

№1 | 2015

эстетика тела МАССАЖ

научно - практический методический журнал

ЛИЧНЫЙ ВКЛАД

История
чемпионатов
по массажу
2006–2014 гг.

ОБЗОРЫ И РЕЙТИНГИ

Массаж и массажисты
в японской миниатюрной
пластике

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Функциональное
терапевтическое
кинезиотейпирование
при дорсалгиях



Массаж – поистине это полезно
и предотвращает страдания
от болезней органов

Авиценна (980–1037)

«МЕДИА МЕДИКА»

Директор: Т.Л. Скоробогат
Директор по рекламе: Н.М. Сурова
Менеджер по рекламе: Сандина
Контактный телефон для подписки
+7 (495) 926-29-83, доб. 121
Почтовый адрес: 127055, Москва, а/я 37
Телефон/факс: +7(495) 926-2983
E-mail: media@con-med.ru

ООО «ОБЪЕДИНЁННАЯ РЕДАКЦИЯ»

Телефон: +7(499) 500-38-83
E-mail: or@hpmr.ru
Арт-директор: Э.А. Шадзевский
Медицинский директор: Б.А. Филимонов
Исполнительный директор: Э.А. Батова

©Полное или частичное воспроизведение
материалов, опубликованных в журнале
или на сайтах www.massagemag.ru,
www.massagemag.info, www.medmassage.ru,
www.con-med.ru, www.spaevent.ru,
допускается только по согласованию
с редакцией в письменном виде.
В статьях представлена точка зрения авторов,
которая может не совпадать с мнением редакции
журнала.

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных материалов.
Научное производственно-практическое издание
для профессионалов в области здравоохранения.
Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск
и распространение данного производственно-
практического издания допускается без размещения знака
информационной продукции.

Общий тираж: 10 тыс. экз.

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору
за соблюдением законодательства в сфере массовых
коммуникаций и охране культурного наследия.

Рег. номер ПИ № ФС77-44242

СОДЕРЖАНИЕ

События и факты

ТОПСПАФЕСТ-2014	1
VIII Международный чемпионат по массажу	4

Личный вклад

История чемпионатов по массажу 2006–2014 гг.	6
МАССАЖ-2014: лучшие из лучших	9

Массаж

Обзоры и рейтинги

Массаж и массажисты в японской миниатюрной пластике	15
---	----

Теория и практика

Функциональное терапевтическое кинезиотейпирование при дорсалгиях	19
Инновационные мануальные рефлекторные технологии при плечелопаточном периартрозе	23

Эстетика тела

Эксклюзивные процедуры

Мануальное вытяжение позвоночника	30
Способ массажа Елены Мустафеевой (по материалам патента РФ на изобретение №2469695)	39

Технологии красоты и здоровья

Использование светозвуковой стимуляции в массажной практике	55
Реабилитация больных остеохондрозом позвоночника с помощью экотренажера-массажера Разумовского	57

Массажные школы и курсы, рекомендуемые Национальной Федерацией массажистов	62
---	----

Учебные материалы	66
-------------------------	----

НАШИ ПАРТНЕРЫ:

СПА МЕЖДУНАРОДНАЯ ШКОЛА

SCHOOL SPA
INTERNATIONAL



РАСМИРБИ



ЦЕНТР КАПРАЛОВА
нетрадиционные методы оздоровления



Западно-Сибирский Центр
Массажных Технологий

ТОПСПАФЕСТ-2014

В 2014 г., шестой год подряд, традиционно осенью, сильнейшие специалисты восстановительной медицины, курортологии, массажисты, стремящиеся к знаниям, думающие руководители собираются вместе на берегу моря. Это не пляжный отдых. Это – ТОПСПАФЕСТ! Международный фестиваль массажа и спа ТОПСПАФЕСТ де-факто стал мероприятием №1 для всех профессионалов – специалистов и руководителей индустрии оздоровления спа и велнес. Это яркое событие в календаре профессиональных мероприятий Национальной Федерации массажистов (НФМ).

