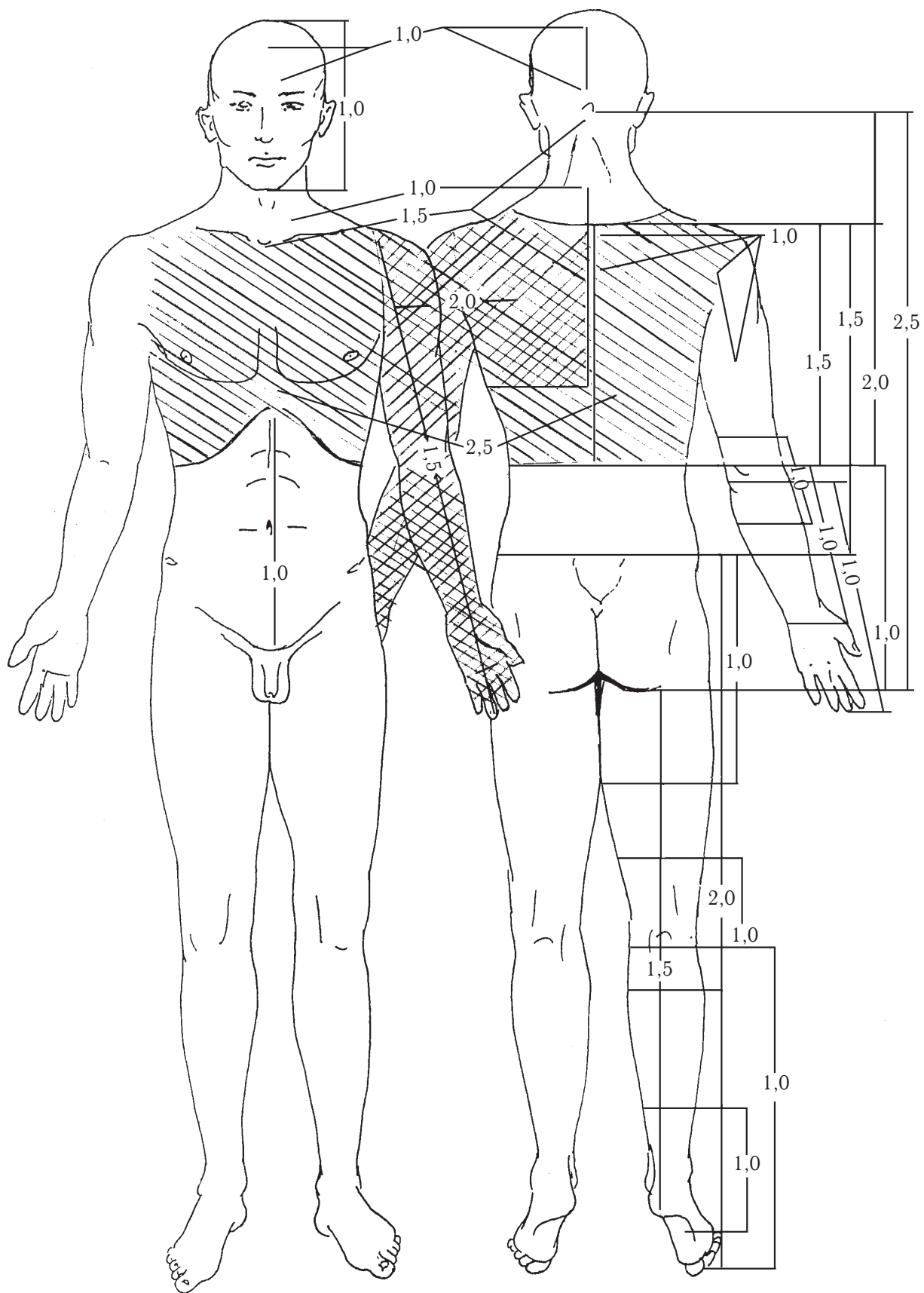


Рис. 313. Умовні одиниці для виконання масажних процедур.

У кінці кожного місяця, кварталу, півріччя та року масажист повинен давати звіт про кількість хворих, що пройшли лікування масажем, кількість проведених процедур, кількість виконаних одиниць масажу взагалі, за нозологічними одиницями та в окремих підрозділах лікувального закладу (поліклініка, стаціонар, окремі відділення та ін.).

Таблиця 7

Розрахункові норми часу в умовних одиницях на виконання масажних процедур

Додаток № 4 до наказу
Міністерства охорони здоров'я
України від "30" XII 1993 № 260

№ п/п	Найменування масажної процедури	Кількість умовних масажних одиниць при виконанні процедури дорослим і дітям
1	2	3
1	Масаж голови (лобно-скроневої та потилично-тім'яної ділянок)	1,0
2	Масаж обличчя (лобової, приочної, верхньо- і нижньощелепної ділянок)	1,0
3	Масаж шиї	1,0
4	Масаж комірцевої зони (задньої поверхні шиї, спини до рівня IV грудного хребця, передньої поверхні грудної клітки до II ребра)	1,5
5	Масаж верхньої кінцівки	1,5
6	Масаж верхньої кінцівки, надпліччя та ділянки лопатки	2,0
7	Масаж плечового суглоба (верхньої третини плеча, ділянки плечового суглоба та надпліччя однойменної сторони)	1,0
8	Масаж ліктьового суглоба (верхньої третини передпліччя, ділянки ліктьового суглоба та нижньої третини плеча)	1,0
9	Масаж променево-зап'ясткового суглоба (проксимального відділу кисті, променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя)	1,0
10	Масаж кисті та передпліччя	1,0
11	Масаж ділянки грудної клітки (ділянки передньої поверхні грудної клітки від передніх меж надпліч до ребрових дуг в ділянці спини від VII шийного до I поперекового хребця)	2,5
12	Масаж спини (від VII шийного до I поперекового хребця і від лівої до правої середньої аксилярної лінії), у дітей – включаючи попереково-крижову ділянку	1,5
13	Масаж м'язів передньої черевної стінки	1,0
14	Масаж попереково-крижової ділянки (від I поперекового хребця до нижніх сідничних складок)	1,0
15	Сегментарний масаж попереково-крижової ділянки	1,5
16	Масаж спини і поперекового відділу (від VII шийного хребця до крижів, від лівої до правої середньої аксилярної лінії)	1,5
17	Масаж шийно-грудного відділу хребта (ділянки задньої поверхні шиї та ділянки спини до I поперекового хребця, від лівої до правої задньої аксилярної лінії)	2,0
18	Сегментарний масаж шийно-грудного відділу хребта	3,0
19	Масаж ділянки хребта (ділянки задньої поверхні шиї, спини і попереково-крижової ділянки, від лівої до правої задньої аксилярної лінії).	2,5
20	Масаж нижньої кінцівки та попереку (ділянки стопи, гомілки, стегна, сідничної та попереково-крижової ділянки)	2,0
21	Масаж нижньої кінцівки	1,5
22	Масаж кульшового суглоба (верхньої третини стегна, ділянки кульшового суглоба та сідничної ділянки однойменної сторони)	1,0
23	Масаж колінного суглоба (верхньої третини гомілки, ділянки колінного суглоба та нижньої третини стегна)	1,0

Продовження табл. 7

1	2	3
24	Масаж гомілковостопного суглоба (проксимального відділу стопи, ділянки гомілкового суглоба та нижньої третини гомілки)	1,0
25	Масаж стопи та гомілки.	1,0
26	Загальний масаж (у дітей грудного та молодшого дошкільного віку)	3,0

Примітки:

1. За одну умовну масажну одиницю прийнята масажна процедура (безпосереднє проведення масажу), на виконання якої потрібно 10 хв.

2. Час переходів (переїздів) для виконання масажних процедур за межами кабінету враховується в умовних масажних одиницях за фактичними витратами часу.

3. Додаток до наказу був затверджений в 1993 році, тому використана в ньому термінологія не всюди відповідає сучасній Міжнародній анатомічній номенклатурі, прийнятій у 1997 році в Сан-Пауло, якою користувалися автори (авт.).

Розділ 8

ПРИЗНАЧЕННЯ МАСАЖУ. ПРОВЕДЕННЯ ПРОЦЕДУРИ МАСАЖУ

Призначення масажу

У більшості лікувальних закладів кабінет масажу входить до складу фізіотерапевтичного відділення. В окремих випадках, де є самостійні відділення лікувальної фізкультури, кабінети масажу можуть належати до них, що є раціональнішим, бо масаж обов'язково повинен поєднуватись з лікувальною фізкультурою. Лікар, який відповідає за роботу кабінету масажу, керує роботою масажистів, постійно дбаючи про підвищення їх фахового рівня.

Масаж призначає лікуючий лікар. Приймаючи хворого, лікар, який відповідає за роботу масажистів, уточнює ділянку масажу, визначає методику і дозування його, дні проведення процедур, загальне число процедур на курс лікування, послідовність та раціональне поєднання з іншими фізичними факторами та лікувальною фізкультурою.

Лікар реєструє своє призначення в історії хвороби чи амбулаторній карті хворого, оформляє карту для проведення масажу. Масажист забезпечує проведення масажу відповідно до призначення лікаря (схема 3). Лікар контролює правильність виконання призначення масажистом.

Робота масажиста з хворим

Підготовка до масажу

Знайомство з хворим. Після виявлення анкетних даних масажист ознайомлюється з діагнозом, з приводу якого хворий направлений на масаж. Розпитує про самопочуття, скарги, пов'язані із захворюванням, звертаючи увагу на ті, які можуть допомогти краще побудувати процедуру масажу. Вияснює супутні захворювання та індивідуальні особливості хворого, які можуть вплинути на методику масажу. Особливої уваги потребують хворі із схильністю до станів запаморочення, зниження та підвищення артеріального тиску. Наявність їх необхідно вияснити у кожного пацієнта і чітко контролювати під час масажу.

Оцінка вихідного рівня клінічних проявів захворювання. Залежно від клінічних проявів захворювання масажисту бажано конкретизувати окремі з них: виміряти артеріальний тиск, підрахувати частоту серцевих скорочень, частоту дихання, визначити об'єм рухів у суглобах кінцівок та хребта при їх захворюваннях і травмах, кількість скотом чи величину пелени перед очима у хворих на шийний остеохондроз, наявність сухих хрипів, які чути на відстані у хворих на бронхіальну астму, утруднення носового дихання при ринітах, наявність больового синдрому та ін. Бажано звернути на це увагу хворого. Позитивна динаміка цих проявів буде свідчити про високу якість та ефективність процедури, і навпаки – погіршення стану вказує на необхідність консультації лікаря та корекції методики масажу.

Огляд хворого масажистом передбачає вивчення стану покривних тканин ділянок тіла, які підлягають масажу. Огляд шкіри включає визначення: забарвлення, еластичності, наявності набряків, крововиливів, шкірних висипань, рубців, порушення цілості шкіри, її вологості та сухості. Важливим є виявлення зон підвищеної больової чутливості (зони Захар'їна-Геда), окремих болючих точок (точки Мекензі) та біологічно активних точок. Вивчення стану підшкірної основи полягає у вивченні її товщини, рівномірності, щільності. При порушенні жирового обміну можуть спостерігатися ущільнення підшкірної основи з утратою еластичності шкіри над нею.

Стан лімфатичних вузлів визначається їх оглядом і пальпацією. Якщо їх видно, добре пальпуються, болючі, щільні, то це вказує на наявність патологічного процесу і є протипоказанням для призначення масажу.

Стан судин визначається шляхом огляду та обережної пальпації судин масажованої ділянки. При патологічних станах судини можуть бути щільними, напруженими, нерівними, що найчастіше має місце при склерозуванні артерій та підвищеному артеріальному тиску. Особливу увагу необхідно звертати на стан венозних судин. При підсиленні судинного малюнка підшкірних вен



Схема 3. Алгоритм діяльності спеціаліста з масажу.

гомилки у положенні стоячи, при наявності болючості та ущільнень за ходом вен масаж нижніх кінцівок може проводитись тільки після консультації з лікарем.

Стан м'язів визначається за їх рельєфом та за м'язовим тонусом. Патологічний стан м'язів проявляється у порушенні м'язового тонусу. Він може бути підвищений (гіпертонус), понижений (гіпотонус), відсутній (атонія). У нормі м'язи перебувають у стані незначного напруження. При підвищенні тонусу вони стають щільні та ригідні при пальпації. При пониженні тонусу м'язи стають в'ялими. Особливої уваги вимагає виявлення гіпотрофії (схуднення, зменшення розмірів, згладжування рельєфу). Важливе значення має консистенція м'язів. У здорового вона м'яка, пружна, еластична. При захворюваннях м'язів їх консистенція під час глибокої пальпації може змінюватись: під пальцями виникає короткочасне напруження, м'яз стає твердим і щільним, при подальшому натискуванні знову стає м'яким та піддатливим. Цей симптом описав Корнеліус (1933). Він свідчить про порушення скоротливої здатності м'язових волокон, підвищення їх збудливості. Більш глибокі зміни у м'язах проявляються у виникненні стійких спастичних станів окремих м'язових пучків (симптом Мюллера). У процесі прогресування захворювання в результаті значних біохімічних змін у м'язах утворюються округлі чи видовжені форми ущільнення або тяжі, що носять назву міогельозів, їх консистенція може нагадувати хрящову і навіть кісткову тканину. Зворотного розвитку цього процесу в них з допомогою масажу досягти не вдається.

Починати обстежувати м'язи необхідно з черевця, потім перейти на місце початку та місце прикріплення. При захворюваннях м'язів саме в ділянці головки та хвоста починається патологічний процес, що проявляє себе у напруженні та болючості цих ділянок. Їх масаж нерідко сприяє збільшенню амплітуди рухів суглобів, функцію яких забезпечують ці м'язи.

При захворюваннях внутрішніх органів необхідно вивчати стан м'язів, розміщених по обидва боки хребта (прихребтові зони), сегментарно зв'язаних з хворим органом. Їх гіпертонус підтверджує діагноз, а зниження тонусу в процесі масажу прискорює нормалізацію функціонального стану хворого органа.

Стан суглобів. Масажу суглобів повинно передувати в'яснення ступеня прояву реактивних явищ: підвищення місцевої температури, болючості при пальпації, набряку навколишніх тканин. При наявності обмеження функції суглоба необхідно визначити об'єм активних та пасивних рухів, вивчити стан м'язів, що забезпечують його функцію.

Стан нервових стовбурів визначається пальпацією, яка проводиться за ходом нервового стовбура або шляхом його розтягування. Крім цього, визначається локалізація болючих точок у ділянці розміщення нерва та у місцях виходу їх на поверхню.

