



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»

Е.Л. Мицан

ЛЕЧЕБНЫЙ МАССАЖ ПРИ СКОЛИОЗЕ

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебно-методического пособия*

Магнитогорск
2022

Рецензенты:

кандидат педагогических наук, доцент,
учитель-дефектолог,
МОУ «Специальная (коррекционная)
общеобразовательная школа – интернат № 3» г. Магнитогорска
Е.В. Исаева

кандидат педагогических наук,
доцент кафедры педагогического образования и документоведения,
ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический
университет им. Г.И. Носова»
Т.Г. Неретина

Мицан Е.Л.

Лечебный массаж при сколиозе [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Елена Леонидовна Мицан ; ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (1,03 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова», 2022. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования : IBM PC, любой, более 1 GHz ; 512 Мб RAM ; 10 Мб HDD ; MS Windows XP и выше ; Adobe Reader 8.0 и выше ; CD/DVD-ROM дисковод ; мышь. – Загл. с титул. экрана.

ISBN 978-5-9967-2377-5

Пособие составлено в соответствии с типовой программой дисциплины «Лечебный массаж в коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья», «Лечебная физкультура в работе с дошкольниками больными ДЦП».

Предлагаемое учебное пособие разработано и составлено в помощь студентам заочного и дневного отделений, изучающим дисциплину «Лечебный массаж в коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья» по направлениям подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование профиль «Дошкольная дефектология», «Дефектология». В нем представлены основные приемы лечения сколиоза у детей, подростков и взрослых, приемы и виды массажа и действие массажа на организм человека.

Также в пособии представлены вопросы для подготовки к зачету и контрольный тест по дисциплине «Лечебный массаж в коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья».

УДК 615.82

ISBN 978-5-9967-2377-5 © Мицан Е.Л., 2022

© ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова», 2022

Содержание

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СКОЛИОЗА. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ.....	4
Причины возникновения сколиоза.....	7
Стандартизованные классификации сколиоза	11
Сколиоз у детей. Профилактика и лечение	13
Сколиоз у подростков	15
Лечение сколиоза у взрослых.....	19
2. ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНОГО МАССАЖА.....	21
Виды массажа	21
Показания к проведению массажа	22
Противопоказания к проведению массажа.....	22
Системы массажа	23
Гигиенические требования к проведению массажа	25
Средства, применяемые для массажа.....	30
Физиологическое действие массажа на организм человека	36
Массажные приемы.....	38
3. ЛЕЧЕБНЫЙ МАССАЖ ПРИ СКОЛИОЗЕ.....	51
Особенности массажа при сколиозе у взрослых	52
Противопоказания для массажа при сколиозе	53
Показания при сколиозе	53
Методика проведения лечебного массажа при сколиозе.....	53
ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАЧЕТУ	57
КОНТРОЛЬНЫЙ ТЕСТ ПО ДИСЦИПЛИНЕ	58
КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА ПО ДИСЦИПЛИНЕ	62
ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ РЕФЕРАТА	65
ГЛОССАРИЙ	66
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	70
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	73

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СКОЛИОЗА. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

Сколиозом называют тяжелое прогрессирующее заболевание позвоночника, которое проявляется в дугообразном искривлении во фронтальной плоскости и скручивании позвонков вокруг вертикальной оси — торсии.

На последней стадии болезни сначала формируется реберное выпячивание, а затем реберный горб — гиббус.

Сколиоз — это не только косметический изъян, это многочисленные дисфункции внутренних органов, особенно сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Сколиоз — это уже не просто нарушение осанки, а болезнь. Сколиоз — тяжёлое прогрессивное заболевание позвоночника, характеризующееся дугообразным искривлением во фронтальной плоскости и торсии (скручивание) позвонков.

Сколиоз встречается гораздо чаще, чем об этом думают. По данным Петербургского детского ортопедического института им. Г. И. Турнера, у 40% обследованных школьников старших классов выявлено нарушение статики, требующее лечения. Название сколиоз получает по уровню изгиба: шейный, грудной или поясничный и соответственно выпуклой стороны искривления. Таким образом, можно встретить, например, правосторонний грудной сколиоз.

Сколиоз может быть простым, или частичным, с одной боковой дугой искривления, и сложным — при наличии нескольких дуг искривления в разные стороны и, наконец, тотальным, если искривление захватывает весь позвоночник. Он может быть фиксированным и нефиксированным, исчезающим в горизонтальном положении, например при укорочении одной конечности. Одновременно со сколиозом обычно наблюдается и торсия его, т.е. поворот вокруг вертикальной оси, причем тела позвонков оказываются обращенными в выпуклую сторону, а остистые отростки в вогнутую. Торсия способствует деформации грудной клетки и ее асимметрии, внутренние органы при этом сжимаются и смещаются.

Начальные явления сколиоза могут быть обнаружены уже в раннем детстве, но в школьном возрасте (10-15 лет) он проявляется наиболее выражено.

Этиологически различают сколиозы врожденные (по В.Д. Чаклину они встречаются в 23,0%), в основе которых лежат различные деформации позвонков: недоразвитие; клиновидная форма позвонков; добавочные позвонки и. т. д.

К приобретенным сколиозам относятся:

1. ревматические, возникающие обычно внезапно и обуславливающиеся мышечной контрактурой на здоровой стороне при наличии явлений миозита или спондилоартрита;

2. рахитические, которые очень рано проявляются различными деформациями опорно-двигательного аппарата. Мягкость костей и слабость мышц, ношение ребенка на руках (преимущественно на левой), длительное

сидение, особенно в школе, - все это благоприятствует проявлению и прогрессированию сколиоза;

3. паралитические, чаще возникающие после детского паралича, при одностороннем мышечном поражении, но могут наблюдаться и при других нервных заболеваниях;

4. привычные, на почве привычной плохой осанки (часто их называют «школьными», так как в этом возрасте они получают наибольшее выражение). Непосредственной причиной их могут быть неправильно устроенные парты, рассаживание школьников без учета их роста и номеров парт, ношение портфелей с первых классов, держание ребенка во время прогулки за одну руку и т. д.

Этим перечнем, конечно, охватываются не все виды сколиозов, а лишь основные (Рис. 1).

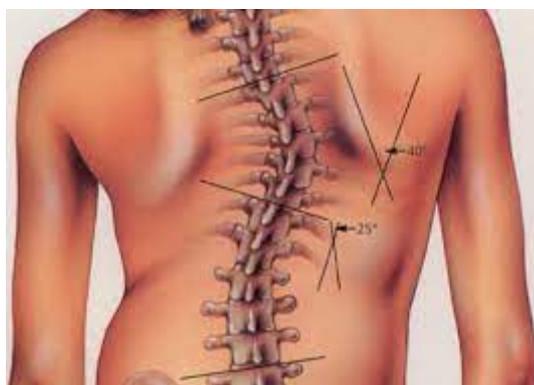


Рис. 1. Сколиоз 3 степени

Принято считать, что причиной травмы поясницы являются тренировочные перегрузки. Между тем, боли в нижнем отделе позвоночника куда чаще вызваны обычной повседневной деятельностью человека. В этом и кроется объяснение, казалось бы, странного противоречия, когда на боль в пояснице жалуются люди никогда не знавшие спорта. Самое вредное - это сидеть. Удивительно, но при сидении позвоночник нагружен сильнее, чем когда мы стоим! Впрочем, повышенная нагрузка - это еще пол дела. По многу часов нам приходится сидеть в самой вредной позе - наклонившись вперед. В таком положении края позвонков сближаются и защемляют межпозвоночный диск из хрящевой ткани. Вообще эта ткань отличается замечательной эластичностью, позволяющей ей успешно сопротивляться компрессии. Однако надо учитывать, что при сидении сила давления на внешний край диска возрастает в 11 раз. Да к тому же продолжается не только в течение рабочего и учебного дня, но часто и дома.

Кстати, как же тогда объяснить тот простой факт, что устав от длительного стояния мы стремимся сесть? Причина в том, что боль в пояснице не всегда бывает следствием перегрузки межпозвоночных дисков. Часто боль провоцирует мышцы низа спины, которые при стоянии оказываются в состоянии статического напряжения. Стоит сесть, как мышцы расслабляются, и

боль утихает. Кстати, напряжение дисков редко бывает причиной боли. Болит травма, которая возникла давно и теперь дает себя знать. Когда человек садится, травмированная область меняет положение. Отсюда иллюзия облегчения.

Интересно разобраться, почему все-таки сидение сильнее нагружает позвоночник, чем стоячее положение. Объяснение в том, что вертикально тело поддерживает как скелет в целом, так и большой массив мускулатуры. В итоге нагрузка «распыляется» по всему телу, и позвоночнику делается «легче».

Когда человек садится, то поддерживающий мышечный корсет туловища расслабляется, и вся тяжесть тела ложится на позвоночный столб. Отсюда и травмы, возникающие при длительном сидении.

Надо подчеркнуть, что в позвоночных дисках скрыт огромный потенциал самокоррекции. Даже если вы травмировали диск, он восстановится, если вы сумеете исключить травмирующее его воздействие.

Давления на межпозвоночные диски (в процентах от положения стоя) приведены в табл. 1.

Таблица 1

Давление на межпозвоночные диски, в процентах от положения стоя

Положение тела	Давление на межпозвоночные диски
Лежа на спине	25%
Лежа на боку	75%
Стоя	100%
Лежа на боку	75%
Стоя, с наклоном вперед, в руках вес	220%
Лежа на боку	75%
Сидя с наклоном вперед	185%

По своему течению сколиозы бывают: непрогрессирующий; медленно прогрессирующий; быстро прогрессирующий. Чем младше ребенок, тем тяжелее прогноз: сколиоз прогрессирует пока ребенок растет.

Клиника: При обследовании больного ребёнка устанавливаются стойкие признаки бокового отклонения позвоночника и торсионные изменения, определяемые положением как лёжа, так и стоя.

У взрослого человека позвоночник имеет физиологические изгибы, придающие ему S-образную форму. Однако у некоторых людей могут образовываться дополнительные изгибы позвоночника в боковой плоскости. Боковое искривление позвоночника является патологическим состоянием и называется сколиозом.

Патологический боковой изгиб позвоночника может возникнуть как в поясничном, так и в грудном отделах. Иногда в процесс вовлекаются оба отдела позвоночника. Угол изгиба может колебаться от 10 градусов до 100 градусов и более. По выраженности патологического изгиба, выраженного в угловых

градусах, можно объективно судить о тяжести сколиоза. Кроме того, хирург, основываясь на степени бокового изгиба позвоночника, делает заключение о тактике лечения пациента. Так при угле бокового отклонения позвоночника менее 40% хирургическое лечение не показано, а проводится консервативная терапия.

Показаниями к хирургическому лечению сколиоза являются тяжелые формы заболевания, сопровождающиеся одним или несколькими симптомами:

постоянной болью, затруднением дыхания, нарушением работы сердца, прогрессирующим патологическим изгибом позвоночника.

Наиболее часто сколиоз появляется в детском или юношеском возрасте, особенно во время быстрого роста ребенка в период полового созревания. Эта форма заболевания называется идиопатическим юношеским сколиозом.

Когда искривление позвоночника формируется у взрослого человека, то эту форму заболевания называют сколиозом взрослых. Причины этого заболевания во многом отличаются от причин возникновения юношеского сколиоза.

Причины возникновения сколиоза

Большинство случаев сколиоза возникает по не совсем понятным причинам. Эта форма заболевания называется идиопатической. В некоторых случаях сколиоз взрослых является осложнением возрастных заболеваний позвоночника (дегенеративное заболевание дисков, остеопороз).

Кроме того, существуют и другие редко встречающиеся формы сколиоза. Например, врожденный сколиоз является пороком внутриутробного развития, миопатическая форма сколиоза может быть следствием таких заболеваний мышц, как полиомиелит, миопатия и миастения. У пациентов с повреждением позвоночника и спинного мозга может возникать искривление позвоночника в связи с параличом мышц спины. Это так называемая паралитическая форма сколиоза.

Симптомы

Во многих случаях сколиоз у пациента не проявляет себя клинически, а выявляется случайно во время диспансерного осмотра.

Симптомы сколиоза:

боковое искривление позвоночника, усиливающееся при наклоне пациента вперед

одно плечо выше другого

ость лопатки с одной стороны расположена выше, чем с другой

одна рука длиннее другой из-за наклона верхней части туловища

«реберный горб» может возникнуть при искривлении грудного отдела позвоночника

При увеличении степени искривления позвоночника появляется боль. Болевые ощущения могут быть связаны с мышечным спазмом, с компрессией нервных корешков и спинного мозга. При сдавливании нервных структур пациентов может беспокоить снижение чувствительности, слабость и боли в

ногах. В тяжелых случаях возникает затруднение при ходьбе. При выраженном искривлении грудного отдела позвоночника может развиваться деформация грудной клетки, что может приводить к сдавлению легких, сердца, крупных сосудов грудной полости, что проявляется дыхательной и сердечной недостаточностью. К счастью, такие тяжелые формы сколиоза встречаются очень редко.

Примеры результативного лечения сколиоза по рентгенограммам.

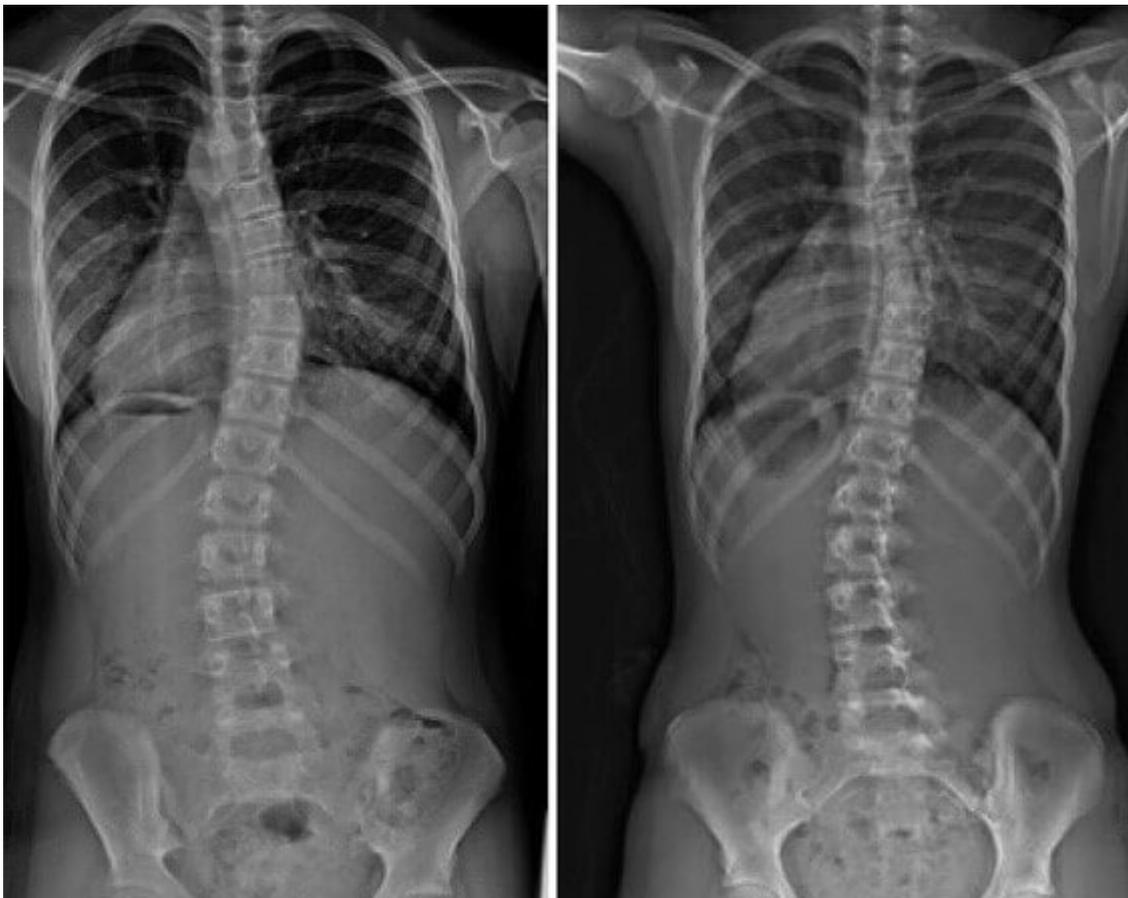


Рис. 2. Рентгенография

Наиболее успешным оказывается лечение, если понимать суть происходящего процесса, поэтому рассмотрим **варианты развития сколиоза**.

Мышечный вариант сколиоза. Встречается у трети пациентов. Типичен для детей старшей и средней возрастной группы. Протекает доброкачественно при хорошем мышечном корсете. Выраженные деформации позвоночника и грудной клетки с большим реберным горбом не отмечаются, возможен минимальный грудной горб. У 89% пациентов искривление является правосторонним (влияние функциональной асимметрии больших полушарий мозга).

Сколиотическая дуга искривления, захватывает шесть-семь позвонков и располагается между III и XII грудными позвонками с вершиной на VIII - IX. Вторичная дуга мало выражена, в связи с чем, деформация имеет С-образный вид, торсионные изменения слабо выражены. Поражен цервико-торакальный

уровень. Смещение центра массы носит линейный характер (вперед, назад, в сторону). Чаще отмечается вентро-дорзальное смещение тела (в сагиттальной плоскости) при стабильном латеро-латеральном смещении. Сколиоз прогрессирует медленно, хорошо поддается коррекции. У 100% пациентов формируются многочисленные триггерные точки в различных мышцах. Торсия позвоночно-двигательных сегментов и подъем поперечных отростков тел позвонков на выпуклой стороне искривления маскируются мышцами, образующими мышечный валик, и компенсируются за счет перекоса крестца и таза, формируя косой или кососкрученный таз с формированием функциональной асимметрии длины нижних конечностей.

Лечение - приемы мягко-тканной техники мануальной коррекции: релаксирующий и тонизирующий массаж (европейский и точечный), мышечные тракции, миофасциальный релиз по Й. Фосгрину, миофасциальный униполярный и биполярный релиз, постизометрическая и постреципрокная релаксация (ПИР, ПРР). Особое внимание уделяется миофасциальным триггерным точкам в патогенетически значимом регионе. Вначале лечения, 1-2 процедура, акцент делается на устранение напряжения на периферии мышечной спирали (стопа, кисть, шея). Вертебральные манипуляции применяются в патологически значимом регионе. При активности примитивных рефлексов Моро, Галанта, Переза, шейных тонических рекомендуются упражнения торако-люмбального уровня.

Суставной вариант сколиоза. Встречается у 22% пациентов. Характеризуется формированием патогенетически значимой дуги в шейном и верхне-грудном отделе позвоночника, обычно на уровне 4-5 шейного и 3-4 грудных позвонков. Отмечается 2 короткие дуги в шейном и пояснично-крестцовом регионе с длинной и пологой дугой искривления в грудном регионе. Типичным признаком является асимметрия тазового кольца: крестец повторяет асимметрию затылочной кости и верхне-шейного региона, а максимум деформации приходится на шейный и поясничный регионы. Искривление захватывает шейный отдел и кости лицевого черепа. Верхняя часть грудной клетки кифозирована, надплечье асимметрично. Плечо со стороны выпуклости приподнято, шея кажется укороченной, деформация верхних ребер создает впечатление припухлости в надключичной области, резко контурируется край трапецевидной мышцы. Этот вариант сколиотической деформации может протекать «злокачественно», поскольку у всех пациентов он сопровождается нарушением функции внешнего дыхания, кровообращения.

Патобиомеханические изменения со стороны опорно-двигательного аппарата: косое положение таза и его отклонение в сторону срединного перпендикуляра (отвеса), асимметрия функциональной длины конечностей, ротация таза вокруг сагиттальной оси, тазовые дисторсии, функциональные блоки и гипермобильность позвоночно-двигательных сегментов, швов черепа, крестцово-подвздошных сочленений. На рентгенографии - деформация не превышает 10° , имеются выраженный кифотический компонент.

Лечение - артикуляционные техники, в первую очередь на краниовертебральном переходе. Надо избегать высокоамплитудных техник, отдавая предпочтение позиционной мобилизации и кранио-сакральной терапии. При проведении кранио-сакральной терапии лобно-затылочным и основным захватом проводится релаксация и деторсия твердой мозговой оболочки, обратная ротация таза: при скрученном тазе - правая подвздошная кость смещается вперед и вниз, левая - назад и вниз (соответственно - правосторонняя латерофлексия, слева - медиальная экстензия). При движении стопы на себя в момент вдоха базис крестца движется дорзально, копчиковая кость крестца - вентрально, твердая мозговая оболочка поднимается вверх на вдохе, опускается вниз на выдохе. В состоянии покоя происходит респираторное движение крестца в сагиттальной плоскости. При этом подвздошная кость разворачивается. Также устраняется дугоотростчатая фиксация на стороне вогнутости сколиоза и на одноименной стороне уменьшается тонус межпоперечных и поперечно-остистых мышц, что проявляется увеличением расстояния между поперечными отростками и растягиванием коротких ротаторов. При активности примитивных рефлексов паралича при страхе, оральном автоматизме, нижнего хватательного пациентам рекомендуются упражнения кранио-цервикального и люмбо-сакрального уровня.