Нам удалось избежать ошибок предшественников и последователей ТОПСПАФЕСТа. За эти годы появлялись и будут появляться фестивали-клоны, которые пытаются повторить успех ТОПСПАФЕСТа. Пока эти попытки тщетны. Самое интересное, что мы, организаторы и правление НФМ, не делаем особых секретов из своего успешного опыта. Прежде всего ТОПСПАФЕСТ – это не бенефис одного «гениального учителя» или одной «великой школы массажа». Нет на ТОПСПАФЕСТе и другой ошибочной крайности, когда в качестве учителей, с одной стороны, приглашаются отдельные действительно знающие и ответственные за свои знания преподаватели, которые, ничего не подготавливая, являются «маяками» для завлечения юных массажистов в мутное болото профессиональной безграмотности, оккультных или сомнительных целительских практик. В результате получался «тухлый компот», подслащенный искусственным оптимизмом организаторов.

На ТОПСПАФЕСТе подход к формированию преподавательского состава совершенно иной. Чтобы преподаватель стал Учителем ТОПСПАФЕСТа, ему необходимо представить свою трудовую биографию, документы об образовании. И главное – описание уникальной методики, которую будут изучать потенциальные участники ТОПСПАФЕСТа. Таким образом, еще за полгода до мероприятия массажисты имеют возможность ознакомиться с кандидатами и составить собственный рейтинг приоритетных знаний и преподавателей. Свои заявки они присылали на сайт www.topspafest.com. И именно так, в результате голосования самих массажистов, появлялся ТОП лучших. В этом смысле ТОПСПАФЕСТ-2014 подтвердил твердые позиции и реальную востребованность настоящих мэтров массажного искусства.

Наверняка и вы, если бы участвовали в голосовании, утвердили бы этот список:

- доктор медицинских наук, профессор Михаил Анатольевич Ерёмушкин (Россия);
 - доктор Александр Гончаров (Россия);
 - доктор Александр Билькевич (Израиль);
 - доктор Александр Сыромятников (Украина);
 - маэстро Антонио Черрони (Италия);
 - кандидат медицинских наук, доктор Лариса Кайбырова (Казахстан);
 - создатель оздоровительных систем и спа-технологий Александр Ермолаев (Латвия);
 - создатель массажно-оздоровительной системы «Миопластика» Евгений Сидякин.
- Не смогли пропустить этот ТОПСПАФЕСТ и приехали бескорыстно делиться своими знаниями:
- руководитель Школы холистического массажа Рута Страткаускаене (Литва);



- мастер мягкотканых техник Евгений Михайлович Литвиченко (Россия);

- предприниматель, автор концепции Умного спа Сергей Ильич Шурухт (Россия);

- преподаватель йоги Валерий Кайдин (Израиль).

Итак, представьте: Италия, Средиземное море, итальянская кухня – и все это в бархатный сезон, сентябрь 2014 г. Ранним утром массажисты отправляются на зарядку. Кто-то предпочитал йогу, кто-то утреннее морское купание, а кто-то – и то и другое.

Чуть позже, но все еще до завтрака – свободные мастер-классы. В этот час массажисты могли перемещаться из класса в класс, смотреть, спрашивать и даже спорить. А Учителя показывали то, что не вошло в основную программу.

Завтрак. Вкусный. Но итальянский. А значит – сыры, колбасы, оливки.

Далее – основное обучение. По традиции, большинство студентов и преподавателей предпочитали занятия прямо на открытом воздухе, на пляже. Информация лучше усваивалась под сопровождение морского прибоя. Любопытные итальянцы обступали наших массажистов в надежде оказаться моделями на обучение. Но: смотреть можно – приближаться нельзя.

Сами темы для обучения были весьма разнообразны и соответствовали актуальным запросам именно 2014 г. Востребованы были мягкотканые техники, продемонстрированные Билькевичем и Сыромятниковым. Многие массажисты, ранее работавшие только с телом, проявили интерес к эстетическим методикам по лицу. Безусловным лидером в этом направлении в 2014 г. стала Л.К.Кайбырова. Все больше и больше в последние годы массажисты начинают применять комплексный подход для решения лечебных и оздоровительных задач. Один из таких подходов, основанный на канонах традиционной тибетской медицины и так называемой интегративной типологии, предложили Е. М.Литвиченко и С.И.Шурухт.