Проведення процедури масажу

Після знайомства з хворим (скаргами, клінічними проявами захворювання, індивідуальними особливостями, станом покривних тканин та ін.), при відсутності протипоказань для проведення масажу, відповідно до призначення лікаря, масажист визначає ділянку масажу, складає комплекс масажних прийомів, їх послідовність, орієнтовне дозування і тільки після цього приступає до проведення процедури.

Ділянка масажу. Залежно від завдань лікувальний масаж може бути загальним та місцевим. Загальний масаж має значний і найрізноманітніший вплив на організм: зміцнює його, сприяє виникненню найбільш ефективних комплексних реакцій органів та систем, мобілізує і розвиває резервні можливості. Місцевий масаж передбачає безпосередній вплив на ділянку ураження, він може використовуватись в ділянці ураження, вище і нижче неї, симетрично, в ділянці проекції внутрішнього органа на поверхню тіла. Виходячи з сегментарної іннервації органів та тканин, найбільш раціонально в процедуру масажу включати: масаж прихребтових та рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з ділянкою ураження, і самої ділянки ураження. При захворюваннях внутрішніх органів у місцевий масаж включають масаж ураженого органа (якщо доступний впливу) і ділянки його проекції на поверхню тіла. Так, при захворюваннях і травмах верхніх кінцівок, крім місцевого впливу, масажу підлягають прихребтові та рефлексогенні зони іннервації D₆-D₁, C₇-C₃ спинномозкових сегментів; при захворюваннях і травмах нижніх кінцівок масаж нижніх кінцівок обов'язково доповнюють масажем прихребтових та рефлексоген-

них зон іннервації S_5-S_1 , L_5-L_1 , $D_{12}-D_{10}$ спинномозкових сегментів. При захворюваннях шлунка масажу підлягають прихребтові та рефлексогенні зони спинномозкових сегментів D_9-D_5 , C_4-C_3 (що включає ділянки спини, шиї, бічні та передні ділянки грудної клітки, реброві дуги, ліву підреброву, надчеревну ділянку) і шлунок.

Методи проведення процедури масажу: заспокійливий (гальмівний) та збуджуючий (тонізуючий), у східній медицині (Гаваа Лувсан, 1995) виділяють ще гармонізуючий. Вибір методу впливу в першу чергу залежить від функціонального стану соматичної та вегетативної нервової системи, клінічних проявів, основних та супутніх захворювань, їх періоду, гостроти перебігу, стану покривних тканин, індивідуальних особливостей хворого (табл. 8).

Таблиця 8

Ознаки, що впливають на чутливість хворого до масажу

Ознаки	Рекомендовано	
	сильніший вплив	слабший вплив
Стать	Чоловікам	Жінкам
Вік	Дорослим	Дітям, особам старшого віку
Тілобудова, фізична сила	Здоровим, фізично сильним	Астенікам, фізично слабшим
Місце проживання	Сільським жителям	Жителям міста
Професія	Робітникам фізичної праці	Робітникам розумової праці
Характер	Сильним, відкритим, незалежним	Вразливим
Відношення до температури зовнішнього середовища	Схильність до гарячих ванн, легка переносимість спеки	Схильність до прохолодних ванн, погана переносимість спеки
Шкіра	Товста, суха, слабка гіперемія	Еластична, тонка, помірно волога, швидка гіперемія
Характер і форма захворювання	Хронічна хвороба	Гостра форма, початкова стадія, період видужання
Стан хворого	Пониження функцій (атонія, гіпотонія, парези, зниження секреції та ін.)	Підвищення функцій (підвищення тону м'язів, підвищення секреції, підвищення артеріального тиску), больовий синдром. Відсутність функцій (паралічі). При безсонні, виснаженні нервової системи масажувати дуже обережно
Алергічна готовність організму	Не проводиться	Алергічні хвороби
Захворювання, що супроводжуються: а) підвищенням тону симпатико-адреналової системи	Не проводиться	Підвищення тону судин, м'язів, гіпертонія, спастичні коліти, судоми м'язів, збудження нервової системи
б) зниженням тону симпатико-адреналової системи	Гіпотонічні стани, атонія кишечника, зниження тону м'язів, астеничний синдром	Не проводиться

При проведенні процедури масажу метод впливу регулюється, у першу чергу, використанням відповідних прийомів. Так, наприклад, поверхнєве погладжування має заспокійливий вплив, а глибоке погладжування та переривчаста вібрація – збуджуючий (Н.А. Белая, 1974). Для прикладу, наводимо схему впливу поверхнєвого та глибокого погладжування на окремі системи та органи (табл. 9).

У той же час, метод впливу масажу зумовлюється і технікою виконання одних і тих же прийомів. У першу чергу це стосується прийомів розтирання, розминання, безперервної вібрації. Їх вплив залежить від глибини, швидкості, сили, тривалості, величини поверхні впливу. Л.О. Кунічев указує, що сильні, швидкі, короткочасні впливи на невелику поверхню сприяють виникненню значнішого рецепторного потенціалу і надходженню більшого числа імпульсів у центральну нервову систему порівняно зі слабшими, повільнішими, довготривалішими прийомами.

Завдання масажиста полягає у пристосуванні сили подразнення до функціонального стану та реактивності організму пацієнта. Мистецтво масажиста можна порівняти з мистецтвом скульптора з тією лише різницею, що масажист працює з живою тканиною. Мистецтво масажиста – це дар.

Таблиця 9

Вплив поверхневого та глибокого погладження (Л.О. Кунічев, 1982)

Вплив	Поверхнєве погладження	Глибоке погладження
На нервову систему	Заспокійливо	Збуджуюче
На емоції	Знижує емоційну збудливість	Підвищує емоційну збудливість
На м'язи	Знижує підвищений тонус	Підвищує тонус
На больовий синдром	Зменшує	Не знімає або підсилює
На крово- та лімфотік	Помірно пришвидшує	Стимулює
На набряки	Помірно зменшує	Значно зменшує
На рубцеві зміни	Помірно впливає	Пришвидшує розсмоктування рубцевої тканини
На обмінні процеси	Помірно впливає	Поліпшує обмінні процеси, прискорює виведення продуктів обміну

Процедура масажу

Процедуру та курс масажу умовно поділяють на 3 періоди: підготовчий, основний, заключний. У підготовчий період (1-3 процедури) масажист вивчає особливості масажованої ділянки, пристосовує підбрану методику масажу до хворого, оцінює реакцію організму на процедуру, переносимість окремих прийомів, здійснює загальний, недиференційований вплив на шкіру, м'язи, суглоби, нервові стовбури.

В основний період (4-8 процедури) використовують суворо диференційовану методику масажу з врахуванням клінічних проявів захворювання та індивідуальних особливостей організму. Інтенсивність впливу поступово нарощується.

У заключний період (10-12 процедури) продовжують методику основного періоду, при необхідності навчають хворого самомасажу. Під час останніх процедур дещо зменшують інтенсивність впливу.

Співвідношення окремих частин процедури масажу також залежить від періоду лікування (табл. 10).

Таблиця 10

Розподіл часу за частинами процедури масажу

Періоди лікування масажем	Періоди процедури, %		
	підготовчий	основний	заклучний
Підготовчий	30	40	30
Основний	10	80	10
Заклучний	20	60	20

Як видно з таблиці, час основної частини поступово наростає, досягаючи найбільшої тривалості в основний період і дещо знижуючись під кінець курсу. На початку кожної процедури прийоми поверхневого погладження та спокійного розтирання підготовляють хворого до основної частини, під час якої виконується диференційований масаж згідно з поставленими перед масажистом завданнями; у кінці процедури – зменшується інтенсивність впливу. Орієнтовна схема проведення процедури масажу залежно від завдань подається в таблиці 11.

Як видно з таблиці, підготовчий та заключний періоди при обох методах проводяться однаково. Всі завдання вирішуються в основний період процедури масажу. Необхідно пам'ятати, що при збуджуючому (тонізуючому) впливі тканини повинні бути підготовлені до кожного з інтенсивно виконуваних прийомів, відповідно, поверхневим погладженням, спокійним розтиранням та спокійним розминанням. Тільки тонізуючий вплив мають прийоми глибокого, переривчастого погладження, переривчастого розтирання, стругання, переривчастої вібрації.

Тривалість процедури масажу залежить від клінічних проявів захворювання, ділянки масажу, індивідуальних особливостей пацієнта. У дітей, осіб старшого віку, ослаблених вона менша, у дорослих – більша. Середня тривалість процедури – 20 хв.

Схема використання основних прийомів масажу залежно від завдань (основний період курсу лікування)

Період процедури	Основні прийоми	
	заспокійливий вплив	збуджуючий вплив
Вступний (10 % часу)	Погладжування поверхневе Спокійне розтирання	Погладжування поверхневе Спокійне розтирання
Основний (80 % часу)	Погладжування поверхневе Розтирання спокійне поверхневе Розтирання спокійне глибоке Розтирання спокійне глибоке Розминання поверхневе Розминання глибоке спокійне Розминання глибоке спокійне Розминання глибоке спокійне Безперервна вібрація заспокійлива Безперервна вібрація заспокійлива Спокійне глибоке розминання Спокійне розминання поверхневе Спокійне розтирання	Погладжування глибоке Розтирання спокійне поверхневе Розтирання спокійне глибоке Розтирання інтенсивне глибоке Розминання поверхневе Розминання глибоке спокійне Розминання глибоке інтенсивне Переривчаста вібрація Переривчаста вібрація Безперервна вібрація інтенсивна Спокійне глибоке розминання Спокійне розминання поверхневе Спокійне розтирання
Заклучний (10 % часу)	Спокійне розтирання Погладжування поверхневе	Спокійне розтирання Погладжування поверхневе

Примітка. Основні ознаки спокійно виконаного прийому: рухи повільні, довготривалі, з поступово змінюваним зусиллям; інтенсивно виконаного прийому: рухи швидкі, короткотривалі, з швидкозмінюваним зусиллям.

Тривалість курсу масажу визначається у кожному конкретному випадку індивідуально. Звичайно призначають 10–20 процедур щоденно або через день з перервами на 2-3 місяці. Кількість призначених процедур залежить від характеру та тяжкості захворювання. Курс лікування може бути малим (10-12 процедур), середнім (14-16 процедур), максимальним (16-20 процедур). Малий курс лікування призначається для того, щоб зменшити гостроту перебігу захворювання, прискорити одужання. Середній – призначається найчастіше, його достатньо для лікування переважної більшості захворювань. Максимальний – при хронічних процесах і тяжкому перебігу захворювань. Після максимального курсу лікування рекомендують зробити перерву на три місяці. О. Глезер, А.В. Даліхо (1965) рекомендують проводити масаж до зникнення рефлексорних змін. Вони вказують таке: якщо після зникнення рефлексорних змін зроблено ще 5 процедур масажу, то знову можуть появиться ті ж скарги. Загальний масаж призначають тільки через день, а особам старшого віку – не частіше 2 разів на тиждень.

Інтервали між курсами лікування масажем.

При хронічних захворюваннях, які найчастіше загострюються в осінньо-весняний період (це в першу чергу захворювання суглобів, органів дихання, травної системи), краще проводити масаж 2 рази на рік – з профілактичною метою, тобто до виникнення клінічних проявів захворювань. У разі загострення захворювання – за клінічними показаннями.

При остеохондрозі хребта – після впливу провокуючих факторів: переохолодження, тривалого статичного напруження, надмірного фізичного навантаження, не чекаючи виникнення клінічних проявів. У разі загострення неврологічної симптоматики – за клінічними показаннями.

При захворюваннях, загострення яких може провокувати нервово-психічні перевантаження (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, нейроциркуляторна дистонія та ін.), – після впливу цих факторів, краще в поєднанні з помірним фізичним навантаженням.

У хворих на дитячий церебральний параліч, при уроджених захворюваннях опорно-рухового апарату, після порушення мозкового кровообігу – 1 раз у квартал.

Умови, що забезпечують правильне виконання масажу.

Перша умова – це повне розслаблення м'язів та сумково-зв'язкового апарату масажованої частини тіла хворого. Найбільш повне розслаблення м'язів настає тоді, коли суглоби кінцівок

будуть зігнуті під відповідним кутом, тобто у фізіологічно вигідному положенні, положенні фізіологічного спокою.

Друга умова – правильне положення хворого під час масажу. При масажі голови, лиця, шиї, верхніх кінцівок хворий може сидіти (якщо дозволяє стан). При масажі кінцівок їм необхідно надати середньофізіологічного положення. Масаж тулуба та нижніх кінцівок краще проводити в положенні хворого лежачи. При масажуванні передньої поверхні нижньої кінцівки валик підкладається під коліно, задньої – під гомілковостопний суглоб. При масажі живота валик підкладається під коліна.

Третя умова – правильне положення масажиста під час масажу. Воно повинно бути зручним, не стомлювати масажиста. При масажі голови, лиця – це положення позаду сидячого хворого. При масажі верхніх кінцівок – сидячи. При масажі хворого, що лежить, масажист стає збоку від нього, може і сидіти.

Характер зворотних реакцій організму на масаж

Структура та характер реакції організму хворого на масаж залежать від:

- функціонального стану вищих відділів центральної нервової системи, співвідношення процесів збудження та гальмування в корі головного мозку;
- функціонального стану вегетативної нервової системи: співвідношення тонуусу її симпатичної та парасимпатичної частин;
- стану рецепторного поля, що підлягає масажу;
- вихідного рівня пацієнта: у спортсменів – передстартовий стан чи стан після інтенсивних тренувань, у хворих – клінічні прояви захворювання; індивідуальних особливостей пацієнта, його чутливості до масажу;
- ділянки, виду і тривалості масажу та використовуваних прийомів;
- особистої майстерності спеціаліста з масажу: рівня теоретичних знань та практичних навичок, уміння пристосувати силу подразнення до функціонального стану пацієнта.

Показання та протипоказання до призначення масажу

Показання. Масажувати можна всіх здорових людей, враховуючи їх вік та реактивність нервової системи. Масаж показаний при лікуванні та реабілітації хворих в різні періоди захворювань та травм, його використовують як засіб первинної та вторинної профілактики, підвищення фізичної та розумової працездатності. Масаж призначають в косметичній практиці, з гігієнічною метою, в спортивній медицині.

Масаж повинен бути призначений у випадках, коли необхідно викликати активну гіперемію, покращити лімфо- та кровообіг, обмін у тканинах, досягнути розсмоктування при набряках та випотах, відкоректувати тонус м'язів, відновити функціональний стан м'язів та рухомість у суглобах, прискорити чи сповільнити утворення кісткового мозоля, нормалізувати функціональний стан соматичної (центральної, периферійної) та вегетативної нервової системи.

Протипоказання. Є постійні та тимчасові протипоказання для призначення масажу.