Связочный вариант сколиоза. В чистом виде встречается менее, чем у 10% пациентов. Типичен для детей средней возрастной группы астенического телосложения. Характерно плоскостопие. Дуга искривления захватывает уровень от Th6 до L2. Вершина искривления располагается на Th12, реже на Th11 и L1. Чаще встречается у лиц астенического телосложения (у девочек - 85,2%). Боль появляется к концу дня или после нагрузки, особенно статической. Поражен люмбосакральный уровень. Величина сколиотической дуги в течение суток может изменяться: утром, после отдыха - меньше, а к вечеру, после нагрузки - больше. Оси крестца и затылочной кости у пациента разнонаправлены. Отмечается перерастяжение тазовых связок с формированием косоного или косо-скрученного таза во всех случаях. Центр массы стабилен.

Лечение - мягкотканая мануальная терапия, миофасциальные техники, техники лимфодренажного массажа, лечебная корригирующая гимнастика. Акцент делается на вертебральные ритмические и позиционные мобилизации костей таза, тазовых связок, суставов нижних конечностей, в первую очередь стоп.

Висцеральный вариант сколиоза. Встречается у 10-12% пациентов. В формировании участвуют позвоночно-двигательные сегменты, которые рефлекторно связаны с каким-либо висцеральным органом. Характерно несоответствие между клинической и рентгенологической картиной искривления, последняя, всегда более выражена. При дисфункциях органов грудной и верхнего этажа брюшной полости (легкие, желудок, желчный пузырь) - дуга искривления располагается между Th6 и L3. Поражен торако-

люмбальный уровень. При дисфункции органов таза – дуга искривления опускается и захватывает позвонки от L1 до S1.

Клинически висцеральный вариант напоминает мышечный. Центр массы смещен в различных плоскостях. Специфическим признаком является усиление деформации при обострении патологии внутреннего органа, что подтверждается мануальным тестированием органа. Без лечения дисфункции внутренних органов вылечить сколиоз затруднительно. Сколиоз компенсируется вышележащими регионами. Структурные изменения в виде торсии при этом мало выражены. Имеется четко выраженный «реберный горб».

Лечение - ритмические вертебральные манипуляции в экстензии и ротации на грудном и поясничном отделе позвоночника, висцеральные манипуляции, рефлексотерапия. Обязательно проводятся воздействия на грудобрюшную и тазовую диафрагму, органы желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей.

Дуральный вариант сколиоза. Встречается менее, чем у 10% пациентов, чаще всего у пациентов младшей возрастной группы. В анамнезе у 100% пациентов имеются сведения о перинатальных травмах. При осмотре отмечается асимметрия лицевого черепа, которая подтверждается и при рентгенографии. В начальных стадиях развития дурального варианта сколиоза определяется выраженный торсионный компонент при небольшой степени бокового искривления. Доброкачественное течение дуральных сколиозов не гарантирует в раннем возрасте от появления впоследствии болевого синдрома, связанного с явлениями миодистонии, психо-эмоционального и дискодурального конфликта.

При мышечном мануальном тестировании и миографии отмечается снижение тонуса скелетной мускулатуры во всех регионах опорно-двигательного аппарата. Центр массы тела стабилен. Чаще всего функциональные блоки встречаются в верхне-шейном (C1-C2) и пояснично-крестцовом регионе (L5-S1).

Лечение – тракция твердой мозговой оболочки, релиз крестца и атланто-аксиального сочленения, проводится релаксация и деторсия твердой мозговой оболочки на блоках, подложенных под гетеролатеральные плечи и таз ребёнка. Хорошо зарекомендовала себя техника «укачивания», кранио-сакральные техники.

Смешанный (переходной) вариант сколиоза. Встречается у 20% пациентов. Представляет собой разнообразную комбинацию вышеописанных признаков. Встречается преимущественно у девочек старшей возрастной группы. Позвоночник имеет S-образный вид.

Стандартизованные классификации сколиоза

1. По происхождению:

группа - сколиозы миопатического происхождения,

группа - сколиозы неврогенного происхождения,

группа - диспластические сколиозы,

группа - рубцовые сколиозы,
группа - травматические сколиозы,
группа - идиопатические сколиозы.

2. По форме искривления:

- С-образный сколиоз (с одной дугой искривления)
- S-образный сколиоз (с двумя дугами искривления)
- E-образный сколиоз (с тремя дугами искривления)

3. По локализации искривления:

- шейно-грудной сколиоз (вершина искривления на уровне Th3 - Th4),
- грудной сколиоз (вершина искривления на уровне Th8 - Th9),
- грудопоясничный сколиоз (вершина искривления на уровне Th11 - Th12),
- поясничный сколиоз (вершина искривления на уровне L1 - L2),
- пояснично-крестцовый сколиоз (вершина искривления на уровне L5 - S1).

4. Рентгенологическая классификация (по В. Д. Чаклину)

- Сколиоз I ст. Угол сколиоза 1° - 10° . Сколиоз I степени можно определить по следующим признакам: опущенное положение головы, сведенные плечи, сутуловатость, надплечье на стороне искривления выше другого, асимметрия талии.

- Сколиоз II степени. Угол сколиоза 11° - 25° . Сколиоз II степени можно определить по следующим признакам: торсия (поворот позвонков вокруг вертикальной оси). Асимметрия контуров шеи и треугольника талии, таз на стороне искривления опущен, на стороне искривления в поясничном отделе имеется мышечный валик, а в грудном — выпячивание. Кривизна наблюдается в любом положении тела.

- Сколиоз III степени. Угол сколиоза 26° - 50° . Сколиоз III степени определяется по признакам: сильно выраженная торсия, наличие всех признаков сколиоза II степени, хорошо очерченный реберный горб, западание ребра, мышечные контрактуры, ослабление мышц живота, выпирание передних реберных дуг. Мышцы западают, дуга ребра сближается с подвздошной костью на стороне вогнутости.

- Сколиоз IV степени. Угол сколиоза $> 50^{\circ}$. Сколиоз IV степени отличается сильной деформацией позвоночника. Вышеописанные симптомы сколиоза усиливаются. Мышцы в области искривления значительно растянуты. Отмечается западание ребер в области вогнутости грудного сколиоза, наличие реберного горба.

5. По изменению степени деформации в зависимости от нагрузки на позвоночник:

нефиксированный (нестабильный) сколиоз,
фиксированный (стабильный) сколиоз.

6. По клиническому течению:

непрогрессирующий сколиоз,
прогрессирующий сколиоз.

Хирургическое лечение сколиоза

Показанием к хирургической коррекции сколиоза является 4 стадия болезни, когда угол искривления превышает 40 градусов. Оперативное

вмешательство при данном заболевании помогает уменьшить искривление и препятствует дальнейшей деформации позвоночника и серьезных осложнений в работе сердца и легких.

Наиболее эффективным является коррекция сколиоза при помощи установки на позвоночник специального металлического каркаса (имплантата). Данная конструкция представляет собой стержень на который установлены фиксаторы, передвигающиеся вдоль его оси. Для уменьшения деформации, эти фиксаторы крепятся к нужным позвонкам, благодаря чему достигается стабилизация положения позвоночника.

Благодаря такому методу происходит полное обездвиживание позвоночника, что предотвращает дальнейшее искривление. Стержень используется в качестве временной шины до полного срастания костей. Однако, из-за сложности операции его удаляют только в редких случаях (при повреждении близлежащих тканей).

Одним из осложнений во время операции является параплегия (паралич). Встречается очень редко (от 1 случая на 1000 пациентов до 1 на 10000 пациентов), но оказывает серьезные осложнения на весь организм. Еще одним осложнением в процессе операции может являться кровотечение. В большинстве случаев хирургам удастся контролировать кровотечение, однако, иногда требуется переливание крови. Поэтому еще до операции пациента просят сдать кровь, которая будет введена обратно сразу после операции.

К другим осложнениям относят:

- повреждение стержня, крючков или шурупов (редкие случаи, так как используются прочные современные материалы)
- инфекции (менее 1%)
- подтекание спинномозговой жидкости (редко)
- отторжение имплантатов (примерно от 1 до 5%)
- дальнейшее прогрессирование искривления после операции.

Сколиоз у детей. Профилактика и лечение

Позвоночник ребенка в процессе роста претерпевает изменения. У новорожденного малыша позвоночник прямой, без изгибов. Затем ребенок учится держать головку вертикально, что формирует в шейной части позвоночника изгиб вперед. У начинающего сидеть малыша образуется изгиб назад, а когда ребенок начинает опираться на ножки и ходить – происходит образование прогиба позвоночника с выпуклостью вперед в пояснице. Правильной осанкой считается положение тела, при котором голова и туловище стоящего человека удерживаются прямо, без лишних усилий.

Существует множество факторов, влияющих на позвоночник и вызывающих нарушения осанки в любом возрасте. Серьезная роль в становлении правильной осанки отводится полноценному питанию. Недостаток некоторых элементов, особенно витамина Д, минеральных солей кальция и фосфора, приводят к ухудшению состояния костей и мышц ребенка, провоцируя развитие дефектов осанки и сколиоза.

Слабость мышц туловища или неравномерность их развития – самые частые причины появления нарушений осанки. Этому способствуют:

- регулярное ношение ребенка на одной руке;
- попытки родителей раньше положенного срока посадить, поставить на ножки или научить ходить малыша;
- слишком мягкая и неровная постель;
- держание ребенка во время прогулок за одну и ту же руку;
- мебель, не подходящая ребенку по росту;
- неправильное положение за столом,
- ношение портфеля в одной и той же руке или на одном и том же плече;
- упор на одну ногу в положении стоя;
- частые заболевания, ослабляющие организм;
- недостаток физических упражнений и многое другое.

Степени сколиоза у детей

При осмотре детей со сколиозом наблюдается выраженная асимметрия лопаток, надплечий, мышц спины, треугольников талии. Остистые отростки позвонков отклонены от средней линии, задняя поверхность грудной клетки деформирована, образует реберный горб; имеется перекос таза, укорочение одной нижней конечности. Из-за деформации грудной клетки страдают и внутренние органы: сердце, сосуды, легкие. Так как при сколиозе происходит "скручивание" позвоночника, то очень быстро развивается дистрофический процесс в межпозвоночных дисках и возникают боли в разных отделах позвоночника.

Признаки сколиоза



Рис. 3. Признаки сколиоза у детей

Лечение сколиоза у детей

Важно своевременно выявить у ребенка сколиоз, так как от этого зависит эффективность лечения. Для этого необходимо регулярно проходить осмотры у врача ортопеда, который выявит проблемы с осанкой и назначит адекватное лечение. Своевременное лечение позволит избавиться от таких нарушений и предотвратить более грубые деформации позвоночника.

Комплексное консервативное лечение сколиоза включает рациональный двигательный режим и правильное питание, ношение корсета, лечебное плавание, массаж, физиотерапию, занятия спортом (лыжи, плавание). Не менее важным является правильная организация рабочего места ребенка: высота стола и стула должна соответствовать росту ребенка, источник света - обеспечивать достаточно яркое освещение. Спать ребенку следует на полужесткой постели с невысокой подушкой. Так как лечение сколиоза - процесс длительный, родители должны участвовать в лечебном процессе и знать об опасности прогрессирования данной патологии в случае отказа от лечения. При выраженных сколиотических деформациях показано оперативное лечение.

Сколиоз у подростков

Сколиоз у подростков развивается чаще, чем у маленьких детей, поскольку именно в период полового созревания (10-17 лет) наблюдается наиболее быстрый рост организма. Причины заболевания могут быть самыми разными, вызванными как плохой наследственностью, так и неправильным образом жизни. Сколиоз может до определенного момента никак не проявляться и не доставлять ребенку никаких неудобств.

Необходимо уделять достаточное внимание профилактике и лечению сколиоза на ранних этапах его развития, поскольку на последних стадиях болезнь может доставлять существенные неприятности и патологически воздействовать на внутренние органы.

Сколиоз у подростков может проявляться в виде:

- несимметричности правой и левой частей тела;
- наличия неодинаковых просветов между опущенными руками и бедрами с разных сторон;
- расположения головы не по центру тела, а с патологическим наклоном в сторону;
- выпячивания одной лопатки больше другой;
- неправильного выступа ребер с одной из сторон при наклоне вперед.

При обнаружении первых симптомов асимметрий следует обратиться за консультацией к квалифицированному ортопеду.

Помимо несимметричности частей тела сколиоз у подростков может проявляться:

- головными болями;
- снижением концентрации внимания;
- высокой утомляемостью;
- развитием дыхательной недостаточности;
- нарушениями сердечно-сосудистой системы и ЖКТ.

Причины сколиоза у подростков

Диагноз «сколиоз» у подростков может быть поставлен по многим причинам, но в абсолютном большинстве случаев (90%) его называют

идиопатическим, то есть возникшим по невыясненным причинам. По современным данным идиопатический сколиоз – наследственное заболевание, форма и потенциал прогрессирования которого определен генетически. Лечение сколиоза к сожалению не может устранить причину, а направлено на уменьшение прогрессирования и стабилизацию состояния костно-мышечной системы.

В остальных 10% случаев сколиоз у подростков вызывается:
слабостью связок и мышц;
в результате травм позвоночника;
нарушениями в работе нервной системы.

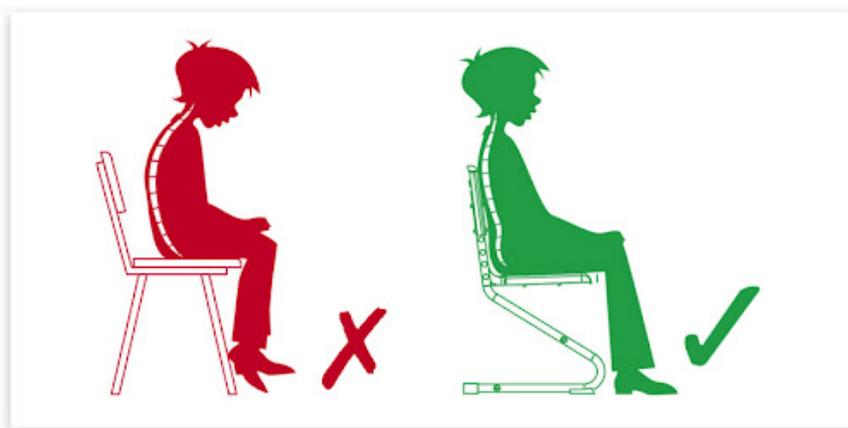


Рис. 4. Неправильная поза за столом одна из причин сколиоза

Сколиоз у подростков необходимо лечить, учитывая такие факторы, как:

- степень искривления позвоночного столба;
- причины, которые вызвали деформацию;
- возраст пациента;
- пожелания больного и его родителей.

Сколиоз у подростков лечится по проверенным годами схемам. На начальных стадиях высокоэффективной можно назвать методику ЛФК (лечебной физкультуры).

В ряде случаев может быть назначено ношение ортопедического корсета:

- имеется достаточный потенциал роста;
- степень деформации не превышает 50 градусов.

Корсетотерапия — это один из наиболее эффективных консервативных методов лечения.

Также назначают регулярные занятия ЛФК, массаж, плавание, рациональное питание, прогулки на свежем воздухе, занятия спортом.

При искривлениях, превышающих 50 градусов, рассматривают хирургический подход, который предусматривает установление эндокорректоров, корректирующих позвоночник и предотвращающих дальнейшее прогрессирование деформации позвоночника, не препятствуя при этом нормальному росту и формированию скелета.

Бескровное (консервативное) эффективное лечение сколиоза в европейской практике в настоящее время представляет собой совмещение специализированной антисколиозной гимнастики по Шрот, МФТП и ношение корректирующего корсета изготовленные с использованием современных компьютерных технологий 3-D моделирования.

При длительном ношении корсета функции мышц на себя берет корсет и мышцы от бездействия атрофируются. (АТРОФИЯ МЫШЦ - уменьшение объема мышечной массы, сопровождающееся снижением тонуса мускулатуры и силы мышц.)

Мышцы не могут самостоятельно, без помощи корсета, удерживать позвоночник и грудную клетку в физиологическом положении. Следовательно, при его снятии достигнутая коррекция деформации позвоночника утрачивается, и есть большая вероятность того, что деформация вернется к первоначальному состоянию и сколиоз продолжит прогрессировать.

Пациенты, которые длительно носят корсет, должны иметь опыт «правильной жизни тела» без корсета. С помощью упражнений гимнастики Шрот постоянно учить тело, принимать правильное скорректированное положение, когда оно остается без помощи ортопедических приспособлений (корсета).

При и регулярном выполнении гимнастики Шрот (минимум 3 раза в неделю по 2 часа в день) на протяжении всего периода ношения корсета, а так же после его отмены, достигается:

- оптимальная коррекция деформации в корсете- благодаря индивидуально подобранным высокоспецифическим активным упражнениям, построенным на корректирующем асимметричном дыхании, противоположно-направленное сколиотическому стереотипу дыхательных движений грудной клетки;

- пациентом вырабатывается стереотип осознанно принимать правильное - патогенетически обоснованное скорректированное положение, когда он остается без помощи ортопедических приспособлений;

- закрепляется полученная коррекция деформации.

При адекватном своевременном лечении и очень хорошей мотивации пациента к ношению корсета и ежедневному выполнению специализированной гимнастики в ряде случаев в подростковом возрасте можно добиться полного исправления лишь с помощью бескровного консервативного лечения.

В большинстве случаев пациенты с искривлением позвоночника лечатся консервативно. Хирургическая операция показана только пациентам, страдающим тяжелыми формами сколиоза. Консервативная терапия включает медикаментозное лечение, лечебную физкультуру и применение специальных корсетных поясов.

Если пациент страдает остеопорозом, то лечение этой патологии может замедлить прогрессирование развития сколиоза. Терапия остеопороза является комплексной и заключается в приеме препаратов кальция, витамина D, гормональной заместительной терапии и выполнении физических упражнений, направленных на укрепление мышц спины и брюшного пресса.

Использование специальных корсетов позволяет уменьшить боль в спине. Однако применение корсетов не может уменьшить степень деформации позвоночного столба. Напротив, длительное ношение корсета приводит к ослаблению мышц спины, что способствует увеличению степени сколиотической деформации. Поэтому использование корсетов и других средств внешней фиксации должно проводиться под наблюдением врача. В случае наличия у пациента вследствие деформации позвоночника разной длины ног, врачом может быть рекомендовано ношение специальной ортопедической обуви или применение ортопедических вкладышей в обувь.

Лечебная физкультура является важнейшим компонентом терапии сколиоза. Специально разработанный комплекс лечебной физкультуры позволяет уменьшить боль в спине, замедлить прогрессирование деформации позвоночника за счет укрепления мышечного корсета. Комплекс лечебной физкультуры должен выполняться пациентом ежедневно. Физическая гимнастика для пациента со сколиозом должна стать обязательной привычкой, так же как, например, чистка зубов. Кроме упражнений, направленных на укрепление мышц спины в комплекс лечебной физкультуры обязательно включаются упражнения, направленные на растяжение спины. Пациентам, имеющим дыхательные нарушения, необходимо также выполнение дыхательной гимнастики. Очень полезны для пациентов с заболеваниями позвоночника, в том числе со сколиозом, занятия лечебным плаванием.

Лечение зависит от возраста больного, типа сколиоза и степени деформации позвоночника.

Детский сколиоз при I и II степенях искривления позвоночника лечат консервативно. Важным условием успешного лечения является полноценное и богатое витаминами питание, регулярное пребывание на свежем воздухе, подвижные игры. Постель должна быть жесткой, для чего на кровать укладывают деревянный щит. Стул и стол на рабочем месте должны соответствовать росту. Нужно следить, чтобы ребенок сидел за столом прямо, а ноги его при этом достигали пола. Важна также правильная установка света, а при нарушении зрения обязательна его коррекция. Систематически проводят лечебную гимнастику и часто назначают ношение корсетов.

Консервативное лечение проводят также в специальных школах-интернатах для детей со сколиозом, в которых одновременно с обучением по обычной программе создан необходимый круглосуточный лечебный режим. Одним из ведущих средств консервативного лечения сколиоза является лечебная физкультура. Физические упражнения оказывают стабилизирующее влияние на позвоночник, укрепляя мышцы туловища, позволяют добиться корригирующего воздействия на деформацию, улучшить осанку, функцию внешнего дыхания, дают общеукрепляющий эффект. ЛФК показана на всех этапах развития сколиоза, но более успешные результаты она дает при начальных формах сколиоза.

Противопоказаны физические упражнения, увеличивающие гибкость позвоночника и приводящие его к перерастяжению. Комплекс средств лечебной физкультуры, применяемых при консервативном лечении сколиоза включает:

лечебную гимнастику;
упражнения в воде;
массаж;
коррекцию положением;
элементы спорта.

Лечение сколиоза у взрослых

Лечебная физкультура сочетается с режимом сниженной статической нагрузки на позвоночник. Лечебную физкультуру проводят в форме групповых занятий, индивидуальных процедур (преимущественно показаны больным при неблагоприятном течении болезни), а также индивидуальных заданий, выполняемых больными самостоятельно. Методика лечебной физкультуры определяется также степенью сколиоза: при сколиозе I, III, IV степени она направлена на повышение устойчивости позвоночника (стабилизацию патологического процесса), а в то время как при сколиозе II степени - также на коррекцию деформации.