Ценность данного мероприятия заключается, в том числе, и в возможности сопоставить и обсудить разные подходы и методы для решения тех или иных конкретных задач клиента/пациента в условиях спа или медицинского учреждения. Такой формат – дискуссия-демонстрация-анализ – на ТОПСПАФЕСТе происходил и после обеда, и после ужина, а порой – и далеко за полночь.

В обычной жизни у преподавателей, да и у простых массажистов нет возможности и времени открыто, профес-

сионально и никуда не спеша, в течение нескольких дней и вечеров с разных сторон рассмотреть и детально обсудить конкретную проблему, решаемую с помощью массажа и спа-технологий. Как правило, к таким обсуждениям подключались и руководители предприятий. Возникла общая технологическая реальность и общее понимание задач. Таким образом, уже после ТОПСПАФЕСТа, непосредственно на родном предприятии, улучшалось качество технологических процессов и взаимопонимание между сотрудником и руководителем.

Итальянский ТОПСПАФЕСТ открыл для массажистов из стран бывшего СССР итальянский взгляд на массаж и спа. В один из вечеров участники ТОПСПАФЕСТа разместились, словно римские патриции в Колизее. И на сцене под страстную музыку итальянской оперы Маэстро Антонио Черрони, словно факир, творил чудеса с двумя красивыми девушками-студентками из Казахстана. Языки пламени облизывали их юные тела. Бамбуковые палки со скоростью пропеллера мелькали со свистом, рассекая воздух над их загорелыми спинами и бедрами и, тут же, нежно раскатывали спортивные мышцы юных красавиц, утомленных ночными танцами и утренним плаванием. Оливковое масло тонким золотистым потоком струилось из морских раковин с высоты вытянутых рук Маэстро. Преломляясь в свете прожекторов, ярко-золотой цвет превращался во все цвета радуги. И уже бриллиантовый живописный поток, как струя водопада, извергался и распадался на сотни ярких алмазов между точеными лопатками прекрасных казашек. Антонио буквально растворялся в пространстве. Как Киану Ривз в фильме «Матрица», он то замирал, буквально, зависая в пространстве, то мгновенно перемещался со скоростью света в другой конец сцены! Его кисти, предплечья почти сливались с телами моделей. Как скульптур, он превращал прекрасное в идеальное. Зрители с восторгом и в то же время немного снисходительно наблюдали за красивейшим действием на сцене.

Было ли это талантливо? Безусловно!

Был ли это массаж? В какой-то степени.

Но в большей степени это было шоу. Для россиян это уже не тренд. Хотя и интересно. И, безусловно, Антонио – это Мегаталант!

По-настоящему выдающимся и, даже для организаторов ТОПСПАФЕСТа, неожиданным было выступление М.А.Ерёмушкина. Да, вы, конечно, хорошо знаете профессора, автора многих книг по массажу и автора главного учебника в нашей стране по медицинскому массажу. В то же время вы совершенно не знаете Михаила Анатольевича, такого, каким он был на ТОПСПАФЕСТе. Незабываемым стало его выступление online по Skype. (Ввиду сильной занятости Михаил Анатольевич был вынужден остаться в России, но интеллектуально и эмоционально он был вместе с нами!) Но главное – это не форма его выступления, главное – тема «Подрывные спа-технологии». Искренне жаль, что это выступление не услышали все руководители предприятий нашей отрасли. По сути оно оказалось пророческим. Это готовая концепция или стратегия спа-бизнеса в нынешних экономических условиях. Аналогичные процессы происходили и происходят в других отраслях. Основной вывод следующий: то, что менее затратно, но потенциально более масштабно, принципиально доминирует. Очевидная мысль, и, казалось бы, совсем не нова. Однако приведенные конкретные примеры экономических феноменов «соседних» отраслей и примеры, уже состоявшиеся в области оздоровления, убедительно обозначили, если хотите, начало новой эры, нового понимания спа-индустрии. Ведь еще не так давно само



слово «спа» ассоциировалось исключительно с роскошью и элитной прослойкой общества. Да и сами «спа-исполнители» пытались соответствовать «эксклюзивности» и «элитарности». Как видите, времена изменились. Изменились ли подходы владельцев спа-бизнеса? Кто-то уже услышал пульс времени и поменял курс своего предприятия. А тех, кто еще живет «по старому времени», новое время просто вышибет из обоймы.