Постійні протипоказання – це такі стани, при яких масаж хворому не показаний в даний час і не можна буде призначати надалі. До постійних протипоказань відносять:

- тяжкий стан хворого, що супроводжується наростанням серцево-судинної, дихальної, печінкової, ниркової та ін. недостатностей;
- новоутворення, у тому числі доброякісні;
- тромбофлебіти, тромбози судин, варикозне розширення вен з трофічними порушеннями;
- септичний стан;
- захворювання крові, кровоточивість;
- бронхоектатична хвороба в стадії тканинного розпаду;
- сифіліс II-III ступеня та інші гострі венеричні хвороби;
- виражений склероз судин головного мозку зі схильністю до тромбоутворення та кровотеч;
- тиреотоксичний зоб.

Тимчасові протипоказання (загальні):

- загальний тяжкий стан хворого при різних захворюваннях і травмах;
- температура тіла більше 37,5 °С;
- гострий запальний процес, гострі респіраторні вірусні захворювання;
- збільшення та наростання швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ);
- наявність гнійних процесів в організмі;
- гострий період захворювання: порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарда, гіпертонічна криза та ін.;
- окремі порушення серцевого ритму і провідності;
- активна фаза туберкульозу, ревматичних синдромів;
- загострення захворювань кишечника, нудота, блювання;
- стани, що вимагають невідкладного оперативного втручання;
- захворювання лімфатичних судин та вузлів;
- гострі алергічні стани, набряк Квінке;
- виражений больовий синдром;
- кровотеча та небезпека кровотечі;
- захворювання шкіри, нігтів, волосистої частини голови інфекційного, грибкового та невизначеного характеру, різні шкірні висипання, пошкодження, подразнення шкіри;
- захворювання вегетативної нервової системи (гангліоніт, діенцефальний криз) та периферійної нервової системи (прогресуючий перебіг диско-корінцевого конфлікту тощо);
- психічні захворювання, що утруднюють контакт із хворим, епісиндром;
- період місячних та вагітності у жінок;
- наявність сторонніх тіл біля магістральних судин та нервових сплетень;
- у спортсменів – стан вираженої перевтоми та збудження.

Раціоналізація праці спеціаліста з масажу

Процедура масажу – тяжка праця, яка вимагає постійного значного фізичного та психічного напруження. Кожний масажист повинен уміти економно використовувати свої фізичні сили. Цьому сприяє:

1. Дотримання правил гігієни праці.
2. Правильний розподіл роботи протягом дня: на початок призначати процедури, що вимагають більшої затрати сили, чергувати масаж великих ділянок тіла з масажем окремих його частин.
3. Раціональна поза масажиста: якщо стоячи, то ноги на ширині плечей, якщо сидячи, то опиратися на ноги, при нахилі тулуба вперед під час масажу виставляти одну ногу вперед.
4. Вільний, що не обмежує рухи, з короткими рукавами, одяг з натуральної тканини.
5. Зручне взуття без високих підборів.
6. Відповідна висота масажної кушетки, яка повинна відповідати методиці масажу, конституційним особливостям спеціаліста з масажу.
7. Чергування масажу руками з апаратним масажем.
8. Використання законів біомеханіки: залучати до роботи тільки ті м'язи, які необхідні для правильного виконання прийому, використовувати вагу кісткового важеля, максимально використовувати дугові рухи.
9. Циклічність, ритмічність, динамічна стереотипія масажних рухів.
10. Майстерність виконання окремих прийомів, м'якість, плавність, пластичність рухів.
11. Часта зміна груп працюючих м'язів.
12. Робота двома руками одночасно чи поперемінно.
13. Використання, при необхідності, спеціальних присипок та мазей.
14. Активний відпочинок між процедурами масажу. Регулярні заняття фізичними вправами з метою підвищення сили та витривалості.
15. Попередження втоми, бо якщо вона наростає в арифметичній прогресії, то тонкість м'язового відчуття і координація рухів утрачаються в геометричній прогресії.

Розділ 9

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА

Вивчення досвіду роботи реабілітаційних відділень поліклінік, стаціонарів та спеціалізованих відділень лікувальних і профілактичних закладів показало, що процедуру масажу необхідно поєднувати з лікувальною фізкультурою, і краще, коли цю функцію виконує одна особа.

Лікувальна фізична культура (ЛФК) – метод лікування, що використовує засоби фізичної культури з лікувальною, оздоровчою та профілактичною метою.

Основні засоби ЛФК – фізичні вправи, режими рухової активності, лікувальний масаж, природні чинники (опромінювання сонцем, аерація, водні процедури). ЛФК – природно-біологічний метод лікування, в основі якого – рух як форма існування всього живого. Його використання вимагає активної участі хворого в процесі лікування.

ЛФК – метод неспецифічної терапії: фізичні вправи викликають в організмі зміни з боку переважної більшості органів та систем. У той же час, окремі фізичні вправи можуть вибірково впливати на функцію окремих органів та систем. Систематичне використання фізичних вправ впливає на реактивність організму, підвищує його стійкість до негативного впливу факторів зовнішнього середовища.

ЛФК – метод функціональної терапії. Регулярне використання дозованих фізичних навантажень стимулює, тренує, підвищує функціональні можливості як окремих систем, так і всього організму.

ЛФК – метод підтримуючої терапії – використання його в період ремісії захворювання є високоефективним засобом попередження рецидивів. Використання дозованого фізичного навантаження у людей середнього та похилого віку – ефективний засіб продовження активного довголіття.

Завдання лікувальної фізкультури

1. Зберегти та підтримати хворий організм у якнайкращому функціональному стані.
2. Попередити ускладнення, викликані як основним захворюванням, так і ті, що виникають у результаті вимушеної тривалої гіподинамії.
3. Сприяти поліпшенню дії медикаментозних засобів.
4. Залучити хворого до активної участі у процесі одужання.
5. Стимулювати потенційні можливості хворого у боротьбі з захворюванням.
6. Прискорити ліквідацію місцевих анатомічних і функціональних проявів хвороби.
7. Попередити негативний вплив факторів зовнішнього середовища.
8. Якнайшвидше відновити функціональну повноцінність людини.

Відмінні особливості лікувальної фізкультури

Систематичне використання фізичних вправ з лікувальною метою набагато підвищує ефективність медикаментозних засобів, скорочує терміни лікування, знижує час перебування хворого в стаціонарі чи на амбулаторному лікуванні, скорочує різницю між клінічним і функціональним видужанням, попереджує рецидиви захворювань.

Лікувальна фізкультура має ряд особливостей, які дають право використовувати її в комплексному лікуванні, іноді як основний метод, а нерідко – як єдиний метод лікування.

До них відносять: природність (основний засіб – фізичні вправи, рух), загальнодоступність, безкоштовність, універсальність впливу (загальнозміцнювальний та місцевий вплив); даний метод підвищує реактивність організму, потенціює дію лікарських засобів; не має побічної дії, травматичного впливу (при правильно підібраних засобах лікувальної фізкультури та режимі рухової активності), непереносимості, не викликає алергічних реакцій; легко дозується та

вивчається реакція на навантаження; мало протипоказань, довготривалість використання з позитивним ефектом; є засобом профілактики рецидивів захворювання та негативного впливу факторів зовнішнього середовища; залучає хворого до активної участі в процесі одужання, має позитивний емоційний вплив.

Загальні показання та протипоказання для призначення лікувальної фізкультури

Показання для призначення лікувальної фізкультури надзвичайно широкі. Постійних протипоказань для лікувальної фізкультури мало, найчастіше вони носять тимчасовий характер.

До постійних протипоказань належать стани та стадії захворювання, при яких недопустима активація як загальних, так і місцевих фізіологічних процесів. У першу чергу це тяжкі незворотні прогресуючі захворювання (наростання серцево-судинної, дихальної, печінкової та ін. недостатностей), злоякісні захворювання, захворювання крові, тяжкі психічні захворювання та ін.

До тимчасових загальних протипоказань відносять тяжкий стан хворого, гострі запальні процеси, що супроводжуються підвищенням температури вище субфебрильних цифр, прогресуючим збільшенням ШОЕ, лейкоцитозу та інших показників додаткових методів обстеження; гострий період захворювань, що не супроводжуються запальними процесами (інсульт, інфаркт міокарда, гіпертонічна хвороба та ін.); виражений больовий синдром незалежно від локалізації; кровотечу, загрозу кровотечі, кровохаркання; наявність сторонніх тіл біля кровеносних судин та нервових сплетень, психічні стани, які утруднюють контакт з хворим.

Засоби лікувальної фізкультури

До основних засобів лікувальної фізкультури відносять в першу чергу фізичні вправи, режими рухової активності, прийоми масажу, вихідні положення, природні чинники (сонце, повітря, вода) (табл. 12).

Таблиця 12

Засоби лікувальної фізкультури

Фізичні вправи	Вихідні положення	Режим рухової активності	Загартовуючі процедури	Прийоми масажу
Гімнастичні Спортивно-прикладні Ігрові Трудові	Лежачи Стоячи Сидячи Рачки	1. Стационарний: а) ліжковий: – суворий; – розширений; б) напівліжковий; в) вільний 2. Післястационарний: а) щадний; б) щадно-тренуючий; в) тренуючий	Фізичні чинники: 1. Природні (повітря, вода, сонце) 2. Преформовані	Погладжування Розтирання Розминання Вібрація

Фізичні вправи – це організована форма руху. Розрізняють гімнастичні, спортивно-прикладні, ігрові, трудові фізичні вправи (табл. 13). Найширше в лікувальній фізкультурі використовуються гімнастичні вправи.

Гімнастичні вправи поділяють на загальнозміцнювальні та спеціальні. Загальнозміцнювальні вправи спрямовані на оздоровлення всього організму. Спеціальні вправи впливають на окремі органи, системи, м'язові групи, суглоби та ін. Одні й ті ж вправи можуть бути як загальнозміцнювальними, так і спеціальними. Так, колові рухи в плечовому суглобі можуть використовуватися як з метою зміцнення м'язів плечового пояса, так і для збільшення амплітуди рухів при їх обмеженні. Дихальні вправи можуть використовуватись як засіб зменшення навантаження в перервах між іншими вправами і для поліпшення функції дихальної системи при її захворюваннях.

Класифікація фізичних вправ

Гімнастичні	Спортивно-прикладні	Ігрові	Трудові
За анатомічним принципом: – для м'язів ший, кінцівок; – для верхніх, нижніх кінцівок; – для шийного відділу хребта і т. д. Відносно навантаження: – з додатковим навантаженням; – у розслабленні; – ізотонічні; – ізометричні; – уявні За використання предметів і снарядів : – без предметів; – з предметами; – на снарядах; – біля снарядів; За впливом: – загальнозміцнювальні; – спеціальні За активністю: – активні; – пасивні За характером: – дихальні; – на координацію, увагу; – на рівновагу; – на розслаблення; – ритмопластичні, коригуючі та ін.	Ходьба: – звичайна; – дозована; – теренкур Біг: – швидкий; – повільний; – підтюпцем Плавання: – в басейні; – у відкритих водоймах Веслування: – на водоймах; – на тренажерах Їзда на велосипеді: – на відкритій місцевості; – на велотренажерах Катання: – на лижах; – на ковзанах Прогулянки Експерсії Туризм Метання	Ігри: – на місці; – настільні ігри; – розважальні ігри Малорухомі Рухомі: – спортивні; – розважальні	Побутові Загально-зміцнювальні Розважальні Відновні Професійні

За анатомічним принципом гімнастичні вправи поділяють на:

а) вправи для впливу на певну систему (серцево-судинну, дихальну системи, опорно-руховий апарат та ін.);

б) вправи для окремих ділянок тіла (верхніх, нижніх кінцівок, живота та ін.);

в) вправи для м'язових груп (дрібних, середніх, великих).

За характером м'язового скорочення гімнастичні вправи бувають динамічні (ізотонічні) та статичні (ізометричні), а також уявні (ідеомоторні). Найбільш поширеними є динамічні вправи, коли м'язи працюють в ізотонічному режимі, тобто здійснюються рухи в суглобах. За ступенем активності динамічні вправи бувають активні та пасивні; у разі, коли хворий виконує їх сам, без сторонньої допомоги, – вправи носять назву активних. Активні вправи можуть виконуватися в полегшених умовах (ковзкі поверхні, ролики, вправи у воді та ін.) та з обтяженням (опір інструктора при виконанні рухів хворим, гантелі, блоки з тягарем та ін.).

Пасивні вправи найчастіше використовуються у тих випадках, коли хворий не може самостійно виконувати їх у повному об'ємі. Вони виконуються з допомогою інструктора без вольового зусилля або з ним.

Масажист, використовуючи окремі види активних та пасивних рухів, повинен знати об'єм рухомості суглобів та м'язи, що забезпечують ці рухи (табл. 14-16, рис. 314, 315). Так, у плечовому суглобі можливий такий об'єм рухів: згинання – рух плеча вперед – 90°, розгинання – рух плеча назад – 60°, відведення – рух плеча вбік – 72°, обертання плеча назовні – 50°, досередини – 90°. Згинання та відведення плеча більше вказаної амплітуди відбувається за рахунок плечового поясу. Щоб підняти руку вгору, необхідно відвести плече на 90°, повернути долоню назовні. У

ліктьовому суглобі згинання можливе до кута 30-40°, а розгинання – до кута 180°; супінація – 60°, пронація – 80°. У променево-зап'ястковому суглобі можливе згинання кисті до кута 110-115°, розгинання – до кута 130-140°; відведення – до кута 155-160°, приведення – до кута 140-150°.

У п'ястково-фалангових суглобах кисті можливе згинання до кута 90°, розгинання – до кута 180°. У міжплеснових суглобах кисті відбувається згинання і розгинання з амплітудою 100-110°.

Рухомість кульшового суглоба можлива у наступних межах: амплітуда згинання та розгинання стегна – 120°: згинання – на 105°, розгинання – на 15°, відведення від середньої лінії виконують до кута 120°.

В колінному суглобі згинання відбувається до кута 30-40°, розгинання – до кута 180°. При зігнутій в коліному суглобі під прямим кутом нозі можливе обертання ноги до середини на 10°, назовні – на 30°.

У гомілковостопному суглобі можливе згинання підшовове до кута 165°, розгинання тильне – до кута 100°. Згинання та розгинання в плесно-фалангових суглобах доходить до 85°.

Хребтовий стовп може здійснювати рухи: згинання вперед – на 160°, розгинання назад – на 45°, нахили тулуба вправо та вліво можливі з загальною амплітудою до 165°, повороти вправо та вліво – до 120° разом.