Коррекция сколиоза при выполнении физических упражнений достигается изменением положения плечевого, тазового пояса и туловища больного. Упражнения должны быть направлены на коррекцию искривления позвоночника во фронтальной плоскости. С большой осторожностью с целью коррекции применяют упражнения, вытягивающие позвоночник, например у гимнастической стенки.

Упражнения лечебной гимнастики должны служить укреплению основных мышечных групп, поддерживающих позвоночник - мышц, выпрямляющих позвоночник, косых мышц живота, квадратные мышцы поясницы, подвздошно-поясничных мышц и др. Из числа упражнений, способствующих выработке правильной осанки, используются упражнения на равновесие, балансирование, с усилением зрительного контроля и др.

Одним из средств ЛФК является применение элементов спорта: плавание стилем «басс» после предварительного курса обучения. Элементы волейбола показаны детям с компенсированным течением сколиоза.

Профилактика сколиоза предусматривает соблюдение правильной осанки. При длительном сидении необходимо соблюдать следующие правила:

- сиди неподвижно не дольше 20 минут;
- старайся вставать как можно чаще. Минимальная продолжительность такого «перерыва» - 10 секунд
- сидя, как можно чаще меняй положение ног: ступни вперед, назад, поставь их рядом, потом, наоборот, разведи и. т.д.
- старайся сидеть «правильно»: сядь на край стула, чтобы колени были согнуты точно под прямым углом, идеально выпрями спину и, если можно, сними часть нагрузки с позвоночника, положив прямые локти на подлокотники;
- периодически делай специальные компенсаторные упражнения:
 - 1) повисни и подтяни колени к груди. Сделай упражнение максимальное число раз

2) прими на полу стойку на коленях и вытянутых руках.

- старайся максимально выгнуть спину вверх, и потом как можно сильнее прогнуть ее вниз.

Утренняя гимнастика, оздоровительная тренировка, активный отдых - необходимый каждому человеку двигательный минимум и складывается он из ходьбы, бега, гимнастики и плавания.

Помимо упражнений общеукрепляющего, оздоровительного характера, есть и немало специальных, например, для укрепления мышц брюшного пресса, груди, улучшения осанки. Эти упражнения позволяют в какой-то степени исправлять недостатки фигуры, позволяют лучше владеть своим телом.

Выполнять их можно в любое удобное время:

- вместе с комплексом утренней зарядки и в ходе оздоровительной тренировки;

- во время обеденного перерыва;

- во время воскресной прогулки за город.

Успех будет зависеть от продолжительности и регулярности занятий.

Правильная осанка делает нас не только более привлекательными, но и во многом способствует нормальному функционированию всех органов и систем организма, является профилактикой сколиоза.

Очень важное место при лечении и профилактики сколиоза и нарушений осанки имеет лечебный массаж.

2. ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНОГО МАССАЖА

Виды массажа

В зависимости от того, с какой целью применяется массаж и как осуществляется воздействие на поверхность тела (т.е. какими средствами), различают гигиенический, лечебный, спортивный, сегментарно-рефлекторный, косметический, аппаратный массаж и, наконец, самомассаж.

Массаж может быть локальным (частным) и общим. Лечебный массаж - это эффективный метод лечения различных травм и заболеваний. В зависимости от характера функциональных нарушений он применяется в самых разнообразных модификациях, имеет свою методику, показания и противопоказания. Он оказывает общее и локальное воздействие. При общем массаже массируется все тело или его большая часть, при локальном (частном) - отдельные области; кисть, спина, голова, нижние конечности и т.п.

Реабилитационный массаж наиболее эффективен при функциональном лечении и восстановлении физической работоспособности спортсмена после длительных перерывов в тренировке, после оперативных вмешательств (удаление менисков, операция на ахилловом сухожилии и др.). Этот массаж проводится в сочетании с ЛФК, механотерапией и др. Он может быть и общим (2 -3 раза в неделю) и локальным (ежедневно, а на первом этапе лечения -2 -3 раза в день). Массаж при травмах и заболеваниях применяют в ранние сроки для нормализации крово- и лимфотока, снятия болевого синдрома, рассасывания отека (выпота), гематомы, регенерации и репарации тканей, нормализации окислительно-восстановительных процессов. При простудных заболеваниях (бронхиты, пневмонии и пр.) в первые 2-5 дней показан баночный массаж, позднее - перкуссионный массаж в сочетании с ингаляциями (лекарственные вещества и кислород), а на ночь - согревающий массаж. В основе действия банок лежит рефлекторный метод, основанный на возникновении застойной гиперемии (покраснения), раздражении кожных рецепторов создавшимся в банке вакуумом.

Сегментарно-рефлекторный массаж - это один из методов воздействия на рефлекторные зоны кожной поверхности тела. При воздействии специальными массажными приемами на сегменты спинного мозга возникают так называемые кожно-висцеральные (внутренние) рефлексы, вызывающие изменения деятельности внутренних органов и кровообращения в них. Механизм действия сегментарно-рефлекторного массажа заключается в раздражении кожных рецепторов. Ответная реакция на него зависит от интенсивности, продолжительности, площади и места воздействия, а также от функционального состояния организма. В зависимости от приемов различают сегментарный, соединительнотканый, периостальный, точечный, шиацу и другие виды сегментарно-рефлекторного массажа. Все они применяются с лечебной целью и в спортивной практике.

Косметический массаж (только локального характера) применяется при уходе за нормальной кожей, для предупреждения ее преждевременного

старения, при различных косметических недостатках, заболеваниях и т.п. Он бывает трех видов: гигиенический (профилактический), лечебный, пластический. В зависимости от того, чем выполняют массаж - руками или аппаратом, различают аппаратный и ручной массаж. Сочетанное их применение - комбинированный массаж.

Аппаратный массаж осуществляется с помощью различных устройств (вибромассажные, вакуумные, гидромассажные и др.). Его применяют с лечебной целью и в спортивной практике.

Показания к проведению массажа

Травмы, заболевания опорно-двигательного аппарата: ревматоидный артрит и другие повреждения суставно-связочного аппарата сустава, вывихи, тендинит, тендовагинит, паратенонит, периостит, дистрофические процессы в суставах, анкилозирующий спондилоартрит, остеохондроз различных отделов позвоночника, ушибы, растяжения связок, искривления позвоночника, плоскостопие, нарушение осанки.

Заболевания и повреждения нервной системы: травмы нервной системы, последствия нарушения мозгового кровообращения, остаточные явления полиомиелита со спастическими и вялыми параличами, церебральный атеросклероз с хронической недостаточностью мозгового кровообращения, детские церебральные параличи, невралгии, невриты, плекситы, радикулиты при дегенеративных процессах в межпозвоночных дисках, паркинсонизм, диэнцефальные синдромы, соляриты, полиневриты.

Заболевания органов пищеварения вне фазы обострения: колиты, дискинезии кишечника, гастриты, опущение желудка (гастроптоз), язвенная болезнь (без склонности к кровотечению), заболевания печени и желчного пузыря (дискинезии желчного пузыря), а также состояния после холецистэктомии и операций по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Нарушения обмена веществ: излишняя полнота, диабет, подагра. Массаж применяют также при головной боли и нарушении сна, половой слабости, при заболевании зубов и повышенной раздражительности. Применение массажа и самомассажа широко показано при различных недомоганиях.

Противопоказания к проведению массажа

Массаж и самомассаж противопоказаны при острых лихорадочных состояниях, острых воспалительных процессах, кровотечениях и склонности к ним, при болезнях крови, гнойных процессах любой локализации, различных заболеваниях кожи (инфекционной, грибковой этиологии), гангрене, остром воспалении, тромбозе, значительном варикозном расширении вен, трофических язвах, атеросклерозе периферических сосудов, тромбангите в сочетании с атеросклерозом мозговых сосудов, аневризмах сосудов, тромбофлебите, воспалении лимфатических узлов, активной форме туберкулеза, сифилисе,

хроническом остеомиелите, доброкачественных и злокачественных опухолях различной локализации (до хирургического лечения).

Противопоказаниями к назначению массажа являются также нестерпимые боли после травмы (каузалгический синдром), психические заболевания, недостаточность кровообращения III степени, гипертензивные и гипотензивные кризы, тошнота, рвота, боли невыясненного характера при пальпации живота, бронхоэктазы, легочная, сердечная, почечная, печеночная недостаточность.

Необходимо подчеркнуть, что в ряде случаев противопоказания к назначению массажа и самомассажа носят временный характер и имеют место в остром периоде болезни или при обострении хронического заболевания.

Системы массажа

В настоящее время существует четыре системы массажа: российская, финская, шведская и восточная.

Восточная система массажа отличается от классического массажа по своей технике выполнения. Восточный массаж направлен на то, чтобы освободить массируемые мышцы от венозной крови и придать гибкость суставам. Выполняется восточный массаж не только руками, но и ногами (педиальный массаж). Чаще всего массаж ногами применяется для массажа сильных мышц спортсменов.

Возник восточный массаж в глубокой древности в странах Малой и Средней Азии. Некоторые его элементы сходны с массажем, который применяют народы Африки и Латинской Америки.

Российская, шведская и финская системы массажа в некоторой степени схожи между собой, т. к. они многие годы перенимали друг у друга лучшее, что позволило им постоянно совершенствовать свою технику.

Шведская система массажа, основателем которой был П. Линг (1776-1831 гг.), использовала приемы массажа, применявшиеся в Древней Греции, Древнем Риме и Древнем Китае. Система получила дальнейшее развитие, когда в 1813 г. в Стокгольме был открыт Государственный институт массажа и лечебной гимнастики. Некоторые выпускники этого института создавали собственные школы массажа в других странах, что способствовало распространению шведской системы по всему миру. Например, Мюллер и Корнелиус создали школы массажа по шведской методике в Германии.

В основном шведская система массажа была направлена на массаж суставов. Главными ее приемами были приемы поглаживания, растирания и движения, причем большая часть времени в сеансе массажа по шведской системе отводилась на растирание (60-70%).

В отличие от классического массажа, направленного на улучшение кровообращения и лимфотока, задачи шведской системы массажа заключаются в растягивании мышц и нервно-сосудистых пучков, а также в растирании уплотнений в тканях. По системе шведского массажа последовательность при массаже нижних конечностей следующая: стопа, голень, бедро. Последовательность при массаже верхних конечностей такая: кисть,

предплечье, плечо. В отличие от классического массажа, в котором последовательность обратная (бедро, голень, стопа; плечо, предплечье, кисть), — шведский массаж не имеет отсасывающего эффекта.

Отличается шведская система массажа от других систем и тем, что в ней, кроме приемов массажа, используется шведская гимнастика. В последнее время шведский массаж несколько изменился: в него вошли из российской системы массажа приемы разминания, а также методика общего массажа.

Финская система массажа использует большей частью прием разминания подушечкой большого пальца, что дает хорошие результаты при массаже плоских мышц. Однако на других участках тела такой способ не дает эффекта, к тому же он не позволяет пользоваться многими приемами классического массажа, в которых необходимо применять все пальцы или кисть руки.

Так же, как и шведский массаж, финская система массажа не обладает отсасывающим эффектом, т.к. имеет ту же последовательность при массаже конечностей (стопа, голень, бедро; кисть, предплечье, плечо).

Применяется финская система массажа в лечебной и спортивной практике в государствах Скандинавии.

Как и шведская система, финская система массажа пополняется приемами из других систем. Из шведской системы в финский массаж вошли приемы растирания, а из российской — приемы разминания.

Российская система массажа возникла раньше шведской системы. Она получила широкое распространение не только в нашей стране, но и за ее пределами благодаря талантливым российским ученым и врачам.

Основоположник русской терапевтической школы М.Я. Мудров (1776-1831 гг.) рекомендовал, как можно чаще применять водолечение, гимнастику и массаж. Им была написана книга «Слово о пользе и предметах водной гигиены, или Науки сохранять здоровье военнослужащим», в которой говорилось: «Для сохранения здоровья, а наипаче для предупреждения повальных болезней, нет ничего лучше упражнений телесных или движений». М.Я. Мудров советовал применять массаж в виде поглаживания и растирания.

Этой областью медицины занимались выдающиеся русские врачи-ученые В.М. Бехтерев, С.П. Боткин, Л.Г. Беллярминов, В.А. Манассеин и др.

Они провели ряд клинико-экспериментальных работ в области обоснования физиологического воздействия массажа на организм человека, создали некоторые более рациональные приемы массажа.

В.А. Манассеин в 1876 г. предложил ввести в учебный план Военно-медицинской академии практический курс массажа и гимнастики. Из его клиники вышло несколько докторских диссертаций по массажу: И.З. Гопадзе (1886 г.) «О влиянии массажа на азотистый обмен и усвоение азотистых веществ»; И.К. Стабровский (1887 г.), «К вопросу о влиянии массажа на количество легочно-кожных потерь», Б.И. Кияновский (1889 г.) «Материалы к учению массажа живота», К.Н. Шульц (1891 г.) «Массаж при лечении переломов», Н.И. Гуревич (1898 г.) «К вопросу о лечении закрытых переломов массажем». Был написан ряд интересных кандидатских диссертаций, опубликовано несколько книг и статей.

С.П. Боткин широко использовал массаж живота, чтобы возбудить и усилить перистальтику кишечника. Проведение этого приема он рекомендовал при смещении и подвижности печени, и утверждал, что такой массаж «...при правильном, ловком и искусном применении может дать прекрасные результаты, но пользоваться им следует только в светлые паузы и применять его систематически, ежедневно».

В конце XIX в.в России были организованы центры подготовки специалистов по массажу и гимнастике. В Москве этим занимались Г.К. Соловьев, М.К. Барсов; в Петербурге — Е.Н. Залесова, В.Ф. Диаковский, в Киеве — В.К. Крамаренко и др. В Берлине организовал школу массажа И. В. Заблудовский, он опубликовал более 100 книг и научных статей, посвященных лечебному и спортивному массажу, его физиологическому обоснованию.

В первой половине XX в. массаж как лечебное средство изучали и распространяли Н.А. Вельяминов, В.П. Добролюбов, Д.О. Отт, А.И. Никольский, Л.Г. Беллярминов, В.Ф. Снегирев, А.Н. Маклаков, А.Е. Щербак, С.А. Флеров, К.Г. Соловьев, Е.И. Залесова, Н.В. Слетов, В.К. Крамаренко, А.Ф. Вербов и др.

Выдающийся хирург того времени Н.А. Вельяминов был поклонником физических методов лечения, широко применял массаж в практической травматологии. В своих научных исследованиях он большое место отводил массажу, уделял большое внимание организационно-методическим вопросам массажа.

Гигиенические требования к проведению массажа

При несоблюдении основных гигиенических требований даже умело выполненный массаж не принесет желаемого результата, поэтому при проведении сеанса массажа должны быть учтены главные его условия.

Массажный кабинет и его оборудование

Сеанс массажа лучше всего проводить в изолированном теплом помещении, температура воздуха в котором должна быть от + 20 до +22 градусов, в противном случае пациент будет чувствовать дискомфорт. Массажный кабинет должен быть хорошо освещенным, т. к. при недостаточном освещении кабинета массажист будет быстро уставать. Освещение нужно установить таким образом, чтобы осветительные приборы не раздражали глаза массажиста, а на пациента свет падал под углом. Наиболее эффективно для этого использовать естественный свет или лампы дневного света.

Массажный кабинет обязательно должен проветриваться, с этой целью необходимо оборудовать в нем приточно-вытяжное устройство, которое обеспечит многократный обмен воздуха. Если такого устройства нет, то в кабинете должна быть специальная фрамуга, через которую поток воздуха направляется вверх.

Выполнять гигиенический и спортивный массаж можно и на открытом воздухе, если температура воздуха не ниже +20 градусов. Место проведения массажа должно быть хорошо защищено от ветра и солнечных лучей.

Кабинет, предназначенный для проведения массажа, должен быть правильно оборудован. В нем обязательно должны быть умывальник с горячей и холодной водой, мыло, полотенце, зеркало, несколько стульев, письменный стол, регистрационный журнал, графин с питьевой водой, стаканы, а также ширма и шкаф для хранения халатов. В кабинете обязательно должны находиться спиртовые растворы йода, бриллиантовой зелени, бинты, вата, лейкопластырь, перекись водорода, клей БФ-6, тальк, 3%-ный водный раствор аммиака, валериановые капли, пинцет, ножницы, песочные часы (на 3, 5, 10, 25 минут).

Желательно также, чтобы недалеко от массажного кабинета находились туалет и душевая комната.

Массажный стол

Проводится массаж на кушетке. Для этой цели используются кушетки различных конструкций. У некоторых из них приподнимаются ножной и головной концы, а у других имеются прикрепные подлокотники и подголовники. Существуют такие кушетки, высоту которых можно регулировать при помощи механического или гидравлического привода. Наряду с, этим применяются еще и кушетки с подогревом.

В тех случаях, когда специальной кушетки нет, ее можно изготовить по следующим размерам: длина 200-210 см, ширина 60-65 см, высота 60-80 см, валик диаметром 25-35 см. Нужна будет и небольшая подушечка, набитая ватой. Валик предназначен для подкладывания под ноги, чтобы придать им среднее физиологическое положение. Верхняя часть кушетки обтягивается поролоном и покрывается синтетическим материалом, который легко моется. Выполнять массаж на жестких покрытиях или мягких кроватях не рекомендуется.

Для проведения массажа рук лучше использовать стол, высота которого 70-80 см, длина 50 см, ширина 30 см, и подушку, набитую ватой или поролоном. Наличие винтового стула на колесиках будет нелишним.

Требования к массажисту

Во время проведения сеанса массажа объем всех знаний, умений и навыков массажиста, а также его профессионализм играют большую роль. Важно, чтобы массажист мог расположить к себе пациента, стремился помочь ему, максимально прилагая к этому все усилия. Массажисту необходимо обладать такими качествами, как уверенность, уравновешенность, тактичность. Он должен убедить пациента в силе массажа, поэтому при работе массажисту очень важно быть спокойным, терпеливым, а также внимательным и дружелюбным по отношению к пациенту.

Массаж проводится только по методике, которая составлена на основании диагноза. Большое значение имеет систематичность проведения сеансов массажа.

Очень важно помнить при выполнении массажа о сохранении своей энергии, которую не стоит растрчивать впустую, делая ненужные движения. Движения, производимые руками, должны быть мягкими и плавными, повторяющимися в одном ритме, но ни в коем случае не резкими. Массажист

должен одинаково владеть техникой выполнения приемов как правой, так и левой рукой. При проведении массажа в работе должна участвовать лишь та группа мышц, которая необходима для выполняемого в данный момент приема. Например, если прием выполняется только кистью, мышцы плеча и предплечья не должны быть задействованы.

Кисти рук массажиста должны быть теплыми, сухими и пластичными, а также выносливыми и сильными.

Чтобы холодные и влажные руки стали сухими и теплыми, нужно использовать теплые ванночки с переменной температурой, а также растирания одеколоном, лимонным соком или спиртовым раствором.

Для выработки силы и выносливости рук рекомендуется использовать ручной эспандер и гантели. Также неплохо влияют на тренированность рук различные комплексы упражнений и спортивные занятия.

Немаловажную роль играет тренировка гибкости лучезапястных суставов; тренировать надо и пальцы, добиваясь большей их подвижности и гибкости.

Важно, чтобы на руках массажиста не было ссадин, царапин, трещин, а ногти были коротко острижены. Ни в коем случае нельзя проводить массаж при воспалительных или грибковых заболеваниях рук, т.к. инфекцию легко можно передать пациенту во время массажа. Перед началом сеанса массажист обязательно должен вымыть руки теплой водой с мылом, а затем смазать их смягчающим кремом.

Во время проведения сеанса массажа на массажисте должен быть чистый халат, на ногах у него должна быть легкая, свободная обувь. Часы, кольца и браслеты необходимо снять, т.к. украшениями и часами можно повредить кожу пациента.

Очень важно, чтобы рабочая поза массажиста была комфортной. Время от времени ее нужно менять, потому что продолжительное выполнение массажа в одном и том же положении очень утомляет мышцы.

Вести беседы во время сеанса не рекомендуется - это влечет за собой нарушение дыхания массажиста, ведет к утомлению, а также отвлекает от работы.

Стоит напомнить, что каждый массажист обязан хорошо знать анатомию и физиологию, показания и противопоказания к проведению массажа. Необходимо знать все о физиологическом действии отдельных приемов, иметь четкое представление о действии одного и того же приема, который выполняется с различной силой или темпом. Также важно хорошо помнить, когда используется тот или другой прием и когда можно перейти от одного приема к другому.

Уход за руками

Кисти рук постоянно подвержены неблагоприятному влиянию солнца, холода, ветра и т. д. Все это отрицательно сказывается на коже: она может стать сухой, грубой, могут появиться трещины. Грязные, неухоженные руки могут стать источником различных инфекций. Поэтому массажист обязан следить за состоянием своих рук, выполнять все требования по уходу за руками.