На итальянском ТОПСПАФЕСТе была еще одна online-новация. В то же время на Украине, в Киеве, проходило профессиональное мероприятие «Битва Титанов». Своеобразное состязание опытных массажистов. Два мастера, две модели. Двум массажистам была поставлена одинаковая задача: снятие психоэмоционального напряжения. Таким образом, понимая цель, каждый из них выбирал свой набор алгоритмов и инструментов решения этой задачи.

Одна только проблема: а судьи кто? Ведь все достойные эксперты в это время были на ТОПСПАФЕСТе. Именно поэтому было принято решение не отменять киевское мероприятие, а провести интернет-трансляцию и экспертировать дистанционно.

Билькевич, Ермолаев, Сыромятников, Черрони, Гончаров, Сырченко – внушительная судейская коллегия выявила победителя. Им оказался Александр Моисеенко, опытный мастер массажа и банного искусства.

Наверное, нет смысла по дням и часам вспоминать все события ТОПСПАФЕСТа.

Но, если позволите, еще несколько ярких красок Фестиваля.

Был еще и День красоты в хаммаме. Аналогов в обычной жизни не найти. Сами подумайте, в одном спа-центре собираются чемпионы мира по массажу разных лет, здесь же судьи этих чемпионатов, здесь же спа-эксперты, здесь же лучшие банщики и, конечно, главные герои ТОПСПАФЕСТа – обычные массажисты. Профессионалы делали процедуры Профессионалам, да и не только – всем желающим! И, конечно, все безвозмездно.

А еще команда «Талассо Бретань» в завершение ТОПСПАФЕСТа подарила всем массажистам и всем участникам незабываемый вечер! Конкурсы и концерт с зажженными свечами. И свеча к свече – огонь передается к каждому и от каждого. Тепло к теплу. От сердца к сердцу.

Вот так, очень точно передана сама идея ТОПСПАФЕСТа. В 2014 г. мы вместе с вами, коллеги, покорили две главные вершины. Чемпионат мира и итальянский ТОПСПАФЕСТ. И то и другое, хоть и были «очередными мероприятиями», но в то же время стали ВЫДАЮЩИМИСЯ!

Чего же нам ждать в текущем 2015 г.?

Прежде всего, не пропустите 18 апреля. Впервые в нашей стране пройдут сразу три мероприятия для массажистов в один день. Съезд НФМ. Чемпионат по массажу г. Москвы. Выставка массажных школ.

В декабре подводим итог профессионального года – Финал IX Чемпионата мира по массажу.

А с 10 по 20 сентября – VII ТОПСПАФЕСТ. Этот Фестиваль станет принципиально другим. Как минимум в 2 раза увеличится число участников.

Появится «Базовый факультет». Это предотвратит намеченную в отрасли тенденцию эзотерических и ненаучных метаний в процессах обучения массажу и спа-технологиям. Кроме того, новая система обучения на ТОПСПАФЕСТе даст фундамент для получения целостных знаний. Каждый специалист сможет выявить свои слабые места. Некоторые пробелы будет возможно ликвидировать прямо на ТОПСПАФЕСТе. Остальное можно исправить в течение последующего периода в разных школах, а также изучая специальную литературу и материалы, рекомендованные на ТОПСПАФЕСТе преподавателями.

Ранее учебный процесс формировался «от личности» учителя, так сказать, «от звезды». В этом году идем «от предмета», «от темы».

Так как в современном мире spa & wellness выросли требования к профессиональному кругозору специалиста, расширится и список изучаемых предметов на ТОПСПАФЕСТе: «ЛФК и фитнес», «Банное дело», «Косметология», «Велнес-координатор», «технологии активного долголетия» и др.

В наше непростое время стоимость билета на ТОПСПАФЕСТ является важным фактором для принятия решения. Организаторы сделали невероятное – за 10 дней проживания рядом с морем в 4-звездочном отеле с завтраком, перелетом, утренними мастер-классами, дневной лекцией и вечерними профессиональными дискуссиями – стоимость при раннем бронировании через НФМ составит от 25 тыс. руб.