Таблиця 14

Вихідне положення для вимірювання кута руху в суглобі та об'єм рухів у суглобах

Суглоб	Вісь	Напрямок руху	Вихідне положення	Об'єм руху (в градусах)
Плечовий	Сагітальна	Відведення	Стоячи, сидячи --/--/--/--	180
		Приведення	--/--/--/-- --/--/--/--	0
	Фронтальна	Згинання	--/--/--/--	180
		Розгинання	--/--/--/--	45
Ліктьовий	Фронтальна	Згинання	--/--/--/--	145
		Розгинання	--/--/--/--	0
Променево-зап'ястковий суглоб	Фронтальна	Згинання	Сидячи, рука на столі	90
	Сагітальна	Розгинання	--/--/--/--	80
		Приведення	--/--/--/--	45
		Відведення	--/--/--/--	30
Кульшовий	Фронтальна	Згинання	Лежачи Стоячи	60
		Розгинання	Лежачи	15
	Сагітальна	Приведення	Лежачи	0
		Відведення	Лежачи	45
	Вертикальна	Пронація	Лежачи	45
		Супінація	--/--/--/--	45
Колінний	Фронтальна	Згинання	Сидячи на кушетці, стоячи	130
		Розгинання	Стоячи	0
Гомілково-стопний	Фронтальна	Згинання (підшовове)	Сидячи на кушетці, стоячи	45
		Розгинання (тильне)	--/--/--/--	20
Шийний відділ хребта	Фронтальна	Згинання	Сидячи, руки на поясі	60
		Розгинання	--/--/--/--	70
	Вертикальна	Ротація вліво	--/--/--/--	75
		Ротація вправо	--/--/--/--	75
	Сагітальна	Відведення вліво	--/--/--/--	45
		Відведення вправо	--/--/--/--	45
Поперековий та грудний відділи хребта	Сагітальна	Відведення (нахил):	Стоячи --/--/--/--	50 50
		– вліво		
		– вправо		

Таблиця 15

Правила накладання кутоміра при вимірюванні амплітуди об'єму рухів у суглобах

Рухи в суглобах	Положення осі обертання кутоміра (на рисунках точка <i>a</i>)	Положення бранш кутоміра	
		Перша бранша (на рисунках лінія <i>a-б</i>)	Друга бранша (на рисунках лінія <i>a-в</i>)
Згинання, розгинання, відведення в плечовому суглобі (див. рис. 314 а, б, в, г)	Головка плечової кістки	Акроміон – вища точка плечової кістки	Акроміон – вінцевий відросток плечової кістки
Згинання і розгинання в ліктьовому суглобі (див. рис. 314 д, е)	Вінцевий відросток плечової кістки	Вінцевий відросток – акроміон	Вінцевий відросток – шилоподібний відросток променевої кістки
Відведення і приведення в променево-зап'ястковому суглобі (див. рис. 314 з)	Між дистальними кінцями кісток передпліччя	Посередині між ліктьовою та променевою кістками	Посередині між 3 і 4 пальцями
Згинання та розгинання в променево-зап'ястковому суглобі (див. рис. 314 ж)	Шилоподібний відросток ліктьової кістки	По зовнішньому краю ліктьової кістки	По зовнішньому краю п'ясткової кістки
Згинання та розгинання в кульшовому суглобі (див. рис. 315 а, б)	Великий вертлюг	Великий вертлюг – середина пахвової впадини	Великий вертлюг – латеральний виросток стегна
Згинання і розгинання в колінному суглобі (див. рис. 315 в, г)	Бічний виросток стегнової кістки	Бічний виросток стегнової кістки – великий вертлюг	Латеральний виросток стегнової кістки – бічна кісточка маломілкової кістки
Згинання та розгинання в гомілковостопному суглобі (див. рис. 315 д, е)	Присередня кісточка	Присередня кісточка великогомілкової кістки – присередній виросток стегнової кістки	Присередня кісточка – середина плеснофалангового суглоба

Таблиця 16

Обсяг рухів у суглобах кінцівок і хребта та м'язи, що їх виконують

Назва руху	Назви м'язів
1	2
<i>Плечовий суглоб</i>	
Відведення	Дельтоподібний, надостьовий, довга головка двоголового м'яза плеча
Приведення	Великий круглий, найширший м'яз спини, надостьовий, великий і малий грудні, підлопатковий, коротка головка двоголового м'яза плеча
Згинання	Ключична частина дельтоподібного, великий грудний, дзьобо-плечовий
Розгинання	Остьова частина дельтоподібного, найширший м'яз спини, підостьовий, великий і малий грудні, триголовий м'яз плеча, великий круглий, довга головка триголового м'яза плеча
Пронація плеча	Підлопатковий, великий грудний, ключична частина дельтоподібного, найширший м'яз спини, великий круглий, дзьобо-плечовий
Супінація плеча	Підостьовий, малий круглий, остьова частина дельтоподібного
<i>Ліктьовий суглоб</i>	
Згинання	Двоголовий м'яз плеча, плечовий, плечо-променевий, круглий м'яз-привертач, довгий променевий м'яз – розгинач зап'ястка
Розгинання	Триголовий м'яз плеча, ліктьовий
Пронація передпліччя	Круглий м'яз-привертач, квадратний м'яз-привертач, плечо-променевий
Супінація передпліччя	Двоголовий м'яз плеча, м'яз-відвертач, плечо-променевий
<i>Променево-зап'ястковий суглоб</i>	
Згинання (долонне)	Променевий м'яз - згинач зап'ястка, ліктьовий м'яз-згинач зап'ястка, довгий долонний м'яз, поверхневий згинач пальців
Розгинання (тильне згинання)	Довгий променевий м'яз – розгинач зап'ястка, короткий променевий м'яз – розгинач зап'ястка, ліктьовий м'яз – розгинач зап'ястка, м'яз – розгинач пальців, м'яз – розгинач мізинця, довгий розгинач великого пальця

1	2
Приведення	Ліктьовий м'яз – згинач зап'ястка, ліктьовий м'яз – розгинач зап'ястка
Відведення	Короткий променеви м'яз – розгинач зап'ястка, довгий м'яз, що відводить великий палець
Пронація кисті	Променеви м'яз – згинач зап'ястка, квадратний м'яз – привертач
Супінація кисті	Плецо-променеви м'яз, довгий променеви м'яз – розгинач зап'ястка
<i>Кульшовий суглоб</i>	
Згинання	Клубово-поперекови, кравецький, натягувач широкої фасції стегна, гребінний, довгий і короткий привідні, чотириголови м'яз стегна
Розгинання	Великий сідничний, двоголови м'яз стегна, півсухожилкови, півперетинчастий, великий привідний, внутрішній затульний м'яз
Відведення	Середній і малий сідничні, грушоподібний, внутрішній затульний, натягувач широкої фасції стегна
Приведення	Гребінний, великий, довгий, короткий привідні, стрункий
Супінація стегна	Клубово-поперекови, кравецький, квадратний м'яз стегна, великий сідничний, внутрішній і зовнішній затульні, грушоподібний, гребінний, близнюкови, великий привідний, середній і малий сідничні (задні пучки)
Пронація стегна	М'яз – натягувач широкої фасції, середній і малий сідничні (передні пучки), півсухожилкови, півперетинчастий, тонкий
<i>Колінний суглоб</i>	
Згинання	Двоголови м'яз стегна, півсухожилкови, півперетинчастий, кравецький, тонкий, підколінний, триголови м'яз литки
Розгинання	Чотириголови м'яз стегна
Пронація гомілки	Півсухожилкови, півперетинчастий, кравецький, тонкий, підколінний, ніжний, присередня головка литкового м'яза
Супінація гомілки	Двоголови м'яз стегна, бічна головка литкового м'яза
<i>Гомілковостопний (надп'яtkово-гомілковий) суглоб</i>	
Згинання (підшовве)	Триголови м'яз литки, задній великогомілкови, довгий м'яз – згинач пальців, довгий м'яз – згинач великого пальця, довгий і короткий малоогомілкови м'язи, камбалоподібний
Розгинання (тильне згинання)	Передній великогомілкови, довгий м'яз – розгинач пальців, довгий м'яз – розгинач великого пальця
Приведення	Підколінний м'яз
Відведення	Короткий і довгий малоогомілкови, передній великогомілкови
Супінація стопи	Передній великогомілкови, довгий м'яз – розгинач великого пальця, довгий згинач пальців, задній великогомілкови
Пронація стопи	Короткий і довгий малоогомілкови, довгий м'яз – розгинач пальців, довгий м'яз – згинач великого пальця
Рухи в пальцях стопи	М'язи стопи і м'язи, що переходять з гомілки на стопу
<i>Шийний відділ хребта</i>	
Розгинання	При двосторонньому скороченні груднинно-ключично-соскоподібних м'язів, між-остьових, півостьових, остьових м'язів голови та шиї, трапецієподібного м'яза, задніх великих і малих прямих м'язів голови (при фіксованому тулубі), м'язів – підіймачів лопатки (при фіксованих лопатках), ремінних м'язів шиї, м'язів – випрямлячів хребта
Згинання	При двосторонньому скороченні передніх, середніх, задніх драбинчастих м'язів, найдовших м'язів голови та шиї, передніх прямих м'язів голови
Нахили	При односторонньому скороченні переднього драбинчастого, бічного прямого м'яза голови, верхніх пучків м'яза – випрямляча хребта, трапецієподібного, груднинно-ключично-соскоподібного м'язів, м'яза – підіймача лопатки (при фіксованій лопатці), довгого м'яза шиї, задніх, передніх міжпоперечних м'язів шиї (нахил відбувається в бік скороченого м'яза)
Ротаційні рухи (повороти голови)	Ремінні м'язи голови та шиї, задній великий і малий прями м'язи голови, верхній та нижній косі м'язи голови, м'язи – обертачі шиї (при односторонньому скороченні повертають голову в свій бік)

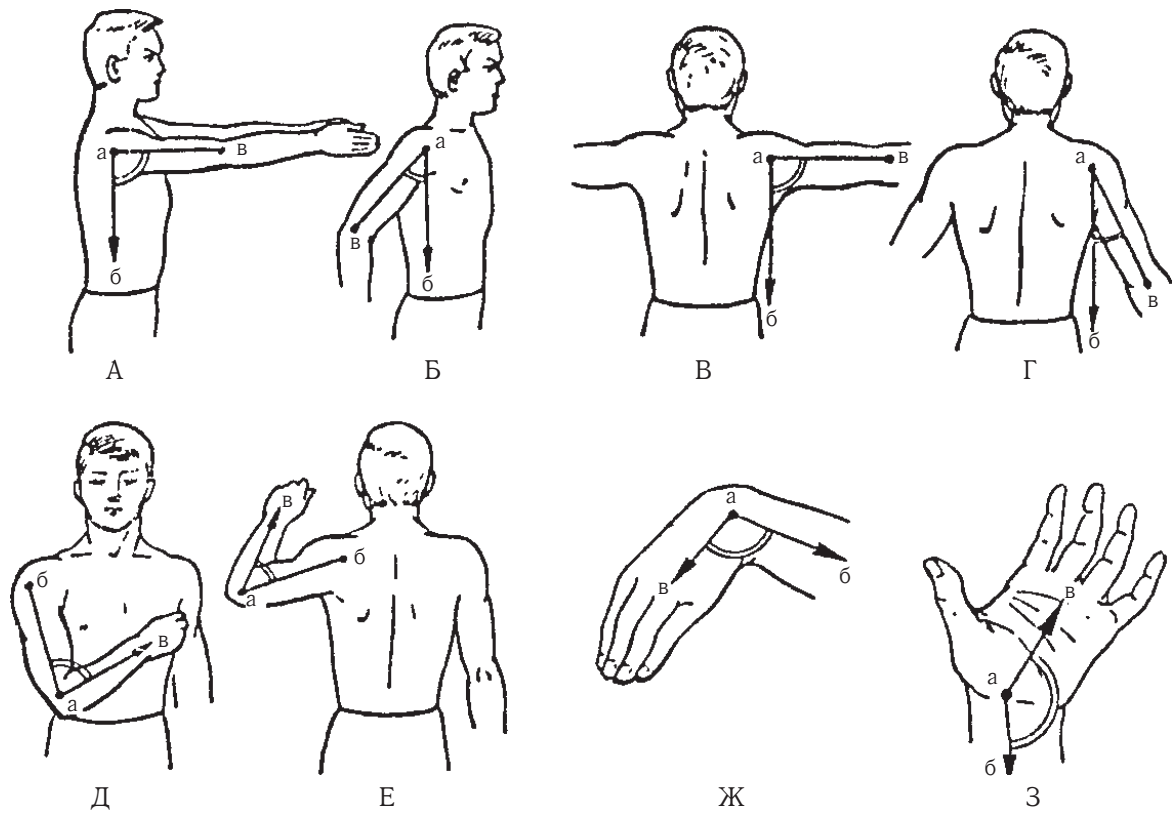


Рис. 314. Накладання кутоміра при вимірюванні рухомості в суглобах верхньої кінцівки.

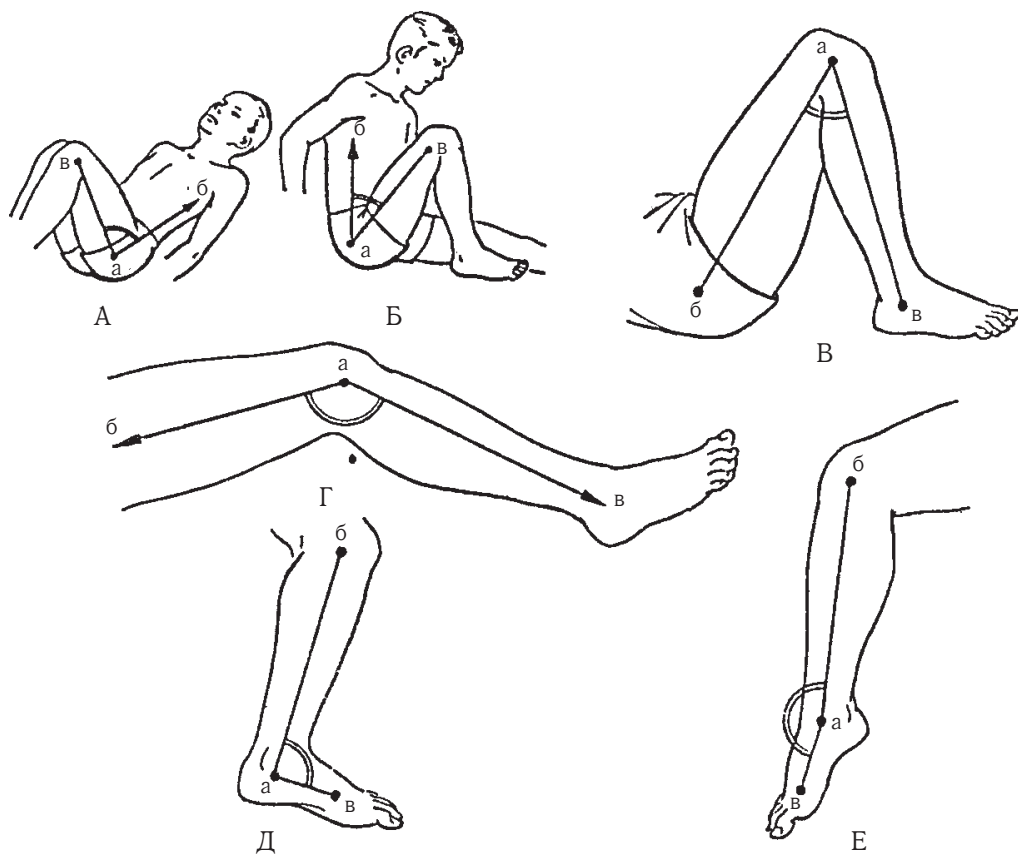


Рис. 315. Накладання кутоміра при вимірюванні рухомості в суглобах нижньої кінцівки.