Работу по дому и на даче, а также все ремонтные работы следует проводить в перчатках. С водой и красками нужно работать в резиновых перчатках. Выполнять работу в резиновых перчатках в течение продолжительного времени не рекомендуется, потому что образовавшийся пот не проходит через перчатку и раздражает кожу, что может привести к воспалительным процессам. Бели работа не связана с жидкостями, ее лучше выполнять в хлопчатобумажных перчатках.

Когда работа завершена, перчатки нужно снять, а руки вымыть теплой водой. После этого на сухую кожу рук следует нанести крем. Пока крем впитывается, можно выполнить простые гимнастические упражнения для рук.

Не рекомендуется часто мыть руки холодной водой, потому что от этого кожа на них делается грубой и шелушится. После утренней гимнастики руки лучше мыть теплой водой или водой комнатной температуры.

Постоянное использование горячей воды при мытье рук тоже сказывается отрицательно, т.к. кожа обезжиривается, шелушится и становится очень сухой. Поэтому после того как руки вымыты, их необходимо тщательно вытереть и просушить, а затем нанести питательный крем.

Слишком частое применение мыла при мытье рук ведет к сухости кожи, поэтому можно использовать вместо обычного туалетног, жидкое мыло.

Если после выполнения какой-либо работы руки сильно загрязнены, их можно очистить следующими способами:

1. Ванночка для рук. 5 г чайной соды, 30 г глицерина и 2,5 г нашатырного спирта развести в воде. Опустить руки в ванночку и подержать их в ней в течение 7-10 минут. Затем тщательно вытереть руки и нанести питательный крем.

2. Вымыть руки в холодной воде с небольшим количеством суперфосфата, после этого еще раз вымыть руки теплой водой с мылом, затем руки нужно тщательно вытереть и нанести питательный крем.

3. Руки вымыть в ванночке солевого раствора (50 г соли на 0,5 л воды) или раствора уксусной кислоты. Вода для ванночки должна быть теплой.

Важно, чтобы в вечернее время уход за кожей рук проводился более тщательно. 1-2 раза в неделю перед сном можно делать ванночки для рук. Полезна для кожи рук ванночка из картофельного отвара: две-три разваренные картофелины растолочь и перемешать с отваром, в котором варился картофель, охладить до температуры 30-35 градусов и опустить руки на 10-15 минут. После окончания процедуры вымыть руки теплой водой и смазать их кремом.

Смягчают кожу рук и ванночки из отвара овсяных хлопьев, отваров сборов различных лекарственных растений, например, из цветов липы, ромашки, листьев крапивы. В ванночку из отвара лекарственных трав нужно добавить 1-2 чайные ложки растительного масла.

Гимнастика для рук

1. Сидя за столом, сжать в кулак кисти рук, а затем разжать их. Упражнение повторить 5-7 раз.

2. Двумя руками опереться на стол и произвести движения, напоминающие игру на фортепьяно. Повторить упражнение несколько раз.

3. Положить кисти рук на поверхность стола ладонями вниз. Не отрывая ладони от стола, поднять выпрямленный палец как можно выше (остальные пальцы от стола не отрывать), затем опустить на стол. Движение повторить несколько раз. Таким же образом упражнение выполняется для каждого пальца.

4. Кисти рук лежат на столе ладонями вниз. Не отрывая от поверхности стола основания ладоней, приподнять выпрямленные пальцы от стола, а затем резко опустить их, с силой ударив подушечками пальцев о поверхность стола. Повторить несколько раз.

5. Поставить локти на стол. Произвести поочередно круговые движения кистью каждой руки по часовой стрелке, затем против часовой стрелки. Повторить упражнение для каждой руки 5-6 раз.

Следующие упражнения выполняются с гантелями, вес которых 3 кг.

1. Взять гантели, опустить руки вниз и выполнить повороты влево и вправо. Повторить упражнение в каждую сторону 5-6 раз.

2. Провести сгибание и разгибание в лучезапястных суставах. Каждое движение выполнить 5-6 раз.

3. Взять гантели и вытянуть руки вперед. Выполнить повороты вправо и влево по 5-6 раз в каждую сторону. По 5-6 раз согнуть и разогнуть руки в лучезапястных суставах.

Требования к пациенту

Перед проведением сеанса массажа пациент должен принять теплый душ, а если это невозможно по каким-либо причинам, то достаточно будет помыть ноги и обтереть все тело влажным полотенцем.

При локальном (местном) массаже участок тела, на котором будет выполняться массаж, нужно протереть спиртом или одеколоном.

Во время сеанса массажа разрешается, чтобы на массируемом оставалось нижнее белье, но для достижения лучшего эффекта рекомендуется, чтобы кожа была открыта. Если по каким-то причинам это сделать невозможно, а также при значительном волосяном покрове на теле массируемого (чтобы не раздражать волосяные луковицы) массаж можно провести через тонкую чистую ткань из натуральных волокон.

Места повреждений кожи (ссадины, мелкие ранки, царапины) необходимо обработать йодом, бриллиантовой зеленью или клеем БФ-6. Во время массажа эти участки нужно обходить.

При некоторых кожных заболеваниях (лишай, экзема и др.) массаж производить нельзя.

При проведении массажа пациент должен принять наиболее удобное положение и постараться полностью расслабить мышцы. При несоблюдении этих условий массаж не даст желаемых результатов.

Одно из важнейших условий для правильного проведения массажа — устойчивое положение массируемой части тела. Когда прочная основа для массируемого участка тела отсутствует, то достичь полного расслабления мышц невозможно, т.к. пациенту приходится напрягать мышцы конечностей.

В результате многократных исследований было точно установлено, каковы должны быть углы сгибания и отведения, чтобы конечности приняли

среднефизиологическое положение. Если массируемый занимает положение лежа на спине, то для придания среднего физиологического положения необходимо отвести нижнюю конечность от вертикали на угол в 35 градусов и согнуть ее в коленном суставе под углом 45 градусов.

Путем отведения плеча от вертикальной плоскости на 45 градусов, сгибания предплечья в локтевом суставе под углом 110 градусов и сгибания кисти в лучезапястном суставе под углом 100 градусов достигается среднее физиологическое положение для мышц верхней конечности.

Если массируемый лежит на животе, чтобы добиться расслабления мышц нижней конечности, нужно подложить валик под голень. В зависимости от высоты массажного стола угол сгибания в коленном суставе может меняться от 25 до 40 градусов. Также на угол сгибания в коленном суставе влияет рост массажиста.

Чтобы добиться максимального расслабления мышц верхней конечности, массируемый должен принять такое исходное положение, при котором рука будет расположена вдоль туловища. Угол сгибания между предплечьем и плечом должен составить 110 градусов.

Средства, применяемые для массажа

Для профилактики и лечения различных заболеваний применяются специальные мази, которые положительно воздействуют на мышцы и ткани за счет содержащихся в них компонентов.

Противовоспалительные мази включают в себя ароматические масла, гепария, конский каштан, арнику, эфирные масла, гиалуронидазу. Гиперемирующие мази содержат никотиновую кислоту, метилсалицилат, камфору, капсицин, змеиный, а также пчелиный яды. Они воздействуют на расширение сосудов и активизируют мышечный кровоток.

Мази используются для снятия болей, скорейшего восстановления травмированных тканей и повышения температуры массируемых мышц и тканей.

При работе со спортсменами используются такие мази, как финалгон, дольпик, никофлекс, венорутон и др.

В их состав входят активные ингредиенты, которые хорошо всасываются сквозь кожу и проникают в кровеносные сосуды.

В целях профилактики и лечения травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата применяются противовоспалительные и гиперемирующие мази, которые используются в сочетании друг с другом.

При нанесении мазей на кожу нельзя забывать о тяжести травм и степени заболеваний опорно-двигательного аппарата. При острой травме в первые три дня можно использовать только гели, а в последующие дни должны сочетаться гиперемирующие и противовоспалительные мази. Сначала выполняется массаж с применением разогревающих мазей, после которого наносится противовоспалительная мазь, впоследствии фиксируемая повязкой.

В период острой травмы лучше всего применять гели, т. к. они охлаждают, но не раздражают кожу, а также снимают болевые ощущения. Во избежание гиперемии и дополнительного травмирования поврежденных тканей гель следует накладывать, а не втирать. После этого поврежденный участок следует обернуть тонкой Полиэтиленовой пленкой и зафиксировать мягкой повязкой.

Во время последующего наложения геля, остатки предыдущего нужно удалить ватным тампоном, а травмированный участок протереть спиртом и по прошествии 15-30 минут наложить повязку с гелем.

На 4-7 день, после того как снята острая боль, при выполнении массажа используются разогревающие мази.

При заболеваниях и травмах, связанных с опорно-двигательным аппаратом, мазь следует накладывать в небольшом количестве, т.к. процесс всасывания протекает медленно. После предварительного массажа с использованием разогревающей мази значительно увеличивается впитывание мази. Ее не рекомендуется наносить на слой геля, потому что он образует пленку, через которую мазь не сможет впитаться.

Чтобы мази впитывались быстрее, их следует сочетать с различными тепловыми компрессами: на слой мази необходимо наложить повязку, смоченную горячей водой или спиртом, обернуть тонкой полиэтиленовой пленкой и зафиксировать мягкой повязкой.

Следует соблюдать особую осторожность при использовании компрессов во время травм лучезапястного, голеностопного и др. суставов, т.к. они могут обострить боль и обжечь кожу. Также возможен ожог при использовании компрессов с разогревающими мазями, например финалгоном.

Нередки случаи аллергических реакций на разогревающие мази у спортсменов, они выражаются в покраснении кожи, припухлостях и пр. В связи с этим перед их использованием необходимо провести тест на чувствительность: небольшое количество мази втирается в кожу. Если по прошествии нескольких часов никаких изменений на коже не обнаружено, то ее можно применять. Часто аллергические реакции наблюдаются у тех спортсменов, которые продолжительный период пользовались какой-то мазью.

Впервые три дня, после получения травмы, применяются такие гели, как хирудоид, троксевазин-гель, опиноголь и др.

В последующие четыре дня разогревающие мази (капсодерма, дольпик, никофлекс) используются в сочетании с противовоспалительными мазями (мобилат, бруфен, хирудоид).

Клинически установлено, что после применения разогревающих мазей (слонц, рейневрол, никофлекс) возникает гиперемия кожи. Образуется она в результате впитавшихся компонентов и механического фактора.

Результатом увеличения скорости потребления кислорода клетками травмированных тканей являются снижение болей и активизация функций опорно-двигательного аппарата.

Успокаивающее и расслабляющее действие на травмированный участок оказывают активные компоненты, входящие в состав мазей. При их использовании значительно сокращаются сроки лечения.

Кремы и мази:

Анестезирующая жидкость состоит из ментола, новокаина, анестезина и спирта. Она используется при следующих заболеваниях: радикулит, миозит, а также при ушибах и растяжениях сумочно-связочного аппарата. На травмированный участок наносится небольшое количество жидкости, затем втирается массирующими движениями.

Апизартрон включает мети л сал иди лат, горчичное масло, пчелиный яд. Применяется при миозите, невралгии, ушибах, радикулите и др. На больной участок накладывается небольшое количество мази. После ее впитывания, которое происходит через 1-2 минуты, выполняется массаж. Массаж с использованием мази проводится от 1 до 3 раз в день. Если наблюдается большая чувствительность к препарату, то применение следует начинать с наименьшей дозы (до 1 г). При нормальной реакции на препарат дозу можно увеличить.

В состав бальзама «Санитас» входят: метилсалицилат, мелиссовое и эвкалиптовое масла, камфора, свиной жир или вазелин, скипидар.

Бом-бенге состоит из ментола, вазелина и метилсалицилата. Используется как и другие подобные мази.

Венорутон-гель используется при ушибах, острых травмах, отеках, тромбфлебите и др. Обладает охлаждающим эффектом, расслабляет мышцы, снимает болевые ощущения. Применяется следующим образом: на поврежденный участок гель наносится несколько раз в течение дня и фиксируется л связкой. При использовании Венорутон-геля противопоказаны тепловые процедуры!

Випратокс состоит из метилсалицилата, камфоры, змеиных ядов. Показан при таких заболеваниях, как артрит, периартрит, а также миозит, и повреждения сумочно-связочного аппарата, ушибы. Сначала мазь накладвается на поврежденный участок, а затем выполняется массаж.

Випросал включает салициловую кислоту, глицерин, парафин, вазелин, пихтовое масло, камфору, яд гюрзы. Небольшое количество мази наносится на болезненное место, после чего производится сеанс массажа.

В состав Вирапина входит большое количество пчелиного яда. Мазь используется при артритах, радикулитах, миозитах, ушибах. На больной участок накладвается небольшое количество мази, затем выполняется массаж продолжительностью 5-10 минут.

Геморид используется при геморрое. Мазь состоит из камфоры, ментола, адреналина, прокаина и активных веществ.

В 1 г гепариновой мази содержится 200 усл. ед. гепарина. Снимает отеки, рассасывает инфильтраты, оказывает антисептическое действие. Используется при тромбфлебите, лимфостазе, варикозном расширении вен, венозном отеке, язвах на голени, ушибах и воспалительных процессах. На болезненный участок накладвается мазь и фиксируется при помощи повязки.

Гимнастогал показан при бронхите, радикулите, артрите, люмбаго, миозите, растяжениях и ушибах сумочно-связочного аппарата и др. При бронхите наносится на область трудной клетки. Мазь оказывает хороший

тепловой эффект. На больную область наносится немного мази, затем выполняется массаж. По окончании массажного сеанса необходимо вымыть руки горячей водой.

Жидкость камфоцин, которая включает салициловую кислоту, настойку перца, камфору, скипидар, касторовое масло, используется при ушибах, растяжениях, миозитах и артритах.

Капситрин состоит из раствора аммиака, а также настоек стручкового перца и зверобоя. Применяется для лечения миозитов, радикулитов, ушибов и др.

В состав мази капсодерма входят капсацин, камфора, активные компоненты. Доказана при ишиасе, миозите, люмбаго, ревматоидном артрите, различных мышечных болях и растяжениях, а также бурейтах. Небольшое количество мази наносится на болезненный участок, и выполняется массаж. При экскориациях применение капсодермы противопоказано.

Лидокаин содержит в своем составе лидокаин и другие активные ингредиенты. Используется при травмах опорно-двигательного аппарата. При острых травмах в течение суток применяется многократно. На болезненное место накладывается мазь, затем она втирается.

Линимент перцово-камфорный состоит из камфорного спирта и настойки стручкового перца. Показан для растирания больных участков при ушибах, радикулите, миозите, а также невралгии.

Линимент сложноперцовый включает нашатырный спирт, настойку стручкового перца и мыло зеленое. Используется для лечения люмбаго, миозита, радикулита, ушибов и др. Применяется для растирания больных участков.

В состав массажного масла «Весима» входят компоненты из лекарственных трав. Оно различается по видам: Б, М, I, П, Y, К. Используется как обезболивающее средство при различных травмах и заболеваниях. Применяется следующим образом: небольшое количество масла наносится на больное место, после чего проводится сеанс массажа.

Мелливенон состоит из хлороформа, пчелиного яда и других активных компонентов. Показан при бурситах, артритах, миозитах, остеохондрозе, мышечных болях различного рода и др. Мазь накладывалась на болезненный участок, после чего выполняется массаж. После завершения массажного сеанса необходимо вымыть руки горячей водой с мылом. Использовать мелливенон при наличии на коже ссадин нельзя, также следует избегать попадания мази на слизистые оболочки. Мелливенон применяется и для проведения лечения ультразвуком.

Мазь ментоловая включает ланолин, ментол, метилсалицилат и желтый воск. Применяется при мышечных болях, артритах, ушибах и др.

В состав Миотона входят масла, лекарственные растения, активные компоненты. Мазь активизирует кровообращение, оказывает антисептическое действие, снимает боль. Существуют несколько видов миотона: А, В, С. Миотон-В используется перед спортивным состязанием или предстоящей физической нагрузкой. Он разогревает мышечные ткани. Миотон-А показан

после тренировки или соревнования. Благодаря разогревающему свойству он снимает мышечное напряжение. Так-же он используется при восстановительном массаже. При травмах различного характера, воспалительных процессах применяется Миотон-С. Он используется также перед и соревнованиями и тренировками. Следует избегать попадания данной мази на слизистые оболочки и ссадины.

Метилсалицилат обладает антисептическим действием, снимает боль, используется как в чистом виде, так и в смеси с жирными маслами и хлороформом — при радикулите, люмбаго, миолите.

Нефталгин представляет собой анальгезирующую эмульсию, которая содержит аналгин, кислоты кашалотового жира, метилсалицилат, нафталанскую нефть. Применяется при ушибах, растяжениях, радикулитах и др.

Нео-капсидерм состоит из камфоры, масел и других ингредиентов. Используется главным образом при различного рода повреждениях сумочно-связочного аппарата, а также ушибах, миозитах и люмбаго. Применяется данная мазь следующим образом: небольшое ее количество наносится на больной участок, после чего проводится сеанс массажа.

Никовен включает гепариноид, бензилникотин и активные компоненты. Показан при гематомах, варикозном расширении вен, растяжениях и ушибах. Небольшое количество мази накладывает на больное место, затем выполняется массаж. Вместо массажа можно наложить повязку.

Никодан состоит из гепарина и активных веществ. Он показан при хроническом бронхите, ревматизме, различного рода мышечных болях и растяжениях сумочно-связочного аппарата. Сначала на больной участок наносится небольшое количество мази, а затем выполняется массаж. Сеанс массажа можно заменить наложением повязки. Перед применением мази необходимо провести тест на чувствительность кожи к этому препарату.

В состав спортивного крема **Никофлекс** входят лавандовое масло, капсаicin, этилникотинад. Он используется при различных ушибах, мышечных болях, судорогах и т. д. Небольшое количество крема накладывает на больной участок, затем проводится сеанс массажа. Следует отказаться от применения никофлекса при йс-кариациях на коже.

Перклузон — анальгезирующая мазь. Ее применяют при ушибах, растяжениях, флебитах и тромбофлебитах, люмбаго и др. При использовании мази для лечения перечисленных заболеваний ее сначала наносят на болезненный участок, а затем фиксируют повязкой. При других заболеваниях ее применяют для выполнения массажа.

Пикарил-линимент содержит метилсалицилат, хлороформ, бензилникотин. Показан при травмах опорно-двигательного аппарата, радикулитах, миозитах и др. Перед тем как выполнить массаж небольшое количество мази наносится на больной участок. Применение пикарила при ссадинах противопоказано.

Реймон-гель состоит из активных компонентов. Он используется при растяжениях и ушибах, мышечных болях ревматического характера,

периартритах, ишиасе и др. Гель накладывается на больной участок и фиксируется повязкой.

Реоневрол включает камфору, метилсалицилат и активные вещества. Рекомендуются при ишиасе, неврите, радикулите и др. Способ применения: небольшое количество мази наносится на кожу, а затем выполняется массаж.

Репарил-гель состоит из гепарина, конского каштана, которые способствуют снижению болевых ощущений. Активные компоненты, входящие в состав геля, быстро проникают в кожу и оказывают охлаждающий эффект, снижают количество накопившейся воды в тканях и отеки, снимают боль и оказывают разогревающее и антисептическое действия. Гель применяется при воспалительных процессах различного характера, лимфостазе, отеках. Небольшое его количество наносится на болезненный участок и фиксируется повязкой. При острой травме необходимо накладывать повязку с гелем многократно.

Спортивный крем Рихтофит-спорт (Венгрия) содержит экстракты лекарственных растений, масла и другие активные компоненты. При использовании крема во время массажа достигается эффект релаксации мышц, регенерации кожи, а также снимается воспаление. Крем показан при ушибах, растяжениях, миозитах, миалгиях и др. Он наносится на травмированный участок и втирается.

Троксевазин-гель состоит из активных компонентов и оказывает антисептическое и обезболивающее действия. Используется при посттравматическом синдроме, венозной недостаточности, отеках. Применяется следующим образом: небольшое количество геля накладывается на болезненное место и фиксируется повязкой.

Финалгон содержит из 2,5% бутоксиэтилового эфира никотиновой кислоты и 0,4% ванилиламида ноиловой кислоты. Рекомендуются при артрите, люмбаго, неврите, ревматической боли в суставах и мышцах, нарушении кровообращения, радикулитах. Мазь наносится на больной участок кожи и тщательно втирается. Применение мази следует начинать с минимальных количеств. Не следует использовать мазь при гиперчувствительной коже. Нужно избегать попадания мази на слизистые оболочки и поврежденные участки кожи, ссадины. По окончании сеанса массажа следует тщательно вымыть руки горячей водой с мылом.

Элакур является антиревматическим средством. В его состав входят капсаicin, пропилникотинат, метилсалицилат и другие активные компоненты, вызывающие гиперемию кожи. Он показан при миозитах, люмбаго, артритах и миогелозах. На травмированный участок кожи накладывается небольшое количество мази и выполняется массаж.

Эфкамон содержит метилсалицилат, гвоздичное и эвкалиптовое масла, камфору, ментол и другие ингредиенты. Он оказывает обезболивающее действие и применяется при ушибах, люмбаго, миозитах и радикулитах. Способ применения: на больной участок наложить немного мази и выполнить массаж.