И еще важный момент – это Сочи, коллеги! Обновленный после Олимпиады, прекрасный Сочи в бархатный сезон. Ждем друзей на ТОПСПАФЕСТ-2015.

А. И. Сырченко,

руководитель проекта «Международный фестиваль массажа и спа ТОПСПАФЕСТ», Москва

VIII Международный чемпионат по массажу



1 ноября 2014 г. в одном из красивейших столичных отелей «Бородино-Холл» произошла поистине «бородинская баталия» – финальный этап соревнования массажистов – VIII Международный чемпионат по массажу. Отличаясь от всех предыдущих, этот чемпионат, по сути, перевернул страницу истории, оставив в прошлом все ненужное, искусственное, нефункциональное и дав старт новому, современному пониманию профессионального массажа. Именно Профессионализм в качестве главного принципа конкурса мастерства массажистов утвердила организатор мероприятия НП «Национальная Федерация массажистов» (НФМ). Для НФМ окончательно перестал быть интересен формат сценического массажа. Возможность заниматься игровыми шоу-программами с демонстрацией околосаунажных театрализованных выступлений оставлена навсегда.

Чемпионат НФМ-2014 пригласил под свои знамена исключительно профессионалов – массажистов медицинских учреждений, спортивных команд, спа- и фитнес-центров. Традиционно, для того чтобы попасть в финал Чемпионата мира, помимо специального медицинского образования, необходимо было стать призером или победителем чемпионата своего федерального округа или национального чемпионата своей страны. Таким образом, VIII Международный чемпионат по массажу по сути стал итогом всего календарного года чемпионатов разных городов и стран.

Что же произошло в этот знаменательный день?

Парад барабанщиков, одетых в униформу гусар времен 1812 г., нарушил предстартовую утреннюю тишину раскатами бравых маршей. Боевой дух участников заметно вырос, все буквально рвались в бой. Зал в виде амфитеатра напоминал арену гладиаторов. Прозвучали фанфары. Судьи расположились в первом ряду. А зрители в нетерпении повставали со своих мест! Хотя с любого места открывался прекрасный вид – все происходящее на сцене

транслировалось на большом экране, а в Интернете шла онлайн-трансляция.

Почти три десятка участников не могли бы одновременно оказаться на одной сцене, поэтому зрители наблюдали увлекательный пятиактовый спектакль. Каждый акт был наполнен своей драматургией, имел своих лидеров. На каждом этапе открывались новые методические идеи и демонстрировались технические находки. Точны в движениях и наивны в намерениях были белорусы, полны заботы – украинцы. Неизменный шарм литовцев, на этот раз был дополнен экоакцентом. Очень уверенное выступление показали участники из Казахстана. Представительница Узбекистана транслировала восточные традиции спа-гостеприимства. А вот в выступлении посланцев двух российских столиц – фактической и дождливой – явно прослеживалась предварительная глубокая интеллектуальная работа. Традиционно сильные и яркие программы представили массажисты из Кисловодска. Весьма перспективными показали себя дебютанты из Алтая, призеры Чемпионата Сибири, который поддерживается государственными структурами. А ведь так и должно быть повсеместно. Тогда мы увидим повышение профессионализма специалистов с, одной стороны, и популяризацию массажа как неотъемлемую часть здорового образа жизни – с другой!

Иногда лучшее – враг хорошего. Так получилось с выступлением чемпионки Волго-Вятского чемпионата: и тема отличная, и исполнение безупречное, но слишком уж много антуража. Вторичное отвлекало от сути. Раньше, до данного финала, все это считалось почти нормой. Сегодня – все лишнее в прошлом.

Судейская бригада была представлена посланцами из Италии, Израиля, Украины, Молдовы, Беларуси, Литвы, Эстонии, Казахстана и России.

Победители выбирались суммой баллов по тем критериям, которые были разработаны и утверждены Единой

консолидированной системой НФМ. Результаты каждого этапа Чемпионата сразу же появлялись на экране. Зрители с волнением ждали развязку...