За складністю виконання гімнастичні вправи бувають прості та складні. Прості вправи найчастіше виконуються в одному суглобі навколо однієї осі (відведення, приведення плеча, згинання в колінному суглобі). Складні вправи передбачають участь в рухах декількох суглобів та рухи в декількох осях (нахили тулуба вбік з коловими рухами руками перед тулубом, вправи на координацію рухів, на рівновагу).

Скорочення м'язів, при яких вони розвивають напруження, але не змінюють своєї довжини і рухів у суглобах не відбувається, називаються ізометричними. Наприклад, утримання руки, відведеної до кута 90° , утримання у піднятих вперед руках гантелей, напруження м'язів кінцівки, що знаходяться під гіпсовою пов'язкою, та ін. Ізометричні напруження м'язів можуть бути ритмічними (періодичні напруження та розслаблення м'язів з певною кількістю скорочень за хвилину) та статичні (напруження м'язів протягом 2-3 і більше секунд). Статичні ізометричні напруження в іммобілізаційний період при травмах кінцівок призначають з 3-5 дня тривалістю 2-3 с з поступовим збільшенням до 5-7 с.

Уявні (ідеомоторні) вправи полягають в уявлянні хворим, що він виконує рухи в іммобілізованому суглобі, в посиленні імпульсів для скорочення м'язів. Електроміографічні дослідження показали, що при посиленні імпульсів у досліджуваних м'язах підвищується їх біоелектрична активність у стані спокою. Це має важливе значення для хворих з травмами кінцівок у період іммобілізації, бо дає можливість підтримати функціональний стан периферійних мотонейронів, попередити (разом з ізометричними вправами) функціональну моторну денервацію. Функціональна моторна денервація – це порушення функціонального стану мотонейронів спинного мозку, що виникає в результаті зменшення аферентної імпульсації від м'язів іммобілізованої кінцівки.

За призначенням вправи розподіляють на дихальні, корегуючі, на розслаблення, на розтягування м'язів, на координацію рухів, рефлексорні, вправи на рівновагу та ін. Найчастіше з них використовуються дихальні вправи.

Дихальні вправи бувають динамічні та статичні. Прийнято вважати, що статичні дихальні вправи виконуються лише при участі дихальної мускулатури (діафрагма, міжреброві м'язи). Динамічні дихальні вправи поєднуються з рухами кінцівок, плечового пояса, тулуба. Статичне дихання розрізняють за типом дихання. Воно буває грудне, черевне та змішане (повне). При повному типі дихання в процесі вдиху та видиху беруть участь всі дихальні м'язи (діафрагма, міжреброві м'язи, м'язи передньої черевної стінки). Грудний тип дихання виключає участь передньої черевної стінки та діафрагми в акті дихання. При діафрагмальному типі дихання акцентується увага на рухи діафрагми та м'язів передньої черевної стінки. Діафрагма – найсильніший дихальний м'яз для вдиху, м'язи передньої черевної стінки – для видиху. При діафрагмальному типі дихання передня черевна стінка повинна дещо випнутися при вдиху (при цьому діафрагма сплющується, натискаючи на внутрішні органи), а при видиху живіт втягується (при цьому скорочуються м'язи передньої черевної стінки і діафрагма набуває знову куполоподібної форми). Діафрагмального типу дихання краще вчитися в положенні лежачи на спині, зігнувши ноги.

Ряд авторів заперечує допустимість використання діафрагмального типу дихання (система дихання за К.П. Бутейком, І.Н. Стрельниковою та ін.). У той же час, Б.С. Толкачов та інші автори будують свою систему дихальної гімнастики на діафрагмальному типі дихання.

Виділяють загальні та спеціальні дихальні вправи. Завданням загальних дихальних вправ є поліпшення легеневої вентиляції, зміцнення дихальних м'язів. Спеціальні дихальні вправи сприяють: 1) швидшому розсмоктуванню запальних інфільтратів; 2) попередженню розвитку ускладнень (плевральних злук, ателектазів, гіпостатичних пневмоній); 3) поліпшенню прохідності бронхіального дерева, виділенню слизу та харкотиння; 4) відновленню нервово-регуляторних механізмів управління вегетативними функціями організму.

Зовнішнє дихання є фізіологічною реакцією організму, якою можна керувати завдяки вольовим зусиллям: людина може за своїм бажанням чи за вказівкою методиста затримати дихання, дихати поверхнево, глибоко, часто чи сповільнено. Вольове керування диханням використовується у дихальних вправах індійських йогів, у системі Чжун Юань цигун та інших оздоровчих системах. Цей принцип застосовано у методах вольової ліквідації глибокого дихання К.П. Бутейка.

З лікувальною метою використовують дренажні вправи (динамічні та статичні), з використанням опору (натискування на окремі ділянки грудної клітки, використання надувних іграшок, простих чи гофрованих трубок, занурених у воду), звукову гімнастику (промовляння букв та звуків під час видиху).

Дихальні вправи повинні використовуватися диференційовано, з урахуванням нозологічних форм захворювання та періодів їх перебігу. Особливу увагу треба звертати на те, що спеціальні дихальні вправи з подовженим вдихом та затримкою дихання на вдиху переважно збуджують рецептори симпатичної частини вегетативної нервової системи. Навпаки, дихальні вправи зі збільшенням тривалості фази видиху і затримкою дихання на видиху діють переважно на рецептори парасимпатичної ланки вегетативної нервової системи. При захворюваннях органів дихання, травлення та серцево-судинної системи (бронхіальна астма, хронічний бронхіт з астматичним компонентом, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки з гіпермоторною дискінезією, нейроциркуляторна дистонія за гіпотонічним типом), де в період загострення підвищується тонус парасимпатичної частини вегетативної нервової системи, показані дихальні вправи, спрямовані на збільшення тривалості вдиху і затримку дихання на вдиху (крім бронхоспазму, де показане поверхневе дихання з оптимальною паузою на видиху).

Виявлення на ранніх етапах дискоординації в діяльності симпатичної та парасимпатичної частин вегетативної нервової системи дає змогу запобігти розвитку патологічного процесу шляхом специфічного і диференційованого призначення спеціальних дихальних вправ, а саме: в разі переважання функцій симпатичної частини показані дихальні вправи з оптимальною затримкою дихання на видиху, а при переважанні функцій парасимпатичної частини – на вдиху. Після досягнення координації функції між симпатичною та парасимпатичною частинами показані такі дихальні вправи: вдих – затримка дихання на вдиху, видих – затримка дихання на видиху (В.В. Клапчук та співавтори, 1995).

Дренажні вправи сприяють прискоренню відходження харкотиння. Положення залежить від локалізації патологічного процесу. При верхівковій локалізації – стоячи або з незначним нахилом тулуба вбік-уперед, при нижньочастковій – з піднятим тазовим та опущеним головним кінцем, в середній частці правої чи в язичку лівої легені – на здоровому боці (рис. 169). Дренаж поліпшується при виконанні у цей час прийомів переривчастої і безперервної вібрації та стискання грудної клітки під час видиху.

Форми застосування лікувальної фізкультури

Форми проведення процедури ЛФК (табл. 17) пов'язані з методом проведення занять. Розрізняють гімнастичний, спортивно-прикладний та ігровий методи.

Гімнастичний метод переважає у ранковій гігієнічній гімнастиці, лікувальній гімнастиці, гімнастиці у воді. Спортивно-прикладний метод використовують у прогулянках, дозований ходьбі по рівній місцевості та теренкурі (дозоване сходження з кутом підйомів до 15°), ближньому туризмі. Біг підтюпцем як самостійну форму ЛФК застосовують у хворих, які пройшли підготовку з ходьби та у яких за станом здоров'я немає протипоказань. Тривалість бігу – 10-15 хв. Дозоване плавання використовують інтервальним методом стилем “брас” чи вільним стилем у визначеному темпі.

Ігри бувають: малорухомі, рухомі та спортивні. Для них характерна висока емоційність. Особливою формою ігор є танці як організована, спеціально складена форма ігор. Танці високо-емоційні, дають можливість залучати до фізичних навантажень дітей молодшого віку.

В ЛФК широко використовуються тренажери велосипедного та човникового типів. Їх звичайно використовують не більше 30 хв під обов'язковим контролем дозування навантаження.

Таблиця 17

Форми проведення процедури лікувальної фізкультури

Форми ЛФК	Доступність		Вибірковість дії	Легкість дозування	Емоційність	Природність
	за станом здоров'я	за обладнанням				
Ранкова гігієнічна гімнастика	++	++	++	++	++	++
Лікувальна гімнастика	++	++	++	++	--	--
Індивідуальні завдання для самостійних занять	++	++	++	+-	--	+-
Піші прогулянки	-+	++	--	-+	++	++
Теренкур	--	+-	--	--	++	++
Ігровий урок	+-	+-	--	--	++	++
Елементи спортивних вправ	+-	+-	--	+-	++	++
Біг	+-	++	--	+-	++	++
Заняття на тренажерах	+-	+-	+-	+-	++	++

Режими рухової активності

Режими рухової активності розроблені для умов стаціонарного, санаторного, амбулаторно-поліклінічного лікування (табл. 18).

Таблиця 18

Режими рухової активності та їх характеристика

Режим	Вихідне положення	Кількість вправ	Кількість повторень	Темп	Амплітуда	М'язові групи	Зміна пульсу
Ліжковий	Лежачи	8	4-6	Повільний	Обмежена	Дрібні	+8
Напівліжковий	Сидячи	16	6	Середній	Середня	Середні	+16
Вільний	Стоячи	24	8	Середній і швидкий	Повна	Всі	+24
Тренуючий	Стоячи	>24	8	Середній і швидкий	Повна	Всі	180 мінус вік

У стаціонарах призначають суворий ліжковий, розширений ліжковий, напівліжковий (палатний) і вільний (загальнолікарняний) режим. У санаторіях і під час амбулаторно-поліклінічного лікування хворих використовують щадний, щаднотренуючий, а останнім часом – також інтенсивнотренуючий режим.

У разі призначення суворого ліжкового режиму хворому забороняється самостійний перехід у положення сидячи. Туалет і харчування здійснюються за допомогою персоналу, ЛФК, як правило, не призначають. Після призначення розширеного ліжкового режиму допускається перехід у положення сидячи, потім стоячи, ходьба біля ліжка з допомогою персоналу. Із форм ЛФК застосовують лікувальну гімнастику, можна призначати масаж (за показаннями).

При напівліжковому режимі хворий може ходити в межах палати та відділення. Перебування в ліжку – 50 % денного часу. Із форм ЛФК призначають ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, самостійні заняття.

На вільному режимі дозволяється помірну рухова активність, яка можлива в умовах стаціонару. Із форм ЛФК використовують лікувальну гімнастику, ранкову гігієнічну гімнастику, дозовану ходьбу, підйом по сходах, заняття на тренажерах.

У разі призначення щадного режиму фізичне навантаження може досягати 30 % аеробних можливостей, щаднотренуючого – 40 %, тренуючого – 60 %, інтенсивнотренуючого – 75 % аеробних можливостей. Допустима частота серцевих скорочень залежить від статі, віку, клінічних проявів захворювання, режиму рухової активності і не повинна перевищувати відповідно 104-107, 111-112, 131-148, 145-167 за 1 хв.

Основні правила використання лікувальної фізкультури

1. Фізичне навантаження повинно відповідати індивідуальним особливостям хворого:
 - нозологічній формі захворювання, його періоду, тяжкості перебігу;
 - наявності супутніх захворювань та ускладнень;
 - віку, статі, рівню функціональних можливостей, психо-емоціональним особливостям хворого.
2. Фізичні вправи необхідно підбирати з урахуванням як самого захворювання, так і індивідуальних особливостей хворого.
3. Заняття фізичними вправами повинні бути регулярними, довготривалими.
4. У процесі занять фізичне навантаження повинно поступово наростати як в межах одного заняття, так і під час усього курсу лікування.
5. У комплекс вправ необхідно включати як загальнозміцнювальні, так і спеціальні вправи.
6. Необхідно постійно вести облік реакції організму на заняття лікувальною фізкультурою: як на одну процедуру, так і на курс лікування.
7. Масаж у поєднанні з лікувальною фізкультурою сприяє підвищенню ефективності лікування. Послідовність їх використання залежить від особливостей перебігу захворювання. Але найчастіше масаж використовується перед лікувальною фізкультурою (захворювання суглобів, гіпертонічна хвороба, захворювання органів дихання, порушення постави та ін.). Н.А. Белая (1974) вважає, що у хворих на шийно-грудний та попереково-крижовий радикуліт з вираженим больовим синдромом лікувальна гімнастика повинна проводитись перед масажем, а в процесі стихання больового синдрому їх послідовність не має значення.
8. Процедуру лікувальної фізкультури проводить інструктор з лікувальної фізкультури або лікар. Практичний масажист в основному може використовувати поєднання лікувального масажу та пасивних або активно-пасивних рухів й індивідуальних завдань у вільний від процедур час (наприклад, розробка посттравматичних контрактур, реабілітація хворих на диспластичний сколіоз, дренажні вправи для хворих на бронхіальну астму тощо).

Розділ 10

ПОЄДНАННЯ МАСАЖУ З ІНШИМИ МЕТОДАМИ ЛІКУВАННЯ

У процесі реабілітації важливе значення має правильне поєднання різних засобів фізичної реабілітації. Вони повинні доповнювати, підсилювати, продовжувати дію один одного. Важливу роль в цьому процесі відіграє послідовність призначення масажу, фізіотерапевтичних процедур, лікувальної фізичної культури. Метод поєднання фізичних факторів залежить від клінічного діагнозу, гостроти, періоду захворювання, індивідуальних особливостей хворого та фізіологічної дії, глибини, тривалості, інтенсивності впливу різних факторів, їх сумісності.

Останнім часом все частіше при проведенні процедури масажу застосовують музикотерапію, ароматерапію та інші засоби позитивного впливу на психічний стан хворого.