Физиологическое действие массажа на организм человека

Массаж оказывает разнообразное физиологическое воздействие на организм. Субъективные ощущения во время, а также после массажа, при правильном выборе массажных приемов и методике их применения, дозировки выражаются в появлении ощущения приятного тепла во всем теле, улучшении самочувствия и повышении общего тонуса. При неправильном применении массажа могут возникнуть общая слабость, чувство разбитости и другие отрицательные общие и местные реакции. Такие явления нередко наблюдаются при передозировке массажных движений даже у здоровых людей, но особенно у лиц пожилого возраста, у которых ткани обладают повышенной чувствительностью.

Воздействие массажа на кожу:

Массируя кожу, мы воздействуем на все её слои, на кожные сосуды и мышцы, на потовые и сальные железы, а также оказываем влияние на центральную нервную систему, с которой кожа неразрывно связана.

Массаж оказывает многообразное физиологическое воздействие на кожу: она очищается от отторгающихся роговых чешуек эпидермиса, а вместе с ними от посторонних частиц (пыль и др.), попавших в поры кожи, и микробов, обычно находящихся на поверхности кожи; улучшается секреторная функция потовых и сальных желез и очищаются их выводные отверстия от секрета; активизируется лимфо- и кровообращение кожи, устраняется влияние венозного застоя, усиливается кровоснабжение кожи и, следовательно, улучшается ее питание, в результате чего бледная, дряблая, сухая кожа делается розовой, упругой, бархатистой, значительно повышается ее сопротивляемость к механическим и температурным воздействиям; повышается кожно-мышечный тонус, что делает кожу гладкой, плотной и эластичной; улучшается местный и общий обмен, так как кожа принимает участие во всех обменных процессах в организме.

Воздействие массажа на подкожножировой слой:

На жировую ткань массаж действует опосредованно, через общее воздействие на обмен веществ. Повышая обменные процессы в организме, усиливая выделение жира из жировых депо, массаж способствует «сгоранию» жиров, находящихся в избыточном количестве в жировой ткани. Надо отметить, что массаж для похудения проводят длительными курсами (минимум 15 сеансов) и сочетают с физическими упражнениями.

Воздействие массажа на мышцы и суставы.

Под влиянием массажа повышается эластичность мышечных волокон, их сократительная функция, замедляется мышечная атрофия, а также уменьшается уже развившаяся гипотрофия. Массаж способствует повышению работоспособности мышц, при этом ускоряется восстановление работоспособности после усиленной физической нагрузки. Даже при кратковременном массаже (в течение 3-5 минут) лучше восстанавливается функция утомленных мышц, чем во время отдыха в течение 20-30 минут.

Массаж оказывает существенное влияние на суставы. Под действием массажа улучшается кровоснабжение сустава и периартикулярных тканей, укрепляется суставно-связочный аппарат сустава, ускоряется рассасывание суставного выпота, а также патологических отложений в периартикулярных тканях.

Воздействие массажа на нервную систему:

Нервная система первая воспринимает действие массажа, т.к. в коже находится огромное количество нервных окончаний. Изменяя силу, характер, продолжительность массажа, можно снижать или повышать нервную возбудимость, усиливать и оживлять утраченные рефлексы, улучшать трофику тканей, а также деятельность внутренних органов.

Глубокое влияние оказывает массаж на периферическую нервную систему, ослабляя или прекращая боли, улучшая проводимость нерва, ускоряя процесс регенерации при его повреждении, предупреждая или уменьшая вазомоторные чувствительные и трофические расстройства. При нежном медленном поглаживании снижается возбудимость массируемых тканей, и это оказывает успокаивающее воздействие на нервную систему, при энергичном и быстром поглаживании повышается раздражительность массируемых тканей. Очень важна для воздействия на нервную систему атмосфера проведения массажа, теплый воздух, приглушенный свет, приятная спокойная музыка помогают усилить лечебный эффект массажа.

Воздействие массажа на кровеносную и лимфатическую систему:

Массаж вызывает расширение функционирующих капилляров, раскрытие резервных капилляров, благодаря чему создается более обильное орошение кровью не только массируемого участка, но рефлекторно и внутренних органов, в результате чего происходит усиленный газообмен между кровью и тканью (кислородная терапия). В покое в 1мм² поперечного сечения мышцы работает 31 капилляр, а после массажа их количество увеличивается до 1400! Раскрытие резервных капилляров под влиянием массажа способствует улучшению перераспределения крови в организме, что облегчает работу сердца.

Большое влияние оказывает массаж на циркуляцию лимфы. Лимфоток происходит очень медленно - 4-5 мм в секунду, однако скорость течения очень изменчива и зависит от разных факторов. Под влиянием массажных движений - поглаживанием в центроостремительном направлении - кожные лимфатические сосуды легко опорожняются и ток лимфы ускоряется. Кроме прямого влияния на местный лимфоток, массаж оказывает рефлекторное воздействие на всю лимфатическую систему, улучшая тоническую и вазомоторную функции лимфатических сосудов.

Воздействие массажа на обмен веществ:

Массаж оказывает разнообразное влияние на обменные процессы. Под влиянием массажа усиливается мочеотделение. В крови увеличивается количество гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитов. Массаж не вызывает в мышцах увеличения количества молочной кислоты, а также органических кислот, накопление которых ведет к развитию ацидоза. Этим объясняется

благоприятное воздействие на утомленные мышцы. Усиливая обмен веществ, массаж способствует уменьшению жировых отложений.

Влияние массажа на дыхательную систему.

Проведение на грудной клетке таких массажных приемов, как поколачивание, рубление, растирание межреберных промежутков, вызывает углубление дыхания. Рефлекторное углубление дыхания под влиянием энергичного массажа наблюдается главным образом у нетренированных людей.

Для практики спортивного и лечебного массажа представляют определенный интерес рефлекторные связи легких с другими органами. Длительный массаж грудной клетки улучшает дыхательную функцию. Растирания разминания мышц спины, шейных и межреберных мышц, а также области прикрепления диафрагмы к ребрам снимают утомление дыхательной мускулатуры. Массаж может, кроме того, оказать влияние на гладкую легочную мускулатуру по механизму образования условных рефлексов.

Основные правила массажа

- Массаж начинается и заканчивается поглаживанием.**
- Все приемы массажа чередуются с поглаживанием.**
- Поглаживание выполняется по направлению тока лимфы к лимфоузлам.**
- Лимфоузлы массировать нельзя.**
- Мышцы пациента во время массажа должны быть максимально расслаблены.**
- Массажные приемы должны выполняться ниже порога болевых ощущений пациента.**
- Между массажными приемами не должно быть пауз.**

Порядок применения массажных приемов: поглаживание; растирание; разминание, выжимание, потряхивание, валяние, активные и пассивные движения, ударные, встряхивание. При выполнении любого приема необходимо соблюдать определенный ритм, темп движений и силу давления (сдавливания). Массировать следует ближние конечности и дальние участки на туловище (в области шеи, спины, таза, грудной клетки и косых мышц живота).

Массажные приемы

Типы (группы приемов):

Поглаживание – это легкий поверхностный прием, выполняемый ладонной поверхностью предельно расслабленной кисти, при котором массирующая рука мягко скользит по коже, не сдвигая ее в складки.

С этого приема начинается и заканчивается массаж, им также заполняются промежутки между другими приемами, что дает своеобразную «передышку» и момент отдыха для работающих групп мышц рук массажиста, то есть, он является «приемом – связкой». Поглаживание является первым контактом между руками массажиста и телом пациента. Этим моментом определяется первоначальное восприятие сеанса массажа, создается положительный эмоциональный фон и внутренний комфорт пациента.

Техника поглаживания определяется целями и задачами массажа. Основное специфическое физиологическое влияние при выполнении поглаживания - это воздействие через кожный покров на центральную и периферическую нервную систему, а также создание поверхностного лимфотока. «При медленном мягком проведении приема снижается возбудимость нервной системы, то есть, проявляется ярко выраженный успокаивающий эффект. Такой характер поглаживания позволяет снять или снизить болезненность при травмах и заболеваниях нервно-мышечной системы» (А.М. Тюрин, В.И. Васечкин). «Поглаживание снимает напряжение нервной системы, а при продолжительном применении действует обезболивающе. В рефлекторных областях (шейно-затылочной, верхнегрудной, подлопаточной, области живота и др.) оно оказывает рефлекторно-терапевтическое воздействие на патологически измененную деятельность различных тканей и внутренних органов» (А.А. Бирюков). «В спортивной практике поглаживание используется широко, особенно при повышенной возбудимости, в восстановительном сеансе массажа сразу после психофизических нагрузок». При выполнении приема в медленном темпе определенных рефлексогенных зон поглаживание обладает снотворным эффектом, усиливая действие рефлекторно - сегментарного массажа. Поглаживание незаменимо при головных болях. При выполнении приема поглаживание необходимо ясно представлять основное физиологическое действие приема, не путать с второстепенными и незначительными влияниями на другие физиологические функции. Это избавляет начинающего массажиста от ошибок в сеансе массажа. Поглаживание преимущественно влияет на ЦНС и периферическую нервную систему, а также поверхностный лимфоток.

Поглаживание - важный диагностический прием на предмет определения общей и обследования местной и очаговой температуры, а также состояния перевозбуждения организма.

Виды поглаживания, техника исполнения

Из всех разновидностей приема поглаживания, известных в литературе по массажу, в качестве основных приемов, выделим следующие виды поглаживания: плоскостное поверхностное и обхватывающее поглаживание.

Плоскостное поверхностное поглаживание

Мягкий, шадящий прием, который выполняется ладонной поверхностью руки или пальцев, таким образом, чтобы плоскость кисти массажиста принимала форму изгибов массируемой поверхности, что достигается за счет полного расслабления кисти. Применяется на всех массируемых поверхностях тела. Плоскостное поверхностное поглаживание - это вводное поглаживание в

сеанс. По своей сути выполнение этого вида приема сводится к мягким и нежным произвольным по форме и направлениям поглаживаниям. Основное физиологическое действие при выполнении плоскостного поверхностного поглаживания - это седативное успокаивающее и обезболивающее воздействие на центральную нервную систему.

Обхватывающее поглаживание

Ладонь руки плотно, равномерно прилегая к массируемой части тела, скользит по ее поверхности, по возможности строго приспосабливаясь ко всем анатомическим контурам. Большой и остальные четыре пальца при обхватывающем поглаживании должны представлять собой вместе с ладонью желоб. Концы пальцев при массаже, проникая в межмышечные промежутки и скользя вдоль них, оказывают непосредственное влияние на мелкие и крупные лимфатические сосуды, заложенные в межмышечных щелях.

Плоскостное поверхностное и обхватывающее поглаживание может выполняться в следующих вариантах:

Одной рукой

Двумя руками (одновременно, попеременно, комбинировано)

При этом вышеуказанные виды поглаживания комбинируются со следующими направлениями движений рук: прямолинейное, зигзагообразное, спиралевидное, кругообразное.

а) Прямолинейное поглаживание

«Расслабленная кисть движется передним ходом (движение вперед большим и указательными пальцами) большой палец отведен от 4-х и обращен вперед, а остальные скользят поперек массируемого участка». При обхватывающем поглаживании ладонная поверхность должна плотно прилегать к коже. При этом пальцы от 2-го до 5-го сомкнуты, большой палец отведен и расположен на противоположной стороне массируемой области. Сила давления должна быть такой, чтобы рука могла свободно скользить по коже, не причиняя неприятных ощущений и боли (А.А. Бирюков 1979г.).

б) Зигзагообразное поглаживание

Зигзагообразное поглаживание выполняется главным образом на длинных мышцах. Возможно выполнение приема обратным ходом.

в) Спиралевидное поглаживание

Мягкое, плавное поглаживание без отрыва руки от поверхности тела, производит движение по форме напоминающее спираль.

г) Кругообразное поглаживание

Производится аналогично спиралевидному, но рука массажиста на каждый спирали проводит 1 -2 дополнительных круга, затем мягкое прямолинейное продвижение и цикл повторяется.

Поглаживание (плоскостное поверхностное, обхватывающее) может выполняться (повторяюсь умышленно):

одной рукой

двумя руками: одновременно, попеременно, комбинировано

а) Одновременное поглаживание

Техника и методика исполнения аналогична выполнению приема одной рукой за исключением того, что две руки двигаются одновременно. Прием выполняется на больших, широких поверхностях. «Следует помнить, что при возвращении рук в исходное положение, для создания непрерывности воздействия, кисти скользят по коже» (А.А. Бирюков).

б) Попеременное поглаживание

Работают обе руки массажиста, но попеременно, то есть, одна рука еще не заканчивает движение, другая уже начинает. Таким образом, одна рука массажиста всегда имеет контакт с массируемой областью

в) Комбинированное поглаживание

Практически, это комбинация всех видов поглаживания с различными направлениями движений (прямолинейное, зигзагообразное, спиралевидное, кругообразное). Приемы комбинированного поглаживания очень эффективны, создают разнообразие и свежесть ощущений у пациента, позволяют избежать заштампованности в сеансе массажа. Естественно, выполняются двумя руками, попеременно. Один из возможных и часто используемых вариантов описывает А.А. Бирюков: «Комбинированное поглаживание представляет собой видоизмененное попеременное поглаживание: одна рука делает зигзагообразное движение, а другая прямолинейное».

Вспомогательные виды поглаживания: щипцеобразное, граблеобразное, гребнеобразное, глажение, концентрическое, поглаживание пальцами, выжимающее поглаживание (с отягощением).

Щипцеобразное поглаживание

«Выполняется щипцеобразно сложенными пальцами, чаще первым и вторым, третьим или только первым и вторым пальцами. Применяется при массаже кисти, стопы, сухожилий, небольших мышечных групп, лица, ушных раковин, носа» (В.И. Васичкин).

Саркизов-Серазини рекомендует проводить прием следующим образом: брюшко мышцы захватывают между большим и указательным или большим и остальными четырьмя пальцами, и в том же положении производят поглаживание от начала мышцы до места ее прикрепления.

Граблеобразное поглаживание

Производится граблеобразно расставленными пальцами одной или обеих кистей, под углом к массируемой поверхности от 30 до 45 градусов. Применяется в области волосистой части головы, межреберных промежутков, на участках тела, когда необходимо обойти места с повреждением кожи» (В.И. Васичкин).

Гребнеобразное поглаживание

«Выполняется костными выступами основных фаланг полусогнутых в кулак пальцев одной или двух кистей. Применяется на крупных мышечных группах в области спины, таза, на подошвенной поверхности стопы, ладонной поверхности кисти и там, где сухожильные влагалища покрыты плотным апоневрозом» (В.И. Васичкин).

Глажение

«Выполняется тыльными поверхностями согнутых под прямым углом в пястно-фаланговых суставах кисти, одной или двумя руками. Применяется на спине, лице, животе, подошве, иногда с отягощением» (В.И. Васичкин).

Поглаживание пальцами

«Применяется в основном на пальцах, кисти, стопе и небольших по объему мышцах, в косметическом и сегментарном массаже»

Концентрическое поглаживание

Обе руки кольцеобразно охватывают массируемый участок как можно ближе друг к другу ладонями вниз с далеко отставленными большими пальцами и производят попеременно каждая в свою сторону круговые поглаживания. Выполняется в области крупных суставов (коленного, голеностопного, плечевого, локтевого). Со слов А.А. Бирюкова прием очень эффективен при травмах, заболеваниях суставов, а также представляет собой хорошее средство в спортивном массаже от травм в холодную погоду.

Выжимающее поглаживание

Является переходным приемом-связкой от поглаживания к выжиманию. Техника исполнения аналогична, как и при обхватывающем поглаживании, однако с гораздо большим усилием, возможно с отягощением другой рукой. При этом в отличие от всех видов поглаживания возможно сдвигание и смещение кожи в складку перед движущейся рукой. По физиологическому воздействию в сравнении с другими видами поглаживания прием многократно усиливает лимфоток. Прием выполняется строго по ходу лимфатических сосудов по направлению к ближайшим лимфатическим узлам, однако без применения жирных мазей, растирок, при использовании которых выжимающее поглаживание автоматически переходит в прием выжимание. Возможно применение талька, либо выполнение прием на «сухую» кожу. Основное внимание при выполнении должно уделяться прилагаемому усилию к коже, которое не должно вызывать тянущее и режущее болевое ощущение. Темп движения более медленный по сравнению с другими разновидностями поглаживания, направление движения строго прямолинейное. На мелких мышцах прием может выполняться какой-либо частью кисти, аналогично приему выжимание.

Растягивающее поглаживание

Поглаживание с натяжением кожи. Техника выполнения, как и при поглаживании пальцами, с той разницей, что при поглаживании пальцами проводится нежное, мягкое скольжение по коже, при растягивающих поглаживаниях производится скольжение по коже с натяжением. Прием оказывает рефлекторное воздействие на организм. Массаж выполняется с большим давлением, которое осуществляется пальцами. Угол наклона при постановке пальцев к ткани и тем самым интенсивность давления определяется в зависимости от состояния тканей. Никогда не должно наступать режущего ощущения. При появлении его массаж должен быть приостановлен, после чего может быть продолжено поглаживание.

Крестообразное поглаживание

Прием описан И.М. Саркизовым-Серазини, предназначен для выполнения на крупных суставах. Для крестообразного поглаживания кисти рук сцепляются пальцами в замок и, обхватывая массируемый участок, производят поглаживание одновременно ладонными поверхностями. При выполнении приема на плечевом суставе рука массируемого лежит на плече массажиста.

Поглаживания. Методические указания

Поглаживанием начинается и оканчивается сеанс массажа. Поглаживание является приемом-связкой, им заполняют промежутки между другими приемами, что позволяет дать момент отдыха и передышку работающим мышцам рук массажиста.

Во время проведения поглаживания необходим постоянный контакт рук массажиста с кожей пациента. Отрыв рук нежелателен и сводится к минимуму следующим образом: при окончании движения поглаживания, возвращая руки в исходное положение, массажист пальцами слегка касается поверхности кожи, не прерывая с ней контакт.

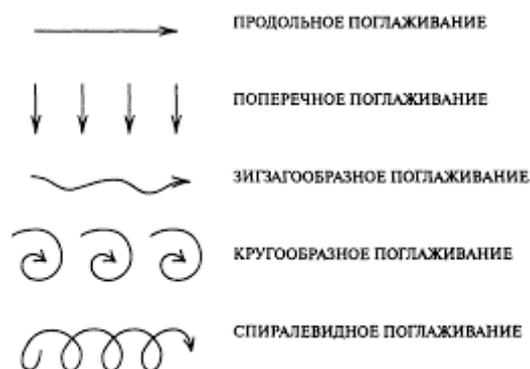


Рис. 5. Направление движений при приеме поглаживание

Прием выполняется максимально расслабленными руками. Исключение составляют растягивающее поглаживание и выжимающее с отягощением, при котором, кисть контактирующая с поверхностью тела, полностью расслаблена и осуществляет исключительно сенсорную, т.е. осязательную функцию, а вторая рука выполняет роль дозированного силового отягощения. При этом все внимания должно быть уделено тому, чтобы не допускать у пациента режущих и тянущих болевых ощущений. Это относится ко всем приемам поглаживания без исключения.

При проведении всего сеанса массажа, так и в момент выполнения поглаживания, тело и мышцы пациента должны быть максимально расслаблены. Прием должен захватывать максимальную, либо оптимальную площадь обрабатываемой поверхности, без пропусков не массируемых тканей.

Поглаживание выполняется медленно, плавно и ритмично, с разной степенью надавливания на массируемую поверхность. Тюрин А.М. и Васичкин В.И. рекомендуют проводить поглаживание в темпе 24-26 движений в минуту. Скорость продвижения массирующей кисти, например, по области бедра, в среднем равна 2 секунды, причем, на сгибательной поверхности прием

проводится глубже. Темп движения зависит от поставленной задачи в сеансе и особенностей состояний пациента. При необходимости темп поглаживания определяется ритмом дыхания пациента и выполняется на выдохе.

В начале сеанса используют плоскостное поверхностное поглаживание, затем обхватывающее, которое постепенно переходит в более глубокое выжимающее поглаживание. Плоскостное поверхностное поглаживание можно проводить как по ходу лимфотока, так и против него, а остальные виды поглаживания - только по ходу лимфотока до ближайших лимфатических узлов.

При отеке тканей, нарушении кровообращения, припухлости все поглаживания проводят по отсасывающей методике, то есть, прием следует проводить выше пораженного участка, чтобы освободить путь для продвижения лимфы из нижележащих участков. Так, при отеке коленного сустава надо массировать сначала бедро, а потом уже переходить к верхней границе отека и далее к пораженному суставу. Все движения - по направлению к паховым лимфатическим узлам.

Растирание – массажный прием, при котором руки массажиста перемещаются по коже с трением, при этом перед рукой массажиста образуется кожная складка. Выполняется быстро.

На нервную систему растирание действует возбуждающе, снижает болевой порог чувствительности кожи. Воздействует на кожу, подкожную клетчатку, усиливает кровообращение, вызывает гиперемию, стимулирует обмен веществ в коже и подкожной клетчатке.

Повышает тонус кожи, препятствует образованию морщин, целлюлита. Растягивает рубцы, спайки, способствует их рассасыванию.

Обязательно используется в вводной части; в основной части на каждом участке перед разминанием, т.к. растирание препятствует образованию гематом, притупляет чувствительность к боли. Если после массажа остались гематомы, значит, массажист недостаточно выполнил растирание.