И вот, последние участники выступили. Холодно произведены арифметические действия. Снова звучат фанфары в честь финалистов – они стоят на сцене в свете софитов и прожекторов. Как и подобает героям, они скромно улыбаются, но в их глазах счастье и немного усталости от волнующего, незабываемого дня, возможно, одного из самых ярких дней их профессиональной карьеры.

И, наконец, вот они, наши главные Герои – лучшие из лучших массажисты 2014 г.:

- Балабанова Елена (Беларусь) – I место;
- Зигмас Зданиевичус Иозо (Литва) – II место;
- Коуранин Абдулжабар (Казахстан) – III место;
- Коршиков Олег (Россия) – специальный приз за инновации в массаже;
- Ролдугина Эрика (Литва) – открытие 2014 г.;
- Робертас Кантаускас (Литва) – специальный приз за креатив;
- Бесаев Владимир;
- Хабибулина Ксения;
- Дуриев Александр;
- Сафонова Татьяна;
- Чернышов Юрий;
- Чернов Виталий;
- Пашкевич Александр;
- Дробот Александр;
- Липатникова Татьяна;
- Глушич Дарья;
- Гирич Дмитрий и Богдан;
- Баженов Илья;
- Мусалов Мавлид;
- Викулова Оксана;
- Поляков Сергей;

- Дейкун Сергей;
- Босоногова Светлана;
- Андреев Инна;
- Бабаджанова Дилфуза;
- Шойко Дмитрий;
- Алмаз Исмаилов.

А далее было чествование. Наши партнеры и спонсоры буквально одарили финалистов щедрыми призами. Мы гордимся своими партнерами:

- Комиссией по охране здоровья, физической культуре и популяризации здорового образа жизни Общественной палаты Российской Федерации;
- Благотворительной организацией «Катюша»;
- Международным Советом по развитию спа и велнес (SWIC);
- профессиональным журналом «Массаж. Эстетика тела»;
- Международным Фестивалем спа и массажа TOPSPAFAST.

Генеральный спонсор – компания «Vivax», постоянный партнер во всех новаторских начинаниях НФМ. Компания «Талассо Бретань» – многолетний Друг и Партнер чемпионатов. Компания «1-touch» во главе со своим креативным лидером В.М.Халошиным всегда и во все времена поддерживали массажистов. Спасибо всем компаниям, которые словом и делом помогают сохранить здоровье нации через поддержку Международного чемпионата по массажу: «Биосфера», Академии массажистов, Труфит, Вифалия, Интрапос, Styx, Бека. Отдельная благодарность ГБОУ СПО ТК 34.

А что дальше? Продолжение следует. IX Международный чемпионат по массажу ждет своих героев!

А. И. Сырченко,

руководитель Единой консолидированной системы чемпионатов по массажу НП НФМ, Москва

История чемпионатов по массажу 2006–2014 гг.

Давным-давно, в далекой-далекой Галактике...

Нет! Все самое интересное началось значительно позже. В конце 1990-х годов в обновленной России появилась возможность познакомиться с мировым наследием массажной культуры – традиционными системами и видами массажа, а также авторскими европейскими и североамериканскими массажными школами. Практически на всех тематических выставках товаров и услуг сферы красоты и здоровья Восточной Европы в то время приглашенные западные мастера демонстрировали оригинальные массажные техники. Российские массажисты с жадностью впитывали полученные новые знания и умения и, конечно же, активно внедряли их в свою повседневную практику. Именно в формате выставочного пространства российские специалисты открыли для себя разнообразие массажного мира.

Закон развития любой выставки, как и любого массового зрелища, всегда один – еще больше, еще ярче. Через несколько лет и организаторам, и посетителям выставочных пространств стало недостаточно участия в массажных шоу-программах всего одной заморской «звезды», виртуозно владеющей телом полуобнаженной модели. Тем более к этому времени уже были подготовлены и свои доморощенные «асы». И появились... конкурсы – кто больше, кто ярче, кто креативнее и т.п. Массажисты, косметологи, эстетисты, парикмахеры, стилисты демонстрировали свои умения все вместе на одной площадке, удивляя и радуя еще не пресыщенную таким зрелищем «почтенную публику». Закономерно победителями подобных соревнований зачастую становились или участники, представляющие продукцию спонсора мероприятия, или личности, не имеющие никакого специального образования в области массажа, но искренне любящие работать руками и верящие, что для массажа «главное – руки и харизма, а знания – необязательное дополнение».