Нерідко хворі потребують застосування мануальної терапії. Необхідно знати: її може виконувати тільки лікар і лише після спеціальної підготовки. Масажистам категорично забороняється самостійне виконання процедури мануальної терапії.

Поєднання масажу з фізіотерапевтичними процедурами

Масаж і теплолікування. З метою передачі тепла організму шляхом контактного прикладання теплової енергії використовують лікувальну грязь, озокерит, парафін, глину, пісок. Для лікування функціональних порушень з боку опорно-рухового апарату (тугорухомості в суглобах, рубцевих контрактур, сповільнення утворення кісткової мозолі, м'язових атрофій, невритів, невралгій) спочатку призначають теплові процедури, після невеликої перерви – масаж прогрітих ділянок. При судинних розладах (набряк тканин, лімфостаз, після перелому кісток кінцівок) спочатку призначають масаж, потім – теплові процедури.

Масаж і світлолікування. Світлолікування – метод фізіотерапії, який використовує вплив на організм хворого видимого світла, інфрачервоного, лазерного опромінювання. При його застосуванні дотримуються тих же рекомендацій, що і при теплолікуванні.

Масаж і електролікування. В електролікуванні використовують постійний, імпульсний, перемінний струми високої, ультрависокої, надвисокої частоти, магнітні поля. Високочастотну електростимуляцію (індуктотермію, мікрохвильову терапію, УВЧ-терапію) призначають в різні дні з масажем. Для кращого проникнення ліків масаж призначають перед фонофорезом та електрофорезом лікарських препаратів. Призначається масаж і перед використанням діадинамічних струмів, ультразвуку.

Масаж і водолікування. У водолікуванні використовують воду різної температури (холодну, прохолодну, індиферентну, теплу, гарячу, контрастну) та хімічного складу (прісну, ароматизовану, газовану). Вода може використовуватися для місцевих процедур (грілки, припарки, компреси) та загального впливу (ванни, обливання, обтирання, обкутування, душі). Залежно від показань вони можуть призначатися до, після і під час процедури масажу.

При наявності больового синдрому масаж проводять перед водолікувальною процедурою. При травмах і захворюваннях периферійної нервової системи (попереково-крижовий радикуліт, нейроміозит та ін.), при наслідках пошкоджень і захворювань опорно-рухового апарату (міогенні контрактури, тугорухомість суглобів, рубцеві зрощення тканин, міофіброз) спочатку призначають водну процедуру, потім масаж. Масаж проводиться після загартовуючих процедур. В процесі водолікування може використовуватися як ручний, так і апаратний масаж під водою.

Масаж та інгаляційна терапія. Інгаляційна терапія у вигляді аерозольтерапії може використовуватися у будь-якій комбінації з масажем.

Практичні рекомендації щодо поєднання масажу з фізіотерапевтичними процедурами

1. Масаж може призначатись в один і той же день, що і фізіотерапевтичні процедури, якщо вони не викликають тривалої післядії і не є великим навантаженням на серцево-судинну та нервову системи.

2. Не рекомендують призначати в один і той же день:

а) процедури загального впливу: загальний масаж і загальну діатермію, загальний масаж і вуглекислу ванну та ін.;

б) інтенсивно діючі на організм процедури високочастотної електротерапії (індуктотермію, мікрохвильову терапію та ін.) і масаж;

в) фізіотерапевтичні процедури, несумісні за характером реакції з масажем: ультрафіолетове опромінювання, душ Шарко, загальне сонячне опромінювання і масаж та ін.

Поєднання масажу з лікувальною фізичною культурою

Лікувальні фізичні вправи найчастіше призначають після процедури масажу. Під час масажу виконуються активні та пасивні фізичні вправи, вправи на розслаблення, на розтягування м'язів, рубців, злук. В указаних випадках процедуру лікувальної фізкультури проводять і після процедури масажу. При зниженні тону м'язів амплітуда пасивних рухів у суглобах не повинна перевищувати фізіологічний об'єм рухів у них. Після занять фізичними вправами масаж проводиться з метою прискорення розслаблення та відновлення працездатності втомлених м'язів.

Масаж і музикотерапія

Все у світі підпорядковане законам гармонії, пропорції, рівноваги. Музика також підлягає всім цим законам. З усіх видів мистецтва вона найбільше впливає на настрій людини, на функціональну активність та працездатність, на весь її духовний світ.

Для тонізуючого впливу на організм краще використовувати радісні, пристрасні, уривчасті, голосні твори. Для заспокійливого – ніжні, тихі, більш довготривалі твори. Для тонізуючого впливу на людей старшого покоління ефективним є використання музичних творів, особливо пісень, які вони слухали чи співали в минулому. Це сприяє поверненню їх спогадів у молодість, яка завжди щаслива і красива.

Масаж і ароматерапія

Ароматерапія – терапевтичне використання ефірних і рослинних масел. Ефірні масла – група речовин, які містяться в рослинних тканинах. Ефірні масла являють собою складні багатоконпонентні суміші пахучих і різноманітних за структурою органічних речовин.

Фітоорганічні сполуки рослин є біологічно активними, і з їх допомогою можна досягнути різних лікувальних впливів на організм. Спектр біологічної активності ароматичних засобів: антибактеріальна дія; вплив на центральну нервову, серцево-судинну, травну, респіраторну системи; вплив на обмінні процеси, імунітет; радіопротекторна дія.

З лікувальною метою найчастіше використовують ефірні масла: аніс, васильки, гвоздику, герань, евкالیпт, кедр, корицю, лаванду, лавр, лимон, модрина, м'яту, полин, розу, ромашку, сосну, чебрець, шавлію та ін. (додаток).

У класичній терапії ефірні масла вводяться в організм двома шляхами: через шкіру (масаж, бальнеотерапія, компрес); через легені (інгаляції, вдихання – аерофітотерапія).

Малі дози ароматів є стимуляторами, великі – інгібіторами життєво важливих процесів в організмі. В окремих випадках може спостерігатись непереносимість тих чи інших ароматичних речовин. Тому перед їх використанням доцільно провести спочатку пробу запахом, потім – нанести мазок маслом на шкіру і протягом 10-15 хв контролювати самопочуття.

П і с л я м о в а

Біоенергетичний захист спеціаліста з масажу та хворого

Спеціаліст з масажу (на відміну від інших медичних працівників) вступає в безпосередній контакт з тілом хворого, до того ж, на тривалий час. Та і хворий (на відміну від інших методів лікування) довіряє своє тіло в розпорядження масажиста на відносно тривалий час.

Поняття “тіло” значно складніше, ніж прийнято думати. Це пов'язано перш за все з тим, що воно включає в себе не тільки видиму матеріальну субстанцію, яку детально вивчають у медичних вузах, але і складний енергетичний комплекс біологічних енергій, які є наслідком хімічних та біологічних процесів в живому організмі. Вони об'єднують в єдине ціле всі функції організму, тісно пов'язані з анатомічним тілом і докільям (А.В. Тауберт, 2001). Ці знання мають тисячолітню історію і сконцентровані в досвіді світових релігій, народної та альтернативної медицини. Древня медицина була спрямована на те, щоб навчитися підтримувати енергобаланс. Для цього розроблені асани, дихальні вправи, використовують впливи кольорів, звуків тощо.

Причини хвороби у древніх школах Тибету, Китаю, Індії, Японії розглядаються як результат порушення енергетичного каркасу людини, що є результатом порушення енергетичних зв'язків з докільям, всередині самої людини, контакту з іншими людьми.

Щоб взаємні впливи в процесі довготривалого безпосереднього контакту масажиста і хворого (з його патологічно зміненою енергетикою) були позитивними, вважаємо за доцільне звернути увагу спеціаліста з масажу на окремі погляди, що базуються на основах східної медицини.

В оточуючому світі (макрокосмос) людина є світом у мініатюрі (мікрокосмос), підпорядкована загальним законам природи і відрізняється від іншого світу наявністю розуму. Вона оточена з усіх боків космічною енергією, яка притікає від далеких туманностей, зірок, метеоритних потоків, Сонця (Г.П. Малахов, 1994). Біоритми людини являють собою не що інше, як космічні пульсації (А.В. Мартинов, 1990).

Людина стоїть на Землі, живе за законами Космосу і у відповідності з енергіями Землі. Ці енергії є спільними для всього біологічного життя на Землі. Вони відповідають також біоенергіям людського організму, який поки залишається живим, складає з ним одне нероздільне ціле. Усі живі системи здатні до саморегуляції, завдяки обміну речовин і енергією з докільям (А.В. Мартинов, 1990). При порушеннях людиною у своєму житті законів Космосу взаємозв'язок енергетичних процесів також порушується: вона починає хворіти і в її долі щось починає розладжуватись (А.В. Тауберт, 2001).

Сучасна наука вже довела, що людина – багатовимірна. Те, що все живе оточене цілком матеріальними оболонками, вже не викликає ні у кого сумніву (А.В. Мартинов, 1990). Цьому сприяло також створення нового напрямку в біології – квантово-інформаційної біофізики.

Як стверджує багатовимірна медицина, організм людини включає сім тіл: фізичне, ефірне, астральне, інтуїтивне, ментальне, казуальне, духовне. Вони утворюють енергетичний каркас людини (А.В. Тауберт, 2001).

Тонкі тіла носять назву аура, біологічне поле, життєва енергія, внутрішня енергія (еквівалентом на сході використовують поняття – ци, чи, Прана). Розрізняють ці зовнішню і внутрішню, Космосу і людини. Існує ци, що передається нам в спадок від батьків, і та, яку людина може набути з докілья, поповнювати чи витратити в процесі життєдіяльності. Саме вони і формують таке непросте поняття, як “здоров'я”. Їх можна дуже легко ушкодити (Сюї Мінтан, Т. Мартинова, 2003).

Біологічне поле включає три компоненти, три складові: матеріальну, енергетичну та інформаційну. Одним із основних носіїв інформації про життєдіяльність людини є електромагнітні випромінювання клітин, тканин, органів, усього організму. Вони виконують також

функції передачі інформації, інформаційної комунікації і регуляції, як в середині організму, так і між організмом та довкіллям (В.П. Казначеев, Л.П. Михайлова, 1985).

Енергопровідна система організму складається з об'єднаних в єдину сітку послідовно розміщених 12 основних (парних) меридіанів, каналів, які мають янь- чи інь-характер. Енергопровідні шляхи також не мають конкретного анатомічного субстрату саме в такому вигляді, в якому ми звикли розглядати, наприклад, шлях крові в кровоносних судинах. Енергетичні меридіани розміщуються за ходом судинно-нервових пучків, між м'язовими волокнами, вздовж кісток тощо (А.В. Тауберт, 2001). Вони об'єднують корпоральні біологічно активні точки (БАТ). Крім цього, існують “позамеридіанні”, “нові” та інші точки. Їх локалізація раз і назавжди визначена і перевірена тисячолітньою практикою. Сучасне обладнання дає можливість по стану БАТ діагностувати дисбаланс енергії в меридіанах і, у разі необхідності, урівноважувати чи відновлювати її (метод Накатані, метод Фолля тощо).

Концепція інь-янь є світоглядною системою східної медицини. Вона відображає всі форми і ознаки, які є у Всесвіті. В ній розглядаються дві протилежні основи (холодне-гаряче, ніч-день, чорне-біле, верх-низ тощо), які відображають дві взаємопов'язані сторони будь-якого предмета чи явища і не можуть існувати ізольовано одна від одної: якщо переважає одна сторона явища, то послаблюється інша.

В основі нормальної життєдіяльності організму лежить урівноваження співвідношення інь та янь, повна “гармонія” їх проявів, порушення цієї гармонії веде до патології, що проявляється або в послабленні янь чи інь, або в надмірному підсиленні тієї чи іншої основи. В цілому будь-який фізичний чи психічний стан людини, в якому спостерігається надлишок, порівняно з прийнятою нормою, відносять до янь-станів, а недостатність – до інь-станів (Гаваа Лувсан, 1995).

Поновлення енергетичного каркасу хворої людини може проводитись за допомогою традиційних методів народної медицини (рефлексотерапія, фітотерапія, масаж, лікування камінням та іншими природними засобами). В останній час значного поширення отримали високотехнологічні методи лікування (мікрохвильова резонансна терапія, інформаційно-хвильова терапія тощо), які, запускаючи процеси саморегуляції, нормалізують роботу всіх його систем та органів.

Масаж як один з видів зцілення за концепцією східної медицини призначений регулювати енергетичний каркас тіла пацієнта, сприяти його адаптації до навколишнього середовища, відновленню порушеного балансу, тобто гармонії, що за сучасними уявленнями означає відновлювати гомеостаз і стимулювати захисні сили організму. Це повинно досягатися впливом на конкретні ділянки тіла і його тканини чітко підібраними методами і прийомами масажу.

В процесі проведення масажу відбуваються взаємні енергоінформаційні впливи спеціаліста з масажу на хворого і навпаки. Причому, для масажиста це є контакт з патологічно зміненою енергетичною системою хворого, тому він повинен вміти захистити себе від шкідливого впливу енерго-інформаційних структур пацієнта (А.В. Тауберт, 2001). Ці знання стануть засобом збереження здоров'я, високої професійної і функціональної здатності масажиста.

Виходячи з вищесказаного, спеціалісту з масажу в першу чергу необхідно знати наступне.

1. Масажисту необхідно дбати про себе щодня. Важливе значення в процесі спілкування людей має енерго- інформаційна взаємодія, яка повинна бути позитивною і конструктивною. Під час масажу біоенергії безпосередньо контактуючих людей – масажиста і пацієнта – стають спільними, і при недостатній підготовці фахівця, його втомі чи невмінні відділяти після роботи патологічну енергію вони переходять до нього і можуть викликати хворобу. Крім цього, подразнення і будь-який хворобливий стан спеціаліста при масажі може передаватися і його пацієнту – це також необхідно пам'ятати і запобігати подібним станам (А.В. Тауберт, 2001).