Прием растирания проводится ребром ладони, ладонью, кулаком, предплечьем и подушечками пальцев.

Растирание подушечками 4 пальцев. Прием выполняется подушечками 4 сомкнутых, слегка согнутых пальцев при опоре на большой палец и основание кисти. Пальцы можно слегка расставить, совершая движения по спирали, по кругу или поступательно - вперед-назад.

Растирание подушечкой большого пальца. Этот прием выполняется подушечкой большого пальца при опоре на 4 максимально отведенные в сторону остальные пальцы. Движение большого пальца может быть прямолинейным, спиралевидным, круговым.

Растирание основанием и краями ладони. При выполнении этого приема кисть слегка разогнута, 4 пальца чуть согнуты и приподняты над кожей. Движения кисти поступательные: вперед-назад, спиралевидные или круговые.

Растирания можно выполнять также локтевым краем кисти - круговыми и спиралевидными движениями.

Пиление выполняется локтевым краем кистей, расположенных параллельно друг к другу на расстоянии 2 см и двигающихся в противоположных направлениях. Мягкие ткани должны протираться между ладонями.

Пересекание применяется на округлых поверхностях (шея, ягодицы, боковые поверхности туловища). Выполняется лучевыми краями кистей при максимальном отведении I пальца. Кисти располагаются параллельно и движутся в противоположных направлениях.

Растирание фалангами 4 пальцев. Этот прием выполняется тыльной стороной средних фаланг 4 пальцев, слегка сжатых в кулак. При таком довольно жестком воздействии на мышцу она как бы придавливается к кости. Большой палец упирается в массируемый участок, помогает фиксировать кисть и передвигать ее вперед. Движения кисти могут быть поступательными: вверх-вниз, спиралевидными или круговыми.

Смещение массажный прием, при котором руки смещают кожу, абсолютно не проскальзывая по ней. Направление движений не имеет значения, т.к. смещение выполняется на ограниченном участке тела.

Почти не воздействует на нервную систему. Оказывает местное обезболивающее действие.

Воздействует на подкожную клетчатку. Способствует рассасыванию рубцов и спаек, предупреждает их развитие. Способствует устранению отеков (в поверхностных тканях). Мало влияет на общее кровообращение.

Используется в вводной части; в основной части – при целлюлите, ожирении, рубцах, спайках, контрактурах; при массаже суставов.

Используются когда противопоказаны другие приемы (гипертония, нарушение ритма сердца, болевые синдромы).

Это один из главных приемов сегментарного массажа.

Выжимание – массажный прием, при котором руки скользят по коже. Выполняется как растирание, но медленнее и с большей силой. Прием проводится строго по ходу вен и лимфатических сосудов.

Оказывает слаботонизирующее действие на нервную систему, воздействует на лимфатическую систему, вены, подкожную клетчатку, на отечные мышцы.

Выдавливая жидкость скопившуюся в тканях, массажист данным приемом улучшает местное кровообращение, стимулирует обменные процессы, оказывает обезболивающее действие. Если кровообращение нарушено, то нарушается микроциркуляция, тканевое дыхание и, следовательно, нарушаются обменные процессы.

Благодаря данному приему повышает тонус кожи и мышц (профилактика дряблости кожи).

Используется в вводной части (убираются отеки); в основной и заключительной части выполняется неоднократно при массаже ног. В спортивном массаже после и между соревнований – удалить шлаки, молочную кислоту. В лечебном массаже при отеках (сердечных: сердечная

недостаточность, пороки сердца; почечных: пилонефрит; эндокринных: надпочечники). Делается от периферии к центру.

Разминание - это массажный прием, при котором руки массажиста захватывают мышцу, не проскальзывая по коже.

Этот прием способствует пассивной гимнастике сосудов и мышц. При выполнении разминания массируемую мышцу захватывают, приподнимают и оттягивают, сдавливают и как бы отжимают. И если предыдущие приемы оказывали влияние на кожу (поглаживание), подкожно-жировой слой и поверхностный слой мышц (растирание), то разминание влияет на состояние глубоких слоев мышц. При разминании тонус мышц повышается, они становятся сильными и упругими, значительно улучшается кровоснабжение не только массируемого участка, но и близлежащих. Этот прием усиливает также сократительную способность мышц.

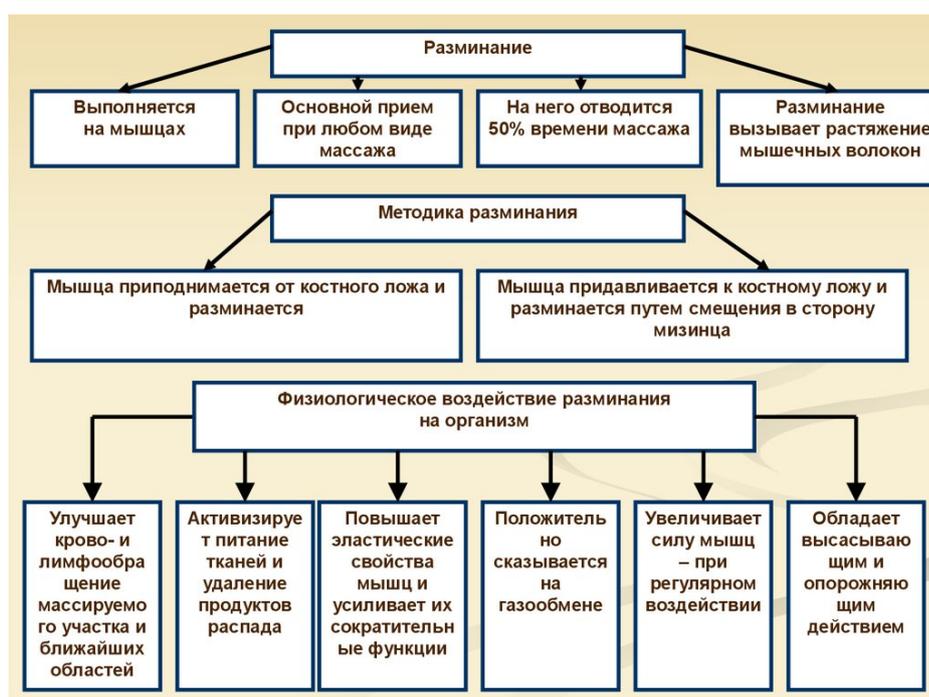


Рис. 6. Разминание как основной массажный прием

Разминание проводят в различных направлениях одной или двумя руками:

а) на небольших поверхностях - ладонной поверхностью ногтевых фаланг I и II пальцев (т. е. как бы кончиками пальцев);

б) на крупных мышцах - всеми пальцами.

Одинарное разминание выполняется одной рукой. Плотно обхватив массируемую мышцу ладонью (с одной стороны мышцы располагается большой палец, а с другой - все остальные), ее приподнимают, сдавливая между пальцами и совершая поступательные движения вперед или в сторону мизинца. При отрыве и сдавливании мышцы не должно быть просвета между ладонной поверхностью кисти и кожей мышцы. Первое движение напоминает отжатие губки. При втором - мышца как бы отрывается от костного ложа, сдавливается, вращается в сторону мизинца и таким образом продвигается по спирали вперед.

Движение выполняется вдоль мышцы, поэтому его называют еще и продольным.

Разминание двумя руками ("двойное кольцевое" или поперечное) выполняют следующим образом. Массажист плотно обхватывает массируемую мышцу двумя руками так, чтобы они находились в одной плоскости под углом 45° к поверхности тела больного. Все пальцы охватывают массируемую поверхность, но одна рука оттягивает, отжимает ткани от себя, а другая тянет их к себе. Затем направление движения рук меняется на противоположное. Массажные движения должны быть мягкими, без рывков и немного напоминать замешивание теста.

Этот прием выполняется медленно, плавно, не должно быть перекручивания мышц и боли. Разминание всегда чередуется с поглаживанием и выполняется по ходу лимфотока.

Щипцеобразное разминание выполняется с одной стороны большим, а с другой - остальными пальцами (они принимают форму щипцов); мышца захватывается, оттягивается кверху, а затем разминается между пальцами. На мелких мышцах (пальцах рук, ног) работают 2-3 пальца. Техника выполнения такая же, как при продольном и поперечном разминании.

Валяние применяется на конечностях, преимущественно для снижения мышечного тонуса при гипертонусах. Параллельно установленными ладонями плотно охватывают конечность и производят движение в противоположных направлениях.

Сдвигание выполняется большими пальцами с одной стороны и всеми остальными - с другой. Подлежащие ткани приподнимаются, захватываются в складку с образованием мышечного валика, который затем прокатывается в любом направлении.

Пощипывание выполняется большим и указательным пальцами (или большим и всеми остальными) одной или обеих рук. Мышечная ткань при этом захватывается и оттягивается кверху. Движение выполняется энергично и способствует повышению мышечного тонуса при гипотониях.

Надавливание – массажный прием, при котором сила рук массажиста направлена вглубь тканей. Прием выполняется большим пальцем, локтем. Надавливание – разновидность точечного массажа.

Надавливание используется для повышения мышечного тонуса при гипотониях. Массажист плотно прижимает ладонь к коже и постепенно увеличивает давление с задержкой до 3-5 секунд в конечной точке. Затем также постепенно уменьшает силу давления. Надавливания можно проводить и более энергично. Прием выполняют подушечками пальцев, тылом кисти или кулаком, установленным плашмя.

Этим приемом снимают болевую чувствительность, улучшают трофику тканей, улучшают иннервацию внутренних органов.

Ударные - массажный прием, при котором кисти массажиста совершают ударные движения по коже пациента. Прием выполняется быстро.

Различают несколько видов ударных приемов: рубление, похлопывание и поколачивание.

Рубление. Выполняется локтевыми краями кистей, установленных параллельно, на расстоянии 2-3 см друг от друга под углом 20-30°. Кисти расслаблены. 4 пальца чуть растопырены и согнуты. Движения кистей происходят в противоположных направлениях со скоростью 80-120 ударов в минуту. Рубление производят по ходу мышечных волокон.

Похлопывание. При правильном выполнении приема должен быть слышен глухой звук. Похлопывание осуществляют ладонной поверхностью кисти (большой палец прижат) при слегка согнутых пальцах. Кисть принимает форму коробочки. Прием выполняют одной или двумя руками попеременно в противоположных направлениях.

Поколачивание. Выполняется кулаком плашмя, а на небольших участках (на кисти, на тыльной поверхности стопы) - подушечками пальцев.

Вибрационные приемы

Вибрация - это передача массируемому участку тела колебательных движений, производимых равномерно, но с различными скоростью и амплитудой. Выполняется ладонной поверхностью, ногтевыми фалангами одного пальца, большого и указательного или указательного, среднего и безымянного, большого и остальных пальцев. Колебательные движения, выполняемые с большой амплитудой и частотой колебаний до 120 движений в минуту, будут повышать мышечный тонус, а с частотой более 120 и с небольшой амплитудой - снижать мышечный тонус. Иначе говоря, слабая вибрация повышает тонус мышц, а сильная - снижает. Вибрация оказывает сильное и разнообразное воздействие на глубоко расположенные ткани. Движения рук массажиста должны быть нежными, мягкими, безболезненными.

Лабильная вибрация выполняется кистью. Ею совершают колебательные движения, двигаясь в любом направлении по массируемой области. Если вибрация продолжается не менее 10 секунд, она называется непрерывистой. Если время воздействия менее 10 секунд, а руки периодически отнимают от тела, то это будет прерывистая вибрация. Непрерывистая вибрация включает приемы сотрясения, потряхивания и встряхивания (для снижения мышечного тонуса), прерывистая - рубление, похлопывание, стегание, пунктирование (для повышения мышечного тонуса).

Направление движений при колебаниях, в основном, справа - налево и только на животе, при массаже определенных органов - сверху-вниз (подталкивание).

Стабильная вибрация выполняется на месте подушечкой одного или нескольких чуть согнутых пальцев (точечная вибрация).

Сотрясение. Массажист захватывает пальцами мышцу за брюшко (середину), чуть-чуть оттягивает ее и кистью сотрясает с требуемой частотой. Прием используется при массаже конечностей.

Потряхивание. Этот прием также выполняется на конечностях и на крупных мышцах (например, на широчайшей мышце спины). Мышцу захватывают между первым и пятым пальцами, три остальных пальца расположены над кожей. Кисть выполняет колебательные движения из стороны в сторону от одного конца мышцы к другому (от нижнего отдела к верхнему).

Встряхивание. Массажист берет двумя руками кисть или стопу пациента и выполняет колебательные движения всей руки или ноги сверху-вниз или справа-налево.

Часть руки, которой можно массировать

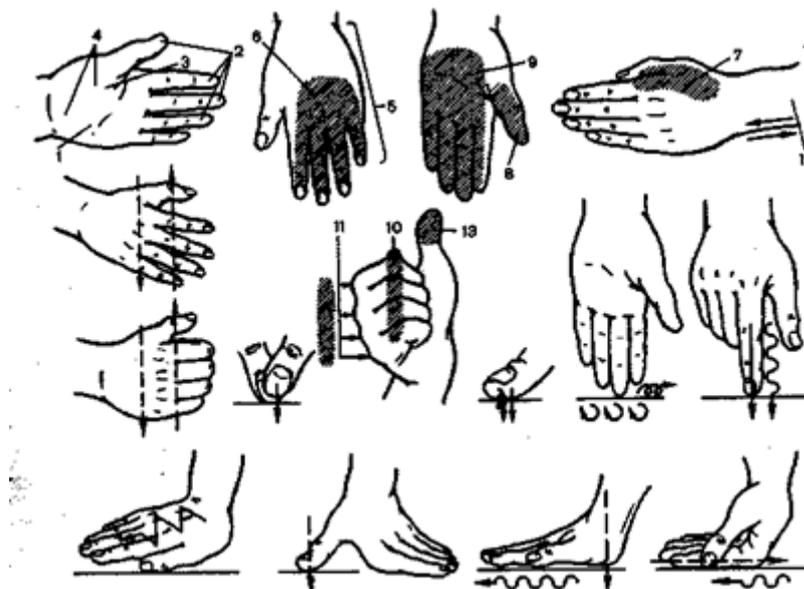


Рис. 7. Часть руки, которой можно массировать

Патологии мышц

В норме мышца мягкая, однородная, эластичная, не хрустит, без уплотнений, безболезненна.

Миозит – воспалительное заболевание мышц, которое характеризуется повышением температуры, резкой болезненностью, в анализе крови наблюдается повышенное количество лейкоцитов, СОЭ, тяжелым общим состоянием.

Миопатоз – заболевание мышц невоспалительного характера.

Миопатия – не воспалительное заболевание мышц с невыясненной этиологией (миопатия Дюшена – мышцы становятся слабые, теряют силу, причина часто неизвестна; Эрба-Рота – миопатия юношеская).

Миома – мышечная опухоль (доброкачественная). Опасно, если мышца, увеличиваясь, сдавливает сосуды.

Миалгия – субъективные ощущения боли в мышцах (миопатия, миозит, миопатоз, перетренированность).

Миогелёз – мышца отечная, желеобразная (перерождение мышцы).

Поражен большой пучок в крупных мышцах, поскрипывает. Продолговатый тяж чаще находится в длинных, веретенообразных мышцах, по ходу мышечных волокон.

Округлой формы (кучка) – располагается в широких, плоских мышцах.

БМУ (болезненные мышечные уплотнения)

Узелки Корнеулиуса (в толще мышцы уплотнение размером с зернышко);

Шнуры Мюллера (веревки, жгуты) – дистрофическое изменение пучка мышечных волокон (нарушается обмен веществ в мышце, мышца теряет эластичность, становится жесткой – не может хорошо сокращаться, растягиваться).

Этапы заболевания мышцы:

- 1) гипертрофия мышц (один из пучков выполняет больше работы)
- 2) нарушается обмен веществ
- 3) отечность
- 4) уплотнение, разрастание соединительной ткани
- 5) гипотрофия (продолжается замещение мышечной ткани соединительной).

3. ЛЕЧЕБНЫЙ МАССАЖ ПРИ СКОЛИОЗЕ

При помощи массажа можно увеличить эффективность лечебной гимнастики. Без массажа невозможно лечение паралитических сколиозов, а также сколиозов у детей, которые страдают соматическими заболеваниями и по этой причине не могут выдерживать достаточную физическую нагрузку.

Массаж способствует повышению общего тонуса организма; нормализует функции сердца, сосудов и органов дыхания; участвует в формировании правильной осанки; укрепляет мышцы туловища и способствует образованию мышечного корсета.

Массаж выполняется с учетом его физиологического действия. На стороне спастически сокращенных мышц в области вогнутости сколиоза используются приемы расслабления (вибрация, поглаживание). На стороне расслабленных мышц в области выпуклости сколиоза массаж должен поднять тонус, там применяются все приемы в значительной дозировке. При положении больного лежа на животе массажист находится справа; лежа на спине — слева; если на противоположной стороне грудного сколиоза, то стоит за спиной.

Методику массажа определяют строго индивидуально. В сложном случае, когда искривление позвоночника имеет 8-образную форму, процедуру проведения массажа условно делят на 4 части.

Правильно проведенный массаж при сколиозе позволяет укрепить мышцы спины, выработать мышечный корсет, сформировать правильную осанку, улучшить обмен веществ, а при необходимости – наладить функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Массаж при сколиозе способствует частичному или полному устранению дефекта позвоночника и предотвращает дальнейшее прогрессирование заболевания.

Основной целью массажа при сколиозе является расслабление напряженных мышц и тонизирование ослабленных. Создав прочный мышечный корсет, массаж помогает стабилизировать позвоночник в положении достигнутой коррекции. При различных типах сколиоза применяются соответствующие массажные техники, правильно выбрать которые – задача грамотного специалиста.

Профессиональный массажист всегда учитывает направление дуги деформации позвоночника при сколиозе. На стороне вогнутости дуги массаж проводится при помощи расслабляющих приемов, поскольку мышцы в этой области напряжены. На стороне выпуклости дуги проводится тонизирующий массаж, так как здесь мышцы, напротив, растянутые, вялые и ослабленные.

Основной целью при лечении сколиоза является создание симметрии тела, за счет выравнивания мышечного тонуса паравентральной области по обе стороны от позвоночника (т.е. расслабление тонизированных, спазмированных мышц и укрепление ослабленных). Курс состоит из 20-25 процедур. Время сеанса около 40-50 минут.

Главная особенность массажа при сколиозе – его несимметричность. Таким образом, на мышцы спазмированные, тонизированные проводятся расслабляющие и растягивающие приемы. Эти приемы проводятся

симметрично позвоночнику. Мышцы ослабленные укрепляют тонизирующими приемами, и движения в данном случае имеют перпендикулярное направление относительно позвоночника.

Особенности проведения лечебного массажа при сколиозе

При осмотре обратить внимание на количество дуг (рис. 8). Лечебный массаж при сколиозе имеет главную цель: расслабить мышцы спины. Так как сколиоз – это дугообразная деформация позвоночника, мышцы вогнутой позвоночной зоны находятся в состоянии постоянного напряжения. Мышцы выпуклой зоны получают сильное ослабление. Важно, чтобы вогнутая зона позвоночника была расслабленной. Мышцы, которые расположены по внутренней стороне, должны растягиваться и быть расслабленными, как и с внешней стороны. Некоторые специалисты считают, что все наоборот: выпуклая зона находится в постоянно напряжении, а внутренняя – расслаблена. В любом случае, важно расслабить мышцы возле позвоночника.

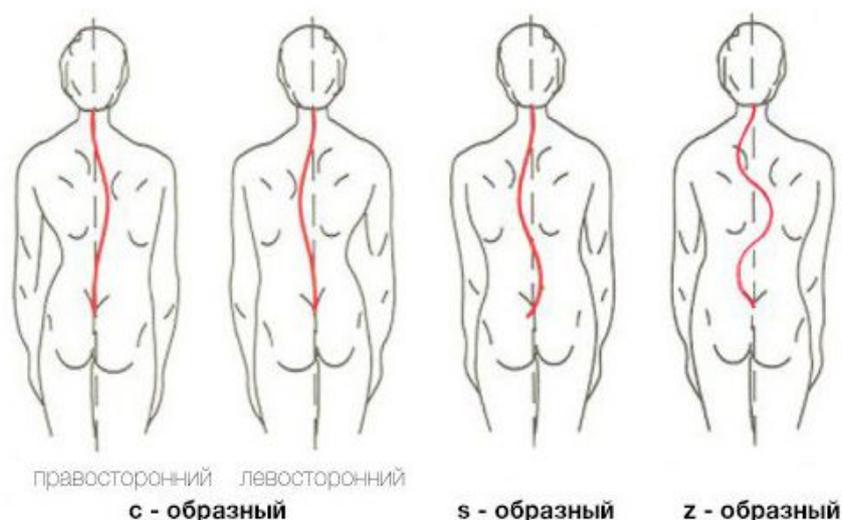


Рис. 8. Виды сколиоза

Особенности массажа при сколиозе у взрослых

В зависимости от сложности проблемы и степени сколиоза, специалист подберет необходимые техники. Как правило, техники массажа при сколиозе у взрослых идентичны техникам, которые используются при массаже у детей.