В это самое время, а именно в 2003 г., руководителю тогда еще молодой Международной школы спа Андрею Игоревичу Сырченко пришла идея организации по-настоящему профессиональных конкурсов массажистов, где бы оценивали не «ловкость рук», а правильность выполнения той или иной массажной техники, где судьями являлись не представители косметических компаний, а сами преподаватели массажных технологий.

Позже в 2005 г. знакомство с доктором медицинских наук Михаилом Анатольевичем Ерёмушкиным, запускающим тогда проект профессионального журнала для массажистов «Массаж. Эстетика тела», вселило в Андрея Игоревича еще большую уверенность в необходимости подобных соревнований и правильности выбранной линии своей профессиональной деятельности.

Для того чтобы дистанцироваться от прежних конкурсов массажистов и одновременно раскрыть многогранность оздоровительного направления в массаже, А.И.Сырченко как автор термина «спа-массаж» предложил сделать акцент именно на спа-тематике новых массажных конкурсов, что было полностью поддержано М.А.Ерёмушкиным

и впоследствии оформлено авторским свидетельством о регистрации результата интеллектуальной деятельности №13573.

С 2006 г. тандем А.И.Сырченко и М.А.Ерёмушкина начал свою работу по организации профессиональных массажных конкурсов как в России, так и за ее пределами, а с 2012 г. все чемпионаты по массажу, организуемые при их непосредственном участии, вошли в Единую консолидированную систему чемпионатов по массажу профессиональной организации специалистов в области массажа **Некоммерческого партнерства «Национальная Федерация массажистов»**.

Они были первыми...

В мае 2006 г. в Краснодаре, по праву называемом южной столицей России, прошел организованный ООО «Лаки Хаус» при непосредственном деятельном участии ее директора Юрия Витальевича Шведова I Чемпионат Краснодарского края «Лучший спа-мастер-2006». Именно это событие стало отправной точкой в истории профессиональных массажных конкурсов на всем постсоветском пространстве. Высочайший уровень профессионального мастерства участников Чемпионата, разнообразие представляемых на конкурс систем, видов, техник и методик массажа, безукоризненная организация самого мероприятия позволили, по единодушному мнению А.И.Сырченко и М.А.Ерёмушкина, с 2009 г. Южно-российскому чемпионату присвоить статус Чемпионата России по массажу.

В том же 2006 г. при поддержке латвийских коллег Ирины Орловой и Светланы Шабалиной в Юрмале был проведен I чемпионат стран Балтии на звание «Лучший спа-мастер-2006». В течение последующих 4 лет латвийский чемпионат радушно собирал участников балтийских стран – Латвии, Литвы, Эстонии, а также России, но, уже начиная с 2010 г., вначале в Литве благодаря активной деятельности директора компании ISPADO Ины Турсиене, а затем в 2011 г. в Эстонии, организованный Международной академией массажа во главе с Мартином Ильвесом, стали проводиться свои национальные конкурсы профессионального мастерства массажистов. Безукоризненная эстетика и рациональный минимализм – традиционно стали отличительными чертами всех прибалтийских чемпионатов.

Региональные чемпионаты

С 2007 г. по всем российским регионам началось триумфальное шествие Системы профессиональных массажных чемпионатов.

Первым в общую семью профессиональных массажных конкурсов влился чемпионат Самары, проводимый при содействии компании «RTE-Group» и получивший впоследствии, в 2010 г., благодаря активной организационной деятельности Елены Семеновой статус Чемпионата Среднего Поволжья.

В следующем, 2008 г., в Новосибирске по инициативе массажиста Валерия Новикова прошел I Чемпионат Сибири по массажу, но уже в 2009 г. при поддержке компа-

нии «MixMax» он перебазировался в Красноярск со статусом Чемпионат Сибири и Дальнего Востока. Активную позицию в регионе в продвижении чемпионатского движения в разные годы занимали Евгений Маландей и Елена Глушенкова. С 20014 г. конкурс изменил свое название и начал именоваться Чемпионатом Сибирского федерального округа по массажу, а местом проведения стал г. Белокуриха Алтайского края.