Актуальними з цього приводу є рекомендації Михайла Курика (2002): **спочатку полюби себе, потім зрозумієш цінність життя інших.** Для цього необхідно займатися собою щодня:

– важливе значення має урівноваження духовного й тілесного: якщо людина урівноважена фізично і духовно, до неї “не прилипає бруд”, ані екологічний, ані інформаційний; тільки після глибокого духовного вдосконалення на людину надходить здатність до зцілення при одночасному надійному захисті її; молитва вранці і ввечері перед сном дуже добре гармонізує людину;

– постійно слідкуйте за власними біоритмами: чітко дотримуйтеся режиму сну і неспання, регулюйте протягом дня загальний заряд організму;

– дотримуйтеся здорового способу життя, шкідливі звички не дадуть масажисту можливості добитися високих результатів, навіть незважаючи на досконалу техніку виконання;

– всю негативну інформацію змивайте з тіла водою;

– введіть до харчового раціону сорбенти, загальнозміцнювальні фітозбори;

– час від часу проводьте розвантажувальні дні – кому що підходить;

– поцікавтеся ароматерапією, музикотерапією – недаремно запах ладану та церковний спів здавна вважались цілющими;

– намагайтесь “просіювати” негативну інформацію, не давайте негативним емоціям жити довго і тим більше, не вигадуйте їх собі самі;

– кодуйте себе лише на радість і гармонію;

– не чекайте, що завтра буде краще, подбайте про себе вже сьогодні, чим активніше ви це робитимете, то краще буде для всіх;

– туга, гнів, печаль, страх – пряма дорога до будь-якої хвороби, а добро, любов і самовіддача – до зцілення.

2. Спеціалісту з масажу необхідно дотримуватись правил гігієни праці. В першу чергу спеціаліст з масажу повинен знати, що можна захворіти від хворого, якщо не вміти захищатися і відновлювати біополе. Тому найпершим загальним принципом повинно бути наступне: працюватись повинно легко, із задоволенням, якщо виникають відчуття дискомфорту – постарайтесь знайти причину і вживайте необхідних заходів щодо його попередження. Для збереження здоров'я і підтримання високої працездатності масажиста необхідно дотримуватись основних гігієнічних правил:

– для масажиста важливими є урівноважений позитивний настрій, переконаність в позитивному результаті, що сприяє зміні програм як психосоматичної, так і психоенергетичної саморегуляції: про що думаємо під час роботи, те і буде закладене в неї;

– перед і після кожного сеансу треба помити руки під проточною холодною водою з милом, бо на руках залишається відбиток біополя пацієнта;

– в кінці дня прийняти прохолодну ванну чи душ;

– не лікувати онкологічні захворювання, бо можлива передача патологічного біополя на енергетичному рівні;

– необхідно постійно тренуватись в підвищенні чутливості рук;

– одягатися в легкий бавовняний одяг, без прикрас, на взутті повинна бути підошва з натуральних матеріалів, без високих підборів;

– проводити масаж необхідно теплими, спеціально підготовленими до масажу руками;

– проводити енергетичний захист свого тіла;

– постійно поповнювати і регулювати своє біополе;

– дотримуватись основних гігієнічних вимог до приміщення, в якому проводиться масаж.

Окремі з цих рекомендацій вимагають більш глибокого висвітлення.

Підготовка рук. Рука – це інструмент, і випромінювання руки в цілому та окремих її пальців є як стабільними, незмінними, так і тими, що змінюються. Останні залежать від астрологічних даних масажиста, від його функціонального стану на даний час тощо.

Руки треба берегти, вони повинні бути гладкі, без мозолів, подряпин, не занадто гарячі, не занадто холодні, помірно сухі, не пересушені, мати хорошу тактильну чутливість.

Біополе здорової людини. Якщо біополе долонь здорового масажиста дотикається до здорового поля людини, то звичайно ніяких відчуттів не виникає. При цьому необхідно пам'ятати, що три органи в нашому тілі дають специфічні відчуття: нирки – легку прохолоду, серце – тепло, легені – легку вібрацію (Сюї Мінтан, Т. Мартинова, 2003).

Якщо поле ци долоні масажиста дотикається до поля ци хворої людини, то в долонях виникають певні відчуття, які відрізняються від звичних. Хвороби спотворюють поля, і це після відповідних тренувань можуть відчувати руки масажиста.

Відчуття при патологічних станах (Сюї Мінтан, Т. Мартинова, 2003):

- різке поколювання руки при запальних процесах;
- біополе в'яле, слабке, тягнеться за рукою при відтягуванні руки – при хронічних процесах;
 - ломота в суглобах пальців – при різкому порушенні функцій;
 - тиснучий на руки сигнал (гострий, негострий) – симптом стиснення;
 - ущільнення тканин: при набряках, запаленні, пухлинах тощо;
 - відсутність відчуття – відсутність функції, якщо рука ще і примагнічується: симптом виразки;
 - надлишок тепла над зоною обстеження – різке збільшення функції;
 - відчуття посмикування руки – гнійний процес;
 - якщо відчуття пульсації переходить в біль лікаря, це вже синдром захворювання лікаря, що він уже отримав достатню дозу негативної енергії, тому необхідно терміново помити чи витерти руки або потримати в руках пісок, не проходить – припинити масаж;
 - різкий холод – явна невідповідність енергетики масажиста енергетиці пацієнта.

Прийоми для тренування відчуття в долонях та пальцях:

- розтирання долонь до відчуття тепла, після цього розвести кисті на відстань 1-2 см, поступово наближаючи і віддаляючи їх, зосередитися на відчуттях, які виникають між долонями: вони нагадують одночасно і тепло, і легкий подих; можуть відчуватися як деяке ущільнення простору між долонями та пальцями, які обхоплюють уявний шар;
- маятникоподібні рухи пальців однієї руки на рівні долоні другої руки – відчуття хвилеподібного руху повітря;
 - обертання одного пальця навколо іншого (відчуття попередні);
 - обертання правої руки над лівою (намагнічування);
 - втягування енергетичного потенціалу з повітрям в легені під час вдиху і направлення його в долоні та пальці під час видиху;
 - покласти папір, пластмасу, камінь, дерево, і, закривши очі, перемістити предмети (самостійно чи хтось інший) і постаратися безконтактно визначити кожний із матеріалів;
 - покласти на одну з трьох тарілочок висушений листок, закрити очі, перемістити тарілочки, постаратися визначити безконтактно на якій з них листок;
 - постаратися визначити безконтактно місцезнаходження людини, тварини, пташки тощо;
 - підійти до дерева під час вітру і постаратись визначити рух листя;
 - визначити напрямок руху маятника годинника;
 - постійно поповнювати своє енергетичне поле (Сюї Мінтан, Т. Мартинова, 2003);
 - покласти на листок зошита спочатку товсту нитку, потім – тоншу, надалі – волосину; перемістити її, накрити листком – постаратись пальцями контактено визначити їх розміщення; в міру правильного визначення місцезнаходження предмет пошуку поступово накривати все більшою кількістю листків із зошита. Збільшення кількості листків зошита, якими накривають предмет пошуку, свідчить про підвищення тактильної чутливості.

Енергетичний захист масажиста. Нерідко після лікування (особливо на початку діяльності) масажист відчуває біль на тій ділянці свого тіла, де він знаходив хворобу у пацієнта і лікував його. Самі масажисти схильні пояснити це тим, що не вміючи ще достатньо керувати своєю ци за допомогою свідомості, вони впустили хвору ци в своє тіло. Інколи відбувається саме так, але досить рідко, бо здорова ци звичайно більш сильна, щільна, ніж хвора, тому

хворій ці тяжко увійти в масажиста. Але якщо людина боїться і думає про це, якщо вона схильна прислухатися до своїх відчуттів після контакту з хворим, боючись відчути біль у відповідній ділянці тіла, то своєю свідомістю і настроєм вона немовби приваблює хвору ці, впускаючи її у свій організм (Сюї Мінтан, Т. Мартинова, 2003).

Для попередження цього необхідно:

1. Постійно підтримувати біоритми власного організму (Г.П. Малахов, 1994):
 - чітко дотримуватися режиму сну і неспання – вчасно лягати спати і вранці вставати;
 - протягом дня виконувати фізичні вправи з помірним фізичним навантаженням;
 - необхідно менше лежати вдень: в людському організмі досконала циркуляція енергетики можлива у вертикальному положенні, бо циркуляція енергії вдень і вночі різна (А.В.Мартинов, 1990);
 - вранці і ввечері необхідно приймати ванни (необов'язково холодні), душ, обливання, що дає можливість рівномірно розподілити біополе по тілу;
 - потрібно періодично “заземлювати” організм – ходити босоніж, робити ванночки для ніг з холодною водою тощо.
2. Дотримуватись основного психологічного прийому: перед процедурою масажу без напруження подумки, у стверджувальній формі промовити про себе наступну (чи подібну) формулу: “Мій стан залишиться попереднім, ваш стан (чи стан пацієнта) покращиться”. Будь-яке заперечення з використанням частки “не” (не буде, не погіршиться та ін.) може мати негативний ефект.
3. При обстеженні і лікуванні необхідно уявити собі, що на ваших руках захисний шар ці, як рукавички з однією бічною проникливістю. Ви добре відчуваєте через цей шар, можете передати ці пацієнту, але його ці не проходить у зворотному напрямку (від нього до вас) (Сюї Мінтан, Т. Мартинова, 2003).
4. Після процедури бажано скинути негативне поле (Сюї Мінтан, Т. Мартинова, 2003):
 - вимити руки під проточною водою, обов'язково уявляючи собі, як вода змиває з поверхні рук погану ці, бо основне при цьому – робота вашої думки, свідомості;
 - виконати “струшування води” з рук з тертям подушечками пальців об долоні;
 - виконати “сольові рухи”: подушечки великого пальця і мізинця з'єднати, після чого подушечки пальців по черзі ковзають по поверхні великого пальця, а потім викидаються, немовби на пружинах;
 - виконати вправи по очищенню і набору ці з доквілля.

Поповнення енергії. Біологічне поле, внутрішня енергія передається нам в спадок від батьків та поповнюється в процесі життєдіяльності. В процесі життєдіяльності і лікувальної практики, особливо масажу, ми втрачаємо енергію, а якщо енергії мало, виникають хвороби. Тому нам потрібно навчитися в морі енергії набирати собі енергію. Ми отримуємо енергію, що надходить з Космосу, від Сонця, Місяця, від Землі, з навколишньої природи, від людей. Значною мірою поповнення внутрішньої енергії людини залежить від того: що і як ми їмо, як вміємо відпочивати, спілкуватися з людьми, як часто буваємо на природі, як вміємо спілкуватися з нею, як багато ходимо босоніж по росі, купаємось у відкритих водоймах, як вміємо отримати “космічну їжу”, яку вдихаємо через ніс з повітрям тощо (А.В. Мартинов, 1990).

Вправи для накопичення енергії (Сюї Мінтан, Т. Мартинова, 2003):

- в положенні сидячи руки на колінах, долоні догори, зосередитись: вдих – затримка дихання – видих. Енергетичний потенціал при цьому відновлюється легеньми під час вдиху, концентрується під час затримки дихання, а під час видиху енергія розпливається по всьому тілі і відчувається у вигляді легкого розігрівання тіла;
 - стискання рук в кулак;
 - розтирання долонь, до відчуття тепла;
 - уявити собі, що між долонями сформована енергетична куля, стискати її й розтягувати, використовуючи свідомість, плавно наближаючи і розводячи долоні, долоні рук при цьому розслаблені;

– проведення колових рухів однією рукою, над другою, немовби описуючи навколо неї коло: над пальцями – швидше, над зап'ястком – повільніше, потім зробити вдих, затримати дихання, видихнути.

Вимоги до приміщення, де проводиться масаж. Основне правило – масажист і хворий повинні почувати себе комфортно. Для створення комфортних умов в першу чергу необхідно:

– масажну кушетку розмістити поза біопатогенними зонами (за даними різних авторів вони пов'язані з пасмами негативної енергії, які густою сіткою оплітають Землю, утворюючи енергетичну “сітку Землі”, підземними водяними потоками, розломами земної кори тощо і негативно впливають на переважну більшість людей (А.В. Мартинов, 1990); при недостатності знань масажиста в цьому питанні – бажано проконсультуватися з відповідними фахівцями;

- температуру повітря в приміщенні довести до 20-22 градусів,
- в приміщенні повинно бути неяскраве освітлення, стіни пофарбовані в світлі тони;
- закрити вікна, виключити можливість виникнення протягів;
- працювати без сторонніх;
- застосовувати музико-та ароматерапію;
- в кабінеті необхідно мати засоби для надання екстреної допомоги.

У власній квартирі проводити масаж не бажано, якщо довелось – скидати енергію на свічку чи воду, після процедури – провітрити приміщення, провести вологе прибирання кімнати, запалити свічку, включити приймну музику.

3. Основні правила роботи масажиста з пацієнтом. Енергетичний захист хворого.

Під час масажу на хворих можна впливати руками, стопами, напруженням думки, мовою, музико-, ароматерапією тощо (Сюї Мінтан, Т. Мартинова, 2003).

Перед процедурою масажист не повинен відчувати внутрішнього опору роботі з даним пацієнтом, він повинен хотіти допомогти вирішити його проблеми.

Масажист повинен психологічно налаштуватися на процедуру. У разі нездужання чи фізичної або психологічної невідповідності (якщо дозволяють умови) – відмовитись від проведення процедури.

Процедуру починати з оцінки стану хворого. Східна медицина вважає, що “без чіткої діагностичної картини масажні впливи безпосередньо у хворій ділянці проводитися не повинні” (А.В. Тауберт, 2001). Перед процедурою масажу Сюї Мінтан, Т. Мартинова (2003) рекомендують:

- визначити симетричність поля;
- визначити зони ураження, їх локалізацію;
- розпізнати характер сигналу: для цього проводиться дослідження відчуття пальців над епіцентром ураження.

Під час процедури масажист повинен бути спокійним, розслабленим, долоні повинні бути нейтральними (інакше власні відчуття в долонях – холод, тепло, поколювання можуть бути помилково сприйняті за відчуття від органів пацієнта).

В процесі процедури необхідно постійно контролювати стан хворого спостереженням за ним та опитуванням.

Під час проведення масажу вести розмову не рекомендується: це заважатиме масажисту максимально зосередитись на відчуттях в руках і якісному проведенню процедури.

Загальний принцип стандартизації і схематизації в масажі недопустимий: один і той же пацієнт в різний час і на різних етапах захворювання буде вимагати різного підходу, які нерідко суттєво відрізняються.

Спеціаліст з масажу повинен мати досконалі знання анатомії, які необхідні для просторового уявлення, концентрації уваги на органі, який підлягає впливу, що сприяє переміщенню енергії саме в той орган, який хочемо оздоровити.

Вміти лікувати – не просто мистецтво і прояв людяності, а й бездоганне володіння психологічними чинниками впливу на пацієнта. Психологом, цілителем душі та духу повинен бути кожний масажист (А.В. Тауберт, 2001).

Пацієнта під час лікування треба поважати, хотіти допомогти йому. Якщо ви відчуваєте до нього антипатію або при вашій роботі ні ви, ні пацієнт нічого не відчуваєте і немає зміни в його стані, то лікувати вам цього пацієнта не бажано. Найбільш суттєвими якостями, які складають основу оптимального контакту між цілителем і хворим, признані наступні комунікативні риси масажиста: повага, увага до пацієнта, любов до професії, доброта, ввічливість, душевність. Для досягнення позитивного емоційного контакту з пацієнтом пропонуються наступні рекомендації: встановлення психологічної атмосфери довіри і відвертості в спілкуванні; надання пацієнтам тільки зрозумілої для них інформації; обговорення з ними динаміки проявів хвороби, ходу лікування, якої-небудь проблеми хворого, пов'язаної з життєвими ситуаціями, підведення підсумків проведеної бесіди.