Ключевые особенности при массаже для взрослых:

- В первую очередь, специалист выявляет изгибы в области позвоночника
- Спина визуально делится на квадраты
- Массируется несколько зон: спина, грудная клетка, живот
- Среди техник: разминание, растирание, растягивание

Массаж при сколиозе 2 степени включает также ударные движения. Силу подбирает индивидуально массажист.

Противопоказания для массажа при сколиозе

- Ишемия
- Гипертонический криз
- Аллергия
- Болезни нервной и сердечно-сосудистой системы
- Перенесенные ранее кровоизлияния
- Тошнота или рвота
- Воспаление лимфоузлов
- Дерматологические заболевания
- Грибковые заболевания ногтей

Показания при сколиозе

Массаж при сколиозе оказывает профилактическое и лечебное воздействие, поэтому, если нет противопоказаний, лучше пройти целый курс для достижения необходимого результата. Массаж рекомендован при сколиозе разной степени: 1,2, 3, 4.

Как часто делать массаж при сколиозе? Рекомендуются делать массаж каждый день или же через день. Так можно добиться видимого результата уже через несколько сеансов (от трех и больше). Сам массажный курс рекомендуется от 10 сеансов. Индивидуальный курс назначает уже массажист, после изучения проблематики и состояния здоровья.

В наших студиях работают массажисты с медицинским образованием, и Вы всегда можете получить компетентные ответы на вопросы и консультацию. Важно, чтобы массаж при сколиозе проводил именно массажист с медицинским образованием. Только такой специалист сможет грамотно продумать весь курс: от используемых техник, до продолжительности каждой отдельной процедуры и курса в целом.

Правильный массаж при сколиозе дает ощущение легкости и расслабленности уже после первого сеанса. Такой массаж также рекомендован для профилактики сколиоза, если у Вас сидячая работа, и Вы не всегда контролируете ровное положение спины. На самом деле, ровной положение спины контролирует не больше 10% людей, работающих за компьютером. Именно поэтому, проблема сколиоза может появиться не только в детском возрасте, но и во взрослом.

Задачи лечебного массажа: повышение общего тонуса организма; нормализация функциональных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем; формирование правильной осанки; способствование укреплению мышц туловища, выработке мышечного корсета.

Методика проведения лечебного массажа при сколиозе

Положение больного - лежа на животе (массажист стоит справа) лежа на спине (массажист слева от больного) или лежа на противоположной стороне

грудного сколиоза (массажист за спиной-сзади). При двойном искривлении позвоночника в разных отделах методику делят (условно) на 4 части, в каждом конкретном случае подходят дифференцированно.

Массаж при S-образном сколиозе начинается со спины, затем переходит на переднюю поверхность груди, живот, тазовую область. Применяются приемы поглаживания, выжимания, разминания, сжатия, пощипывания. Поколачивания. Каждую область необходимо прорабатывать по 7-15 минут, двигаясь снизу вверх. Воздействие при сколиозе должно быть интенсивным, мышцы прорабатываются глубоко и активно. При S-образном сколиозе одинаково сильно прорабатываются обе стороны тела, поскольку изгибы отклоняются и вправо, и влево одинаково.

При S-образном сколиозе количество сеансов массажа должно быть не меньше 12, оптимальным является количество равное 20-22 сеансам. Первые 8-10 сеансов проводятся ежедневно, затем разрешается проводить сеанс раз в 2-3 дня.

Методика. Больной лежит на животе, массажист стоит со стороны грудного сколиоза (рис. 9).

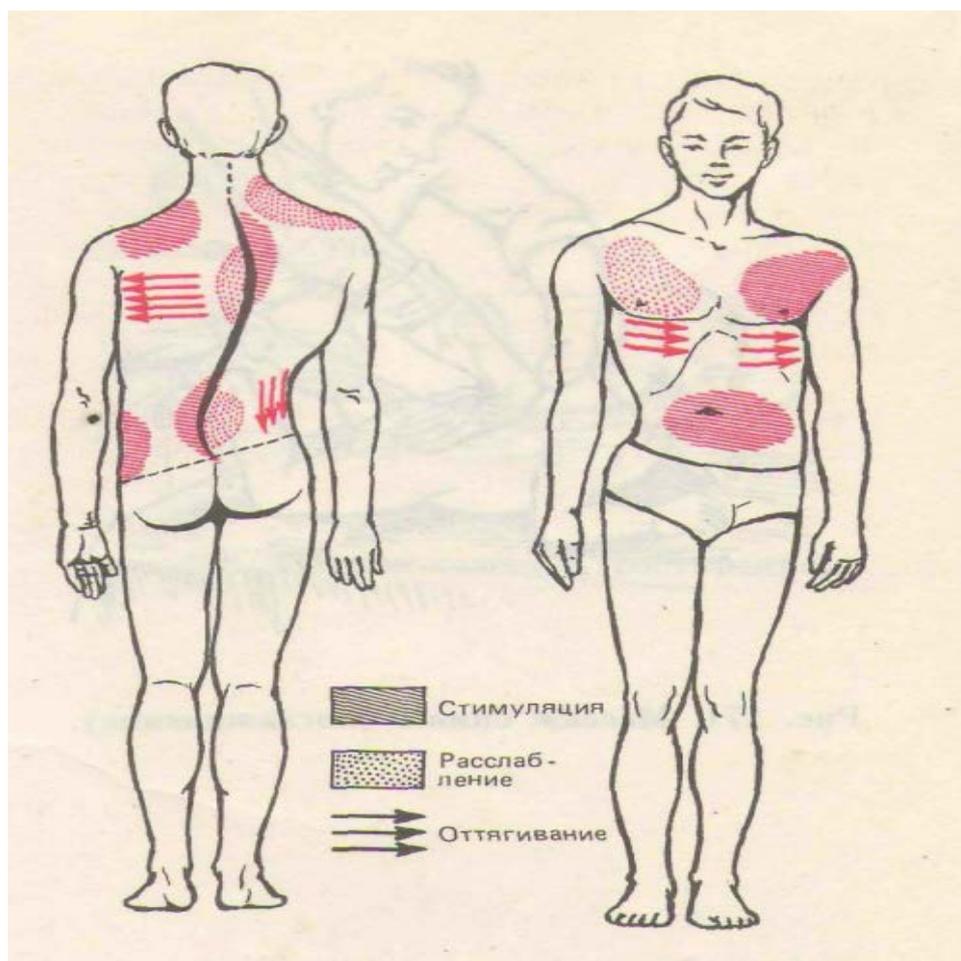


Рис. 9. Схема дифференцированного массажа при сколиозе II и III степени

В начале производят общие поглаживания всей поверхности спины (плоскостное, обхватывающее, граблеобразное, глажение), затем осуществляют се

дательное, расслабляющее воздействие на верхнюю часть трапециевидной мышцы (поглаживание, растирание пальцами - круговое, вибрация лабильная непрерывистая), производят растирание, разминание, вибрацию на возвышении в области грудного сколиоза (гребнеобразное растирание, поколачивание, рубление, разминание щипцеобразное по длинным мышцам спины); все приемы с целью тонизирования, стимуляции, проводить локально. После этого массируют область поясничной вогнутости (все приемы на расслабление, растягивание, воздействовать седативно - поглаживание, растирание, вибрация только лабильная, непрерывистая).

Больной поворачивается на левый бок. В этом положении производят приемы оттягивания за правый подвздошный гребень. После этого больной ложится на живот. Продолжают массаж области сколиоза в поясничном отделе, в области выпуклости (все приемы стимуляции, тонизирования - разминание, вибрация прерывистая, все разновидности для укрепления мышечного валика). Затем производят расслабление и растягивание подлопаточной области (левой лопатки), обращая внимание на межреберья (граблеобразное поглаживание, растирание, вибрация лабильная), оттягивание левого угла лопатки от вогнутости позвоночника, стимуляция и тонизирование надплечья, мышц над левой лопаткой, верхней части трапециевидной мышцы (растирание, разминание, вибрация прерывистая, а также ударные приемы).

Больной переворачивается на спину. В этом положении производят массаж передней поверхности грудной клетки.

В подключичной и надключичной областях, а также в области грудных мышц слева все приемы проводятся с целью стимуляции, укрепления мышечного корсета (растирание, разминание, вибрация прерывистая, ударные приемы). В области переднего реберного горба (выпячивания) проводятся приемы с надавливанием на эту область с движениями кзади, выравниваниями; массажные манипуляции с целью стимуляции, тонизирования. На передней брюшной стенке, брюшном прессе проводятся все приемы стимулирования, тонизирования (растирание гребнеобразное, разминание, вибрация прерывистая, ударная). На верхнем отделе грудных мышц справа проводятся все приемы на расслабление и оттягивание плеча назад, выравнивая плоскости уровней надплечий. Завершают массаж общим поглаживанием всей спины, надплечий.

Методические указания. В области запавших ребер и мышц не применять приемы жесткого надавливания. Стремиться в методике к созданию симметрии тела. Проводить приемы пассивной коррекции. При практическом навыке специалист по массажу может одновременно массировать отдельные области, применяя приемы как стимуляции, так и расслабления. Данный вид массажа является важным корригирующим методом и дополнительным методом в комплексе с другими видами лечения. Время процедуры - 20-30 мин.

Массаж при сколиозе обязательно должен сочетаться с лечебной физкультурой. Также рекомендуется соблюдение низкокалорийной сбалансированной диеты, употребление витаминов группы В и минералов.

Абонемент позволит вам сэкономить до 20% стоимости услуг, заказанных по отдельности.

Массаж при S-образном сколиозе может назначить только врач-ортопед или физиотерапевт после рентгенографии или МРТ позвоночника и исключения других заболеваний опорно-двигательного аппарата. Если сколиоз сочетается с межпозвоночными грыжами, артритом, артрозом, ревматизмом, то методика массажа изменяется.

Лечебный массаж нельзя проводить при воспалительных процессах, росте опухолей любого генеза, тяжелой гипертонии и стенокардии. Не рекомендуется проводить массаж женщинам при беременности, лактации и в период менструаций.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАЧЕТУ

1. История возникновения и развития массажа.
2. Физиологические свойства массажа.
3. Влияние массажа на нервную систему.
4. Влияние массажа на кожу.
5. Влияние массажа на суставно-связочный аппарат.
6. Влияние массажа на мышечную систему.
7. Влияние массажа на кровеносную и лимфатическую систему.
8. Влияние массажа на обмен веществ.
9. Влияние массажа на дыхательную систему.
10. Системы организма.
11. Структура массажа. Вводная, основная и заключительная часть.
12. Осмотр при массаже.
13. Выявление показаний и противопоказаний к массажу.
14. Порядок выполнения общего массажа. Нисходящий и восходящий путь, сидя, лежа.
15. Использование смазывающих средств. Недостатки, показания.
16. Массажные единицы.
17. Массажные приемы.
18. Массаж по областям.
19. Особенности лечебного массажа на лице.
20. Особенности лечебного массажа волосистой части головы.
21. Массаж воротниковой области.
22. Массаж руки.
23. Массаж спины.
24. Массаж пояснично-крестцовой области.
25. Массаж грудной клетки.
26. Массаж живота.
27. Массаж ног.
28. Лечебный массаж при параличах, заболеваниях мышц.
29. Особенности лечебного массажа при вялых параличах.
30. Особенности лечебного массажа при спастических параличах.
31. Массаж при сколиозе.
32. Виды сколиоза и способы их лечения.
33. Массаж при нарушениях осанки.
34. Массаж при плоскостопии.

КОНТРОЛЬНЫЙ ТЕСТ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Лечебный массаж в коррекционной работе с детьми с ОВЗ»

1. Назовите из перечисленных приемов поглаживание
«вверх тылом, вниз вибрацией»

ординарное

«складка»

сдвигание мышцы

2. Назовите из перечисленных приемов разминание

ординарное

«складка»

«вверх тылом, вниз вибрацией»

потряхивание

3. Осанка – это:

привычная поза непринужденно стоящего человека

правильное взаиморасположение головы, плеч, лопаток и пр.

положение человека при стоянии и сидении

правильная форма позвоночного столба

4. Какая форма спины диагностируется, если уменьшен физиологический изгиб грудного отдела позвоночника?

круглая

кругло-вогнутая

плоская

сутулая

5. Кифоз – это:

физиологический изгиб позвоночника выпуклостью назад

физиологический изгиб позвоночника выпуклостью вправо

физиологический изгиб позвоночника выпуклостью влево

физиологический изгиб позвоночника выпуклостью вперед

6. Какому дефекту осанки характерны следующие нарушения: большой грудной физиологический изгиб, ослабленная спина, грудь вдавлена, плечи свисают, лопатки выдаются, живот выпячен, голова наклонена вперед?

круглой спине

плоской спине

сколиозу I степени

7. Лордоз – это физиологический изгиб позвоночника:

вперед

вправо

влево.

назад.

8. Какой дефект осанки характеризуют следующие нарушения: таз сильно наклонен вперед и смещен назад, грудной отдел позвоночника сглажен?

плосковогнутая спина

круглая спина

плоская спина

кругло-вогнутая спина

9. Сколиоз – это:

заболевание, вызванное боковым искривлением позвоночника

нарушение осанки в сагиттальной плоскости

нарушение осанки во фронтальной плоскости

все ответы неправильные

10. Наибольшую роль в изменении осанки играют:

позвоночник и таз

плечевой пояс

нижние конечности

положение головы

11. С физиологической точки зрения осанка – это:

динамический стереотип, который приобретает в течение индивидуального развития и воспитания

основная стойка, при которой равновесие тела длительно удерживается без значительного мышечного усилия

правильное положение головы, формы позвоночного столба и грудной клетки, состояние плечевого пояса, верхних и нижних конечностей

12. Гигиеническая норма температуры воздуха в кабинете массажа:

20-22°C

18-20°C

22-24°C

24-26°C

13. Стандартная кушетка для массажа имеет длину:

180-190 см

170-180 см

190-200 см

220 см

14. Продолжительность общего массажа в среднем должна составлять:

50-60 мин

15-25 мин.

30-45 мин.

70-85 мин.

15. Сколько времени при общем массаже отводится на выполнение приема разминание?

50%

40%

60%

5%

16. Сколько времени при общем массаже отводится на выполнение приема растирание?

40%

30%

50%

5%

17. Вибрация, как прием массажа, это:

манипуляции, при которой массирующая рука передает телу массируемого колебательные движения

манипуляция, при которой массирующая рука никогда не скользит по коже

манипуляции, при которых массирующая рука скользит по коже

все ответы неправильные

18. Растирание, как прием массажа, это:

манипуляция, при которой массирующая рука скользит по коже, не смещая ее

манипуляция, при которой массирующая рука никогда не скользит по коже, а смещает ее

манипуляция, при которой массирующая рука передает телу пациента колебательные движения

все ответы неправильные

19. Штрихование, как дополнительный прием массажа, направлен на:

растирание

вибрацию

разминание

поглаживание

20. Какой прием массажа выполняется на конечностях с ее фиксацией?

встряхивание

сотрясение

рубление

поглаживание

21. Пиление и строгание – это дополнительные приемы:

растирания

разминания

поглаживания

вибрационные приемы

22. Какой вид массажа оказывает воздействие на костные поверхности и надкостницу?

периостальный

соединительнотканый

точечный

рефлекторный

23. Какой вид массажа оказывает воздействие на подкожные ткани?

соединительнотканый

периостальный

точечный

рефлекторный

24. Основной физиологический эффект массажа поглаживанием:

нейроседативный

релаксация

стимулирующий

периферическая вазогиперемия

25. Основной физиологический эффект массажа растиранием:
периферическая вазогиперемия
нейроседативный
релаксация
стимулирующий
26. Основной физиологический эффект массажа разминанием:
стимулирующий
нейроседативный;
релаксация;
периферическая вазогиперемия.
27. Основной физиологический эффект массажа вибрацией:
релаксация
нейроседативный
стимулирующий
периферическая вазогиперемия

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА ПО ДИСЦИПЛИНЕ **«Лечебный массаж в коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья»**

Требования к выполнению контрольной работы

Контрольная работа – одна из форм проверки и оценки усвоенных знаний, получения информации о характере познавательной деятельности, уровня самостоятельности и активности студентов в учебном процессе, эффективности методов, форм и способов учебной деятельности. Эта форма самостоятельной работы студента выявляет умение применять теоретические знания на практике, помогает проверить усвоение курса перед экзаменом.

Письменные контрольные работы более объективны по сравнению с устным опросом. Виды и характер письменных контрольных работ, их разнообразие зависят от содержания и специфики учебного предмета, уровня общего развития студентов.

Система заданий письменных контрольных работ должна:

- выявлять знания студентов по определенной теме (разделу);
- выявлять понимание сущности изучаемых предметов и явлений, их закономерностей;
- выявлять умение самостоятельно делать выводы и обобщения;
- творчески использовать знания и навыки.

Для выполнения контрольной работы по дисциплине «Лечебный массаж в коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья» необходимо из представленных ниже вопросов выбрать один и по нему составить реферат.

Этапы подготовки контрольной работы (реферата)

1. Выбор темы.
2. Составление плана.
3. Подбор литературы и ее исследование.
4. Систематизация подготовленного материала согласно плану, уточнение цитат.
5. Составление содержания контрольной работы.

Структура контрольной работы

Титульный лист

Состоит из двух страниц (приложение)

План, необходим для достижения последовательности в раскрытии темы. Наметки плана следует сделать уже при обдумывании темы, конкретизируя его в процессе изучения литературы по данной теме. Пункты плана должны точно отвечать раскрытию темы. План помещается перед текстом работы, на отдельном листе.

Дается характеристика и показывается актуальность темы, значение рассматриваемой проблемы.

Основная часть – сжатое, но достаточно полное и точное изложение сущности научной информации по теме. Может состоять из двух частей. Первая часть – теоретическая, в которой раскрываются основные положения выбранной темы в зависимости от поставленных целей и задач. Содержание первой части конкретизируется индивидуально. Материал должен быть осмыслен и переработан в соответствии с темой и изложен своими словами. Цитаты заключаются в кавычки. Все цитаты строго документируются в сносках: после кавычек ставится отсылочный знак (цифра или звездочка), этот же знак повторяется в конце страницы под чертой, отделяющей текст работы от сносок.

Вторая часть – практическая. Та часть может иметь план с названиями явлений, анализ текста, таблицы, расчеты, графики, схемы, иллюстрации и т.п.

Требования к контрольной работе

Объем контрольной работы строго не регламентирован, но не должен превышать 10 печатных страниц. Формат страницы – А4 (210×297); поля слева, справа, сверху и снизу – 20 мм; расстояние от края до нижнего колонтитула – 15 мм. Шрифт основного текста – Arial или Times New Roman, размер 12 пунктов, интервал одинарный. Нумерация страниц внизу по центру, начиная с третьей страницы (с введения). Выравнивание по ширине.

Текст должен соответствовать содержанию. Разделы плана нумеруются арабскими цифрами. Заголовки должны быть прописаны в тексте и выделены (оставляют интервалы до заголовка и после). Текст заголовка выполняют через один интервал. В конце любого заголовка точка не ставится.

Таблицы и графики оформляются или в тексте, или в приложении. Таблицы подписываются сверху, а графики снизу.

Сноски. По контексту рукописи контрольной работы автор может ссылаться на соответствующие литературные источники. Это делается тогда, когда текст литературного источника цитируется дословно или когда используются мысли или идеи того или иного исследователя. В этом случае в контрольной работе в квадратных скобках приводится порядковый номер литературного источника по списку литературы, размещенному в конце работы, и страницы источника.

При ссылке на литературу, число, заключенное до запятой, означает номер литературного источника по списку использованной литературы, который проводится в конце работы. Второе число (после запятой) означает страницу указанного источника. Числа, разделенные точкой с запятой, означают перечисление литературных источников.

Список использованных источников, использованных при написании работы, оформляется в алфавитном порядке. Текст введения, основной части, заключения, список литературы и приложение должны быть на отдельных листах.

Критерии оценки контрольной работы

1. Соответствие содержания теме.
2. Глубина, полнота раскрытия темы.
3. Логика изложения материала.
4. Терминологическая четкость.
5. Уровень навыков самостоятельной работы с литературой.
6. Соблюдение требований к оформлению контрольной работы.

Контрольная работа не может быть оценена положительно, если в ней поверхностно раскрыты вопросы, допущены принципиальные ошибки, а также при условии механически переписанного материала из учебников или другой литературы. В случае неудовлетворительной оценки контрольная работа направляется студенту для повторного выполнения. К повторно выполненной работе необходимо приложить первую редакцию.