Отдельно следует отметить проводимые с 2009 г. в Нижнем Новгороде чемпионаты Поволжья. Благодаря самоотверженной работе бессменного организатора данных мероприятий и руководителя спа-салона «Бали» доктора Елены Юрьевны Ручиной Чемпионат уже в первый год своего существования вызвал колоссальный интерес у специалистов региона. Именно Чемпионат Поволжья стал на несколько лет «кузницей чемпионов» – как победителей Чемпионата России, так и Международного чемпионата.

Яркими, зрелищными мероприятиями, но, к сожалению, не отметившимися регулярностью и системностью проведения запомнились Чемпионаты Санкт-Петербурга, Ярославля, Ростова-на-Дону, Пензенской области.

Начиная с 2010 г. практически ни один Чемпионат России или Международный чемпионат по массажу не обходился без участников ФГОУ СПО «Кисловодский медицинский колледж Росздора». При поддержке руководителя этого учебного заведения Констанции Николаевны Гоженко и всего преподавательского коллектива высочайший уровень профессионального мастерства участников и тем более победителей чемпионатов стал стандартом медицинской составляющей профессиональных массажных конкурсов.

С 2011 г. вначале в Анапе благодаря инициативе доктора Вячеслава Александровича Малова, а в последующие годы коллектива специалистов регионального представительства НП «Национальная Федерация массажистов», и с 2012 г. в Сочи при поддержке компании «СОУД – Сочинские выставки» и инициативной группы, организованной Виктором Пазушко, стали проводиться чемпионаты по массажу, ставшие отборочными соревнованиями для Чемпионата России по массажу.

Ассоциация массажистов Республики Башкортостан, проводившая конкурсы массажистов в Уфе с 2009 г., а с 2012 г. уже под эгидой НП «Национальная Федерация массажистов», при активной организационной деятельности президента Ассоциации доктора Анвара Мигатова Хантемирова и Рустема Габдуллина создали на своей базе уникальную творческую площадку синтеза медицинских и оздоровительных массажных технологий. Чемпионаты по массажу Башкортостана зарекомендовали себя как высокопрофессиональные мероприятия, объединяющие под своей крышей специалистов всего региона и предоставляющие им не только возможность знакомства с лучшими массажными методиками, но и поиска новых методических решений.

В 2012 г. в Кирове организованный руководителем салона CITYSPA&BEAUTY Натальей Бояринцевой, в том же году в Воронеже при активном содействии директора и хозяйки отеля «Яр» Яны Чернышовой, а в 2013 г. в Калининграде благодаря деятельности председателя АНО «Балтийская Гильдия СПА» Сергея Добротворского прошли первые чемпионаты по массажу, которые, надеемся, станут традиционными для специалистов этих регионов.

Национальные чемпионаты

Из иностранных государств российскую идею проведения профессиональных конкурсов массажистов после

Латвии первой поддержала Украина. В 2008 г. в Киеве прошел первый Чемпионат Украины по массажу, организаторами которого выступили Международная школа спа, Spaschool Украина, ООО «Центр Каприлова» и ООО «Косметик Экспо Медиа». В последующие годы в качестве отборочных региональных туров стали проводиться Чемпионаты Крыма, Харькова, Одессы, Сум, Донбасса, Ужгорода, Днепропетровска. С 2012 г. основную нагрузку по организации чемпионатов на Украине возложена на компанию UKRAINIAN SPA (Украинское спа) под руководством Татьяны Степаненко.

Безукоризненную организацию мероприятий с 2011 г. ежегодно показывают чемпионаты Беларуси, проводимые руководителем ООО «Королева-Бай» Тамарой Королевой. Синтез лечебной и оздоровительной медицины, глубокое понимание медицинской эстетики – отличительные черты белорусской школы массажа, сформулированные и продемонстрированные на чемпионатах по массажу Республики Беларусь.

С 2012 г. по инициативе президента Ассоциации массажистов и реабилитологов Республики Молдова Розы Антиповой, а с 2013 г. при содействии НП «Национальная Федерация массажистов» стали проводиться Чемпионаты по массажу Республики Молдова. Новый колорит мероприятий, слияние принципов