Вплив голосом: в голосі важливі не стільки слова, як сам голос: його тембр, звучання, інтонація. Створюючи необхідну довжину хвилі голос входить в резонанс з структурами біополя співбесідника. Майстерність спеціаліста – відчувати інтуїтивно – з якою людиною як говорити. Необхідно знати, що стогін – це також своєрідний вихід енергії, це могутній засіб лікування, який зменшує біль, але потрібна необхідна хвиля, якщо підвищити голос – біль може не знятися. Стогін – модулювання голосу, який можна накласти на якусь частоту: спів, радіо тощо. Змінюючи тембр звучання голосу змінюємо наш внутрішній стан.

Рекомендації хворому:

– для повного одужання недостатня лише корекція поля – необхідно відрегулювати духовне життя людини, лише тоді позитивні результати масажу закріпляться надовго; “чим вища духовність людини, тим сильніший і більший навколо нього шар польового захисту, тоді зло не причиняє шкоди, а бумерангом повертається до того, хто його послав” (А.В. Мартинов, 1990);

– психологічне налаштування хворого на очікування позитивних результатів від лікування;

– під час масажу не розмовляти, бажано максимально розслабитись і зосередитись на приємних думках;

– на час лікування не приймати гостру їжу;

– на час лікування не приймати гарячі чи холодні водні процедури (бо вони розсіюють енергетику);

– не повинні приймати алкоголь.

Відчуття пацієнта під час масажу. Відчуття поділяються на:

– **позитивні:** тепло в тілі, розігрівання його, поколювання, вібрація, “важкість у руках і ногах”, холод, сонливість, підвищення діурезу – бажані відчуття, можна продовжувати лікування, це свідчить про ефективність лікування;

– **нейтральні:** відсутність відчуттів у пацієнта – вони не допомагають і не лікують. Краще, коли хворий має відчуття, це необхідно для зворотного зв'язку;

– **негативні:** дрижання в колінах, несвідомий страх, холодний липкий піт, перезбудження – це небажані симптоми, необхідно припинити сеанс, бо є наслідком передозування впливу чи неправильної роботи, інколи це може бути зумовлене тим, що:

– пацієнт має підвищену чутливість,

– пацієнт фізично слабкий;

– у пацієнта хворе серце;

– взаємодія проходить між матір'ю і дитиною, а у них майже завжди однакова структура ци.

Допомога при погіршенні загального стану хворого (Сюї Мінтан, Т. Мартинова, 2003):

– якщо появилось відчуття стиснення за грудниною:

– припинити масаж,

– відкрити вікно,

– провести контактний масаж ділянки серця. Контактний масаж ділянки серця: положення хворого сидячи, масажист справа від пацієнта, права рука на ділянці серця, ліва – на лопатках, пальці спрямовані до лівого плечового суглоба. Права рука виконує колові рухи за годинниковою стрілкою, ліва – в цьому ж напрямку, лише відстає від правої на 0,5 фази (“велосипед руками”);

- якщо закрутилась голова – припинити масаж і провести:
- коловий масаж ділянки серця і скроневих ділянок,
- контактний масаж шийних м'язів;
- легке контактне натискування, стискання трапецієподібного м'яза в напрямку до плечового суглоба;
- контактний масаж хребта пальцями від 7 шийного хребця: легкі хлистки рухи з натискуванням до куприка декілька разів і закінчити скиданням з рук негативної енергії;
- контактне скидання з рук і ніг пацієнта негативної енергії: струшування невидимого потенціалу з рук і ніг пацієнта;
- розтирання долонь та стоп пацієнта.

Вказівка масажисту: після 3-4 сеансу масажу у хворого можуть виникнути деякі погіршення стану: появляється нежить, загострюються хронічні захворювання чи навіть ті, які суб'єктивно раніше не турбували хворого. В східній медицині нежить називали цілющою кризою, пограничним станом, зумовленим самоочищенням організму від отрут, що утворюються в організмі. Якщо організм не справляється – виникає зрив, діарея, нежить тощо. Організму потрібен цей стан. Очищуюча криза замінює загострення власне захворювання. Східна медицина вважає: якщо вчасно не було загострення захворювання, то хвороба повернеться. Якщо було загострення – після нього може наступити ремісія на тривалий час чи повне одужання. Тобто, показань для припинення масажу немає. Якщо ж виникає загострення самого захворювання – його необхідно лікувати медикаментозними засобами і можливо навіть припинити масаж.

Висновок:

Вся вищеописана інформація не тільки не суперечить інформації, поданій в “Атласі масажиста”, але логічно доповнює її.

Найбільш доступна література, якою можна скористуватися з цієї проблеми:

Александрова Р.А., Федосеев Г.Б., Коротков К.Г. и др. Влияние медикаментозных средств и акупунктуры на показатели биоэнергограммы больных бронхиальной астмой // Тер. архив. – 2003. – № 3. – С. 24-27.

Гаваа Лувсан. Очерки методов восточной рефлексотерапии. – М.: Топикал. Цитадель, 1995. – 232 с.

Исаев Ю.А. Сегментарно-рефлекторный и точечный массаж в клинической практике. – К.: Здоров'я, 1983. – 317 с.

Казначеев В.П., Михайлова Л.П. Биоинформационная функция естественных электромагнитных полей. – Новосибирск: Наука, Сиб. отд., 1985.

Малахов Г.П. Биоритмология и уринотерапия. – С.-Петербург: Изд-во АО “Комплект”, 1994. – Том 3. – 340 с.

Мачерет Е.Л., Коркушко А.О. Основы электро- и акупунктуры. – К.: Здоров'я, 1993. – 390 с.

Сюи Минтан, Тамара Мартынова Чжунь Юань цигун. Книга для чтения и практики. 1 ступень. Третье издание. – К.: “София” СП ООО “Да-Ю”, 2003. – 352 с.

Таубер А.В. Китайский классический массаж. – СПб: ИД “Весь”, 2001. – 352 с.

Додаток

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ОКРЕМИХ ЗАСОБІВ АРОМАТЕРАПІЇ ПІД ЧАС МАСАЖУ

Захворювання чи їх симптоми	Ефірні масла																		
	Аніс	Васильки	Гвоздика	Герань	Евкаліпт	Кедр	Кориця	Лаванда	Лавр	Лимон	Молдрин	М'ята	Полін	Роза	Ромашка	Сосна	Чебрець	Шавлія	
Нежить (точковий масаж)	+			+		+				+	+						+	+	
Кашель	+	+			+			+			+	+					+		+
Бронхіт	+	+			+	+		+		+	+	+		+			+	+	+
Бронхіальна астма	+				+			+		+	+	+	+				+	+	+
Пневмонія	+	+			+	+		+			+		+				+	+	
Відхаркуючі						+							+					+	+
Печія										+		+	+						+
Гикавка		+	+					+					+						
Пронос	+			+								+		+				+	+
Закреп	+		+					+	+			+					+	+	
Виразкова хвороба шлунка		+				+				+				+	+				
Кишкові спазми	+							+				+		+	+	+			+
Ревматизм		+			+	+		+	+	+	+		+				+	+	
Артрит			+		+	+	+								+	+			+
Міозит			+		+	+			+	+					+	+	+		
Остеохондроз											+						+	+	
Люмбаго									+	+	+	+					+		
Рахіт											+		+				+		+
Астенія		+	+		+							+						+	+
Невралгія, неврити		+	+	+		+		+				+		+	+				
Вегето-судинна дистонія		+		+						+		+							
Болючі місячні	+							+				+	+	+	+				
Клімактеричний невроз				+				+				+		+	+				+
Безпліддя				+				+						+					+
Простатит					+						+				+	+			+
Імпотенція	+		+			+	+							+		+	+		
Цукровий діабет				+	+				+										
Відновний період після хвороби	+					+				+	+	+		+	+	+			

ЛІТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975. – 447 с.
2. Ароматерапия / Сост. Л.В. Кудряшова. – Симферополь, 2000. – 130 с.
3. Ахабадзе А.Ф., Арутюнов В.Я. Практическое пособие для медицинских сестер косметичек-массажистов. – М.: Медицина, 1981. – 149 с.
4. Белая Н.А. Руководство по лечебному массажу. – М.: Медицина, 1974. – 315 с.
5. Бирюков А.А., Васильева В.Е. Спортивный массаж. – М.: Физкультура и спорт, 1981. – 199 с.
6. Бортфельд С.А., Рогачева Е.И. Лечебная физкультура и массаж при детском церебральном параличе. – Л.: Медицина, 1986. – 182 с.
7. Васичкин В.И. Справочник по массажу. – Л.: Медицина, 1990. – 173 с.
8. Вербов А.Ф. Основы лечебного массажа. – М.: Медицина, 1966. – 303 с.
9. Гаваа Лувсан. Очерки методов восточной рефлексотерапии. – К.: Здоров'я, 1986. – 232 с.
10. Гейч. М.Р. Точечный массаж. Профилактика и лечение распространенных заболеваний: Пер. с англ. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1995. – 320 с.
11. Глезер О., Далихо А.В. Сегментарный массаж: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1965. – 124 с.
12. Губерт К.Д., Рысс М.Г. Гимнастика и массаж в раннем возрасте. – М.: Просвещение, 1981. – 126 с.
13. Дубровский В.И. Энциклопедия массажа. – 4-е изд., стереотип. – М.: Флинта: RETORIKA-A, 2001. – 672 с.
14. Дубровский В.И., Дубровская А.В. Практический массаж. – М.: Мартин, 2000. – 464 с.
15. Дубровский В.И. Основы сегментарно-рефлекторного массажа. – М.: Физкультура и спорт, 1982. – 48 с.
16. Дубровский В.И. Точечный массаж. – М.: Знание, 1986. – 96 с.
17. Заблудовский И.В. Техника массажа. – М.: Нар. польза, 1902. – 169 с.
18. Ибрагимов В.С. Точечный массаж. – М.: Медицина, 1983. – 143 с.
19. Исаев Ю.А. Сегментарно-рефлекторный и точечный массаж в клинической практике. – Киев: Здоров'я, 1993. – 320 с.
20. Куничев Л.А. Лечебный массаж. – К.: Вища школа, 1985. – 325 с.
21. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина / В.В. Клапчук, Г.В. Дзяк, І.В. Муравов та ін. / За ред. В.В. Клапчука, Г.В. Дзяка. – К.: Здоров'я, 1995. – 312 с.
22. Марсова В.С. Заболевания мышц. – М.: Медгиз, 1935. – 104 с.
23. Марчетт Е.Л., Коркушко А.О. Основы электро- и акупунктуры. – К.: Здоров'я, 1993. – 363 с.
24. Міжнародна аналітична номенклатура \ За ред. І.І. Бобрика, В.І. Ковешнікова. – К.: Здоров'я, 2001. – 328 с.
25. Могендович М.Р. Рефлекторное взаимодействие локомоторной и висцеральной систем. – Л.: Медгиз, Ленингр. Отд., 1957. – 429 с.
26. Мухін В.М. Фізична реабілітація: Підручник. – К.: Олімпійська література, 2000. – 423 с.
27. Орбели Л.А. Избранные труды. – М.-Л.: Медицина, Ленинг. отд., 1962. – Т. 2. – 484 с.
28. Основы физиологии человека: Учебник для высших учебных заведений: В 2-х т. / Под ред. Б.И. Ткаченко. – Санкт-Петербург, 1994. – Т.1. – 567 с.; Т.2. – 413 с.
29. Очкуренко О.М., Федотов О.В. Анатомія людини: Навч. посібник. – 2-ге вид., переробл. і доповн. – К.: Вища школа, 1992. – 334 с.
30. Російсько-український медичний словник: 700 слів / Уклад. О. Мусій та ін. – Умань, 1992. – 114 с.
31. Сайонджи М. Лікувальний масаж Юмейго: Пер. з есперанто. – Тернопіль, 1995. – 152 с.
32. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. – М.: Медицина, 1972. – Т. 1. – 458 с.
33. Тюрин А.М. Массаж традиционный и нетрадиционный. – С.Пб.: Питер Пресс, 1997. – 234 с.
34. Угрюмов В.М., Бабиченко Е.И. Закрытые повреждения позвоночника и спинного мозга. – Л.: Медицина, 1973. – 239 с.
35. Улащик В.С. Очерки общей физиотерапии. – Минск: Наука і техника, 1994. – 200 с.
36. Федосеев Г.Б., Хлопотова Г.П. Бронхиальная астма. – Л.: Медицина, 1988. – 272 с.
37. Шевага В.М. Довідник рефлексотерапевта з основами мануальної терапії. – Львів: Світ, 1994. – 280 с.
38. Штеренгерц А.Е. Лечебная физкультура и массаж при заболеваниях и травмах нервной системы у детей. – К.: Здоров'я, 1989. – 167 с.
39. Штеренгерц А.Е., Белая Н.А. Массаж для взрослых и детей. – К.: Здоров'я, 1996. – 383 с.
40. Юмашев Г.С., Фурман М.Е. Остеохондрозы позвоночника. – М.: Медицина, 1984. – 382 с.

АВТОРИ ВИСЛОВЛЮЮТЬ ЩИРУ ВДЯЧНІСТЬ

*Ірині Березі,
Руслані Осовалюк,
Ользі Шевчук,
Олегу Грималюку,
Захару Прилуцькому*

ЗА ДОПОМОГУ У ПІДГОТОВЦІ ПОСІБНИКА

Навчальний посібник

**Вакуленко Людмила Олексіївна,
Прилуцька Галина Вікторівна,
Вакуленко Дмитро Вікторович**

АТЛАС МАСАЖИСТА

Технічний редактор
Художники
Редагування і коректура
Оформлення обкладинки
Комп'ютерна верстка

*Світлана Демчишин
Павло Прилуцький, Ольга Шевчук
Наталя Мартюк
Павло Кушик
Світлана Левченко*

Підписано до друку 23.12.2004. Формат 60×84/8.
Папір офсетний № 1. Гарнітура Antiqua.
Друк офсетний. Ум. др. арк. 35,57. Обл.-вид. арк. 29,96.
Наклад 1000. Зам. № 279.

Оригінал-макет підготовлено у відділі комп'ютерної верстки
видавництва "Укрмедкнига"
Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Надруковано у друкарні видавництва "Укрмедкнига"
Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру
суб'єктів видавничої справи ДК № 348 від 02.03.2001 р.