Рекомендации

1. Работу пишите аккуратно, без помарок, разборчивым почерком или печатайте.
2. Отвечайте на вопросы конкретно, логично, по теме, с выводами и обобщением.
3. В конце контрольной работы укажите используемую литературу.
4. Приводимые в тексте цитаты и выписки обязательно документируйте со ссылками на источник.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ РЕФЕРАТА

по дисциплине «Лечебный массаж в коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья»

1. История возникновения и развития массажа.
2. Физиологические свойства массажа.
3. Влияние массажа на нервную систему.
4. Влияние массажа на кожу.
5. Влияние массажа на суставно-связочный аппарат.
6. Влияние массажа на мышечную систему.
7. Влияние массажа на кровеносную и лимфатическую систему.
8. Влияние массажа на обмен веществ.
9. Влияние массажа на дыхательную систему.
10. Системы организма.
11. Структура массажа. Вводная, основная и заключительная часть.
12. Осмотр при массаже.
13. Выявление показаний и противопоказаний к массажу.
14. Порядок выполнения общего массажа. Нисходящий и восходящий путь, сидя, лежа.
15. Использование смазывающих средств. Недостатки, показания.
16. Массажные единицы.
17. Массажные приемы.
18. Массаж по областям.
19. Особенности лечебного массажа на лице.
20. Особенности лечебного массажа волосистой части головы.
21. Массаж воротниковой области.
22. Массаж руки.
23. Массаж спины.
24. Массаж пояснично-крестцовой области.
25. Массаж грудной клетки.
26. Массаж живота.
27. Массаж ног.
28. Лечебный массаж при параличах, заболеваниях мышц.
29. Особенности лечебного массажа при вялых параличах.
30. Особенности лечебного массажа при спастических параличах.
31. Массаж при сколиозе.
32. Виды сколиоза и способы их лечения.
33. Массаж при нарушениях осанки.
34. В чем проявляются нарушения умственной работоспособности у детей с ДЦП
35. Синдром раздражительной слабости у детей с ДЦП
36. Основные принципы работы с детьми с ДЦП.
37. Особенности психолого-педагогической коррекции отклонений при ДЦП.
38. Основные причины рождения ребенка с церебральным параличом
39. Основные формы ДЦП.

ГЛОССАРИЙ

Адамса тест (Adams, англ. врач) – асимметрия паравертебральных тканей у больного с деформацией позвоночника, выявляемая при осмотре в положении наклона вперед.

Апикальный (вершинный) позвонок - наиболее горизонтально расположенный, наиболее ротируемый, наиболее отстоящий от средней крестцовой линии и наиболее деформированный позвонок сколиотической дуги.

Баланс туловища (компенсация). Клинически - расположение средней точки затылочной кости над крестцом и надплечий - над тазобедренными суставами в вертикальной плоскости. Рентгенографически - ситуация, когда сумма всех угловых отклонений позвоночника в одном направлении равна сумме всех отклонений в противоположном направлении.

Вентральный угол кифоза – угол, образованный пересечением линий, касательных к передней поверхности тел позвонков верхнего и нижнего колен кифоза.

Вторичная дуга. Структуральная сколиотическая деформация, меньшая, но обычно более мобильная, чем первичная.

Гиперкифоз - превышение границы нормальных параметров грудного отдела позвоночника в сагиттальной плоскости ($>40^\circ$).

Гипокифоз - уплощение грудного кифоза за пределы нижней границы его нормальных параметров ($<20^\circ$), но без формирования грудного лордоза.

Гипоплазия - врожденное недоразвитие анатомических структур или органов.

Горб (gibbus) - островершинный угловой кифоз.

Зоны роста позвонка:

а) замыкательные пластинки тел позвонков – обеспечивают рост тела позвонка в высоту и в ширину;

в) зоны роста остистого, поперечных и суставных отростков определяют рост задних отделов позвонка;

с) хрящевая пластинка, располагающаяся между телом позвонка и корнем дужки (neurocentral cartilage) играет определяющую роль в формировании позвоночного канала. В норме все зоны роста развиваются гармонично.

Идиопатический сколиоз - структуральная деформация позвоночника, происхождение которой невозможно установить.

Измерение сколиотической дуги (метод Cobb). Определяются верхний и нижний концевые позвонки. Восстанавливаются перпендикуляры к краниальной пластинке верхнего и каудальной пластинке нижнего позвонка. Пересечение этих линий формирует угол сколиотической дуги. Если замыкательные пластинки плохо визуализируются, можно использовать линии, проведенные через верхние или нижние точки корней дужек.

Индекс мобильности - вычисляется путем вычитания процента коррекции грудной дуги (соотношение углов Cobb в положении стоя и при боковом наклоне) из процента коррекции поясничной дуги.

Инфантильный сколиоз - деформация позвоночника, развивающаяся в первые 4 года жизни.

Кифоз - изменение формы сегмента позвоночника в сагиттальной плоскости с формированием деформации, выпуклостью, обращенной дорсально; аномальный кифоз.

Кифозированный сколиоз - сколиоз с настолько выраженным ротационным компонентом, что боковой наклон ротированного позвоночника имитирует кифоз.

Кифосколиоз - сочетание сколиотической деформации с истинным гиперкифозом. Ротационная деформация в сочетании с кажущимся кифозом не должна обозначаться этим термином.

Компенсаторная дуга - сколиотическое искривление позвоночника, которое может быть структуральным, располагается краниальнее и (или) каудальнее основной дуги и способствует поддержанию баланса туловища. Если компенсаторная дуга изначально не имеет признаков структуральности, она приобретает их с течением времени. Несмотря на это, она остается компенсаторной, то есть, является реакцией организма, направленной на сохранение и поддержание баланса позвоночника. Термины "вторичная дуга" и компенсаторная дуга" - синонимы.

Концевые позвонки дуги

а) самый краниальный позвонок в дуге, верхняя замыкательная пластинка которого максимально наклонена в сторону вогнутости искривления,

б) наиболее каудальный позвонок в дуге, нижняя замыкательная пластинка которого максимально наклонена в сторону выпуклости искривления.

Определяются на спондилограммах, выполненных в положении стоя. При наличии двух дуг один концевой позвонок может быть общим для обеих дуг. Концевой позвонок может совпадать с нейтральным позвонком. Обычно межпозвонковые диски, смежные с концевым позвонком, "открыты" в противоположные стороны.

Корригируемость деформации - определяется вычитанием величины угла Cobb в положении бокового наклона из величины этого же угла в положении стоя.

Миелодисплазия (лат. Myelodysplasia; миело+дисплазия) – общее название пороков развития спинного мозга.

Миелопатия (лат. myelopathia; миело+ греч. Pathos страдание, болезнь) – общее название приобретенных патологических состояний спинного мозга).

Неструктуральная дуга - сколиотическая деформация без признаков структуральных изменений. В положении бокового наклона исправляется полностью вплоть до гиперкоррекции.

Нейтрализованный диск - это диск, в котором дифференциал вправо и влево наиболее равномерно изменяется при боковых наклонах.

Нейтральный позвонок. На фасной спондилограмме в положении стоя расположен на конце дуги или рядом с ним и находится в состоянии наименьшей ротации. Обычно находится рядом с нейтрализованным диском.

Первичная дуга - одна из двух или трех структуральных деформаций, которая появилась первой и тем отличается от вторичной или компенсаторной дуги. При наличии двух структуральных дуг равной величины определение первичной может быть очень трудным, если вообще возможным. При наличии двух структуральных дуг различной величины, обычно можно считать, что преобладающая по углу Cobb является первичной. В западной литературе чаще используются термины "большая" (major) и "малая" (minor) дуга.

Перекося таза - отклонение таза от горизонтали во фронтальной плоскости. Фиксированные перекося могут сопровождаться развитием контрактур проксимальнее и дистальнее таза. Сколиозы, вызванные перекося таза вследствие разной длины конечностей, никогда не бывают структуральными.

Переходный кифоз - кифотическая деформация в переходном грудопоясничном отделе позвоночника. В норме сегмент Th12-L2 прямой или слегка лордозирован (3° при измерении по Cobb). Поэтому любой кифоз в этой зоне рассматривается как патологический, что необходимо учитывать при планировании корригирующего вмешательства, особенно при деформациях II типа по King.

Платиспондиллия (platyspondylia; плати + греч. basis основание) – равномерное снижение высоты тела (уплощение) позвонка, сопровождающееся увеличением его размера в горизонтальной плоскости.

Позвоночные пластинки роста - хрящевые пластинки, располагающиеся на краниальной и каудальной замыкательных пластинках тела позвонка. Обеспечивают рост тела позвонка в высоту.

Рахисхизис (рахисхизис; rhachischisis, рахи + греч. schisis расщепление) – тяжелая форма незаращения позвоночного канала, сочетающаяся с дефектом кожного покрова и обнажением спинного мозга.

Spina bifida – незаращение позвоночного канала за счет нарушения слияния дуг (spina bifida posterior) или тел (spina bifida anterior) позвонков.

Spina bifida aperta (открытое расщепление остистого отростка) – один из синонимов общего обозначения врожденных дефектов невральнй трубки – комбинированных пороков развития позвоночного канала, спинного мозга и его оболочек: спинномозговых грыж, липоменингоцеле, и рахисхизиса.

Spina bifida occulta (закрытое расщепление остистого отростка) – нарушение слияния дуг позвонков, не сопровождающееся формированием спинномозговой грыжи.

Спондилокостальный дизостоз – комбинированный порок развития: сочетание врожденной деформации позвоночника и грубых пороков грудной клетки, чаще всего – синостозирования или агенезии ребер.

Средняя крестцовая линия - проводится через центр крестца перпендикулярно к горизонтали, соединяющей гребни подвздошных костей.

Стабильный позвонок - позвонок, который наиболее симметрично делится на две части средней крестцовой линией.

Структуральная дуга - сегмент позвоночного столба с латеральным отклонением и утратой нормальной межсегментарной мобильности.

Рентгенографически - не исправляется полностью в положении наклона в сторону выпуклости, появляются признаки торсии.

Тест Risser. Оссификация эпифизов гребней подвздошных костей начинается в области передней верхней ости и продолжается в дорсальном направлении до задней верхней ости в среднем в течение двух лет. По Risser гребень подвздошной кости делится на 4 части, и стадийность процесса выгладит следующим образом: Risser-0 (отсутствие тени эпифиза), Risser-1 (оссификация в пределах 25% гребня), Risser-2 (оссификация в пределах 50% гребня), Risser-3 (оссификация в пределах 75% гребня), Risser-4 (полная оссификация гребня), Risser-5 (слияние эпифиза и тела подвздошной кости). Risser-4 соответствует завершению роста позвоночного столба.

Торсия - играет основную роль в механогенезе сколиотической деформации и состоит из двух элементов. Первый представляет собою смещение позвонка в трех плоскостях: передний или задний наклон (сагиттальная плоскость), латеральное смещение (фронтальная плоскость), ротация (горизонтальная плоскость). Второй - трехмерная деформация самого позвонка: передняя или задняя клиновидность тела позвонка (сагиттальная плоскость), боковая клиновидность (фронтальная плоскость), девиация тела позвонка в сторону выпуклости дуги, задних элементов - в сторону вогнутости (горизонтальная плоскость). Торсия захватывает все позвонки структуральной дуги, достигая своего максимума в области вершины деформации.

Тракционная миелопатия – нарушение функции спинного мозга ишемического генеза, возникающее при растягивающем действии на позвоночник: избыточном сгибании, разгибании или инструментальной тракции.

Феномен "коленчатого вала". После операции заднего спондилодеза у ребенка в возрасте активного роста сформированный костный блок приводит к тому, что задние элементы позвонков прекращают рост, а тела позвонков - продолжают. Поскольку рост тел позвонков лимитирован, позвонки начинают ротироваться в сторону выпуклости деформации, при этом массы дорсального блока играют роль оси, вокруг которой происходит ротация. Продолжающаяся ротация дает клинический и рентгенологический эффект увеличения сколиотической деформации. Объем ротации увеличивается по мере приближения к вершине сколиотической дуги, что позволило Dubousset использовать термин "коленчатый вал".

Частичная (fractional) дуга - компенсаторное противоискривление, которое представляется неполным, так как переходит в прямую линию. Единственный горизонтальный позвонок этой дуги является самым краниальным или самым каудальным.

Ювенильный сколиоз - деформация позвоночника, развивающаяся в возрасте от четырех лет до начала пубертатного периода.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

Основная литература:

1. Мицан, Е. Л. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата : учебное пособие / Е. Л. Мицан ; МГТУ. - Магнитогорск : МГТУ, 2016. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). - Загл. с титул. экрана. - URL: <https://magtu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=2497.pdf&show=dcatalogues/1/1130266/2497.pdf&view=true> (дата обращения: 28.05.2021). - Макрообъект. - Текст : электронный. - Сведения доступны также на CD-ROM.
2. Мицан, Е. Л. Лечебная физкультура в работе с дошкольниками, больными ДЦП : учебное пособие / Е. Л. Мицан ; МГТУ. - Магнитогорск : МГТУ, 2017. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). - Загл. с титул. экрана. - URL: <https://magtu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=3332.pdf&show=dcatalogues/1/1138451/3332.pdf&view=true> (дата обращения: 28.05.2021). - Макрообъект. - Текст : электронный. - ISBN 978-5-9967-0994-6. - Сведения доступны также на CD-ROM.
3. Мицан Е. Л. Лечебный массаж [Электронный ресурс] : учебное пособие / Е. Л. Мицан ; МГТУ. - Магнитогорск : МГТУ, 2015. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). - Режим доступа: <https://magtu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=1276.pdf&show=dcatalogues/1/1123471/1276.pdf&view=true> . - Макрообъект.
4. Неретина Т. Г. Основы специальной педагогики [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Г. Неретина ; МГТУ. - Магнитогорск : МГТУ, 2016. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). - Режим доступа: <https://magtu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=2723.pdf&show=dcatalogues/1/1132044/2723.pdf&view=true> . - Макрообъект.
5. Мицан Е. Л. Технология физического развития дошкольников с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Е. Л. Мицан ; МГТУ. - Магнитогорск : МГТУ, 2017. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). - Режим доступа: <https://magtu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=2926.pdf&show=dcatalogues/1/1134556/2926.pdf&view=true> . - Макрообъект.
6. Неретина Т. Г. Коррекционная педагогика [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Г. Неретина ; МГТУ. - Магнитогорск : МГТУ, 2017. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). - Режим доступа: <https://magtu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=3411.pdf&show=dcatalogues/1/1139785/3411.pdf&view=true> . - Макрообъект. - ISBN 978-5-9967-0991-5.
7. Неретина Т. Г. Нетрадиционные методы коррекции нарушений [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Г. Неретина ; МГТУ. - Магнитогорск : МГТУ, 2015. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). - Режим доступа: <https://magtu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=1198.pdf&show=dcatalogues/1/1121307/1198.pdf&view=true> . - Макрообъект.

Дополнительная литература:

1. Андрианов, В.Л. Заболевания и повреждения позвоночника у детей и подростков/ В.Л. Андрианов, Г.И. Баиров, В.И. Садофьева, Р.Э. Райе. - М.: Медицина, 1985. – 256 с.
2. Аникеева И.С. Физическая культура и спортивный массаж / И. С. Аникеева, П. М. Трубников // Культура физическая и здоровье. - 2011. - № 11. - С. 65-67.
3. Аухадеев Э.И. Введение в единую научно-практическую специальность «Восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, физиотерапия и курортология» // Практ. медицина. - 2010. - № 41. - С. 123-125
4. Безотечество К. И. Спортивно-восстановительный массаж : учеб. пособие / К. И. Безотечество ; М-во образования и науки РФ, Федеральное гос. бюджетное образовательное учреждение высш. проф. образования "Томский гос. пед. ун-т" (ТГПУ). - Томск : ТГПУ, 2011. - 119 с.
5. Бирюков А.А. И.М. Саркизов-Серазини и его школа по лечебной физкультуре, лечебному и спортивному массажу // ЛФК и массаж. Спортивная медицина. - 2008. - № 5. - С. 10-19.
6. Васичкин В.И. Все про массаж: [основные принципы, приемы массажа, самомассаж, аппаратный массаж, точечный массаж, спортивный массаж] / В.И. Васичкин. - М. : АСТ : Полиграфиздат ; СПб. : Полигон, 2011. - 303 с.
7. Васичкин, В.И. Справочник по массажу /В.И. Васичкин. - Л.: Медицина, 1990. – 176 с.
8. Вербов, А.Ф. Основы лечебного массажа /А.Ф. Вербов. - СПб.: Феникс, 2002. - 320 с.
9. Влияние различных видов массажа на показатели биологического возраста у лиц старше 30 лет / Е. А. Турова [и др.] // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. - 2012. - № 3. - С. 33-36.
10. Дунаев, И.В. Основы и частные методики рефлекторно-сегментарного массажа при различных заболеваниях: Учебное пособие /И.В. Дунаев. - М.: Феникс, 2002. - 92 с.
11. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура и массаж : учебник для мед. училищ и колледжей / В.А. Епифанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 2-е изд. перераб. и доп. – 525 с.
12. Ишал, В.А. Проблема сколиоза // Сколиоз, искривление позвоночника - 1999,
13. Кондрашев, А.В. Лечебный массаж: Учебное пособие / А.В. Кондрашев, Е.В. Харламов. - Ростов н/Д.: Феникс, 1999. - 384 с.
14. Конева, Л.С. Большая книга. Массаж / Л.С. Конева. - М.: АСТ, 2006. - 416 с.
15. Макарова И. Н. Лечебная физкультура и массаж при болях в спине // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2008. - № 3. - С. 64-67.

16. Массаж: Учебник / Под ред. В.И. Дубровского. - М.: Владос, 2001. - 496 с.
17. Массаж: Учебник для институтов физической культуры / Под общ. ред. А.А. Бирюкова. - М.: Медицина, 1985. - 44 с.
18. Медведев, Б.А. Сколиоз и остеохондроз: профилактика и лечение / Б.А. Медведев. - Ростов н/Д.: Феникс, 2004. - 192 с.
19. Новый атлас анатомии человека / Под ред. Т. Маккрекена и Р. Уолкера; Пер с англ. Е. Незлобиной. - М.: ООО «Издательство Астрель»: ООО «Издательство АСТ», 2002. - 339 с.: ил.
20. Общая физиотерапия: Учебник /Под ред. Пономаренко Г.Н. - СПб.: ВМедА, 1998. - 256 с.
21. Общая физиотерапия: Учебник /Под ред. Улащика В.С., Лукомского И.В. - Минск: Книжный дом, 2008.-512 с.
22. Организация в образовательном учреждении лечебной физкультуры и массажа при травмах опорно-двигательного аппарата у детей: практ. пособие / Г.В. Каштанова, Е.Г. Мамаева, О. В. Сливина и др. - М.: АРКТИ, 2010.
23. Парамонова Д.Б. Лечебная физкультура и массаж в восстановлении статодинамических функций у детей с атонически-астатической формой детского церебрального паралича / Д.Б. Парамонова, Б. И. Мугерман // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. - 2012. - № 5. - С. 37-40.
24. Пономаренко, Г.Н. Частная физиотерапия: Учебное пособие для слушателей системы последиplomного образования / Под ред. Г.Н. Пономаренко.-М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. – 748 с.
25. Реализация учебного процесса по дисциплинам здравоцентрической парадигмальной направленности на кафедре лечебной физкультуры, спортивной медицины и физиотерапии / В.В. Храмов, С. А. Толстокоров, О.Г. Колесова, В. П. Шпитальная // Саратов. науч.-мед. журн. - 2011. - Т. 7, № 1. - С. 168-171.
26. Сапин, М.Р. Анатомия и физиология человека (с возрастными особенностями детского организма): Учебное пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. - 3-е изд. /М.Р. Сапин, В.И. Сивоглазов. - М.: Академия, 2002. – 448 с.
27. Спортивная медицина, лечебная физическая культура и массаж: Учебник / Под ред. С.Н. Попова. - М.: Физкультура и спорт, 2001. – 351 с.
28. Тюрин, А.М. Массаж традиционный и нетрадиционный /А.М. Тюрин. - Л., 1995.-224 с.
29. Устюжанина, В.О. Основы классического массажа: Учебное пособие / В.О. Устюжанина, Т.И. Попова. - Челябинск, 1998. – 58 с.
30. Фокин, В.Н. Полный курс массажа: Учебное пособие./ В.Н. Фокин. - М.: ФАИР-ПРЕСС, 2007. - 512 с.
31. Цивьян Я.Л. Межпозвоночные диски./Я.Л. Цивьян. - Новосибирск.: Наука, 1977. – 165 с.
32. Чаклин, В.Д. Сколиоз и кифоз/ В.Д. Чаклин, Е.А. Абальмасова. - М.: Медицина, 1973. - 256 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И.
Носова»
(ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова»)
Институт гуманитарного образования
Кафедра дошкольного и специального образования

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Лечебный массаж в коррекционной работе с детьми с ограниченными
возможностями здоровья

Выполнил:

студент _____

группа _____

Проверил преподаватель:

канд. пед. наук, доцент

Мицан Е.Л.

Регистрационный № _____

Обучение (*очное или заочное*) заочное Курс _____

Направление 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование

Дата сдачи контрольной работы на кафедру « ____ » _____ 20 ____ г.

РЕЦЕНЗИЯ

Контрольная работа выполнена в _____ объеме в соответствии с заданием.

Замечания:

Оценка _____

Подпись преподавателя _____

Учебное текстовое электронное издание

Мицан Елена Леонидовна

ЛЕЧЕБНЫЙ МАССАЖ ПРИ СКОЛИОЗЕ

Учебно-методическое пособие

1,03 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2022 год
ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова»
Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,
пр. Ленина 38

ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова»
Кафедра дошкольного и специального образования
Центр электронных образовательных ресурсов и
дистанционных образовательных технологий
e-mail: ceor_dot@mail.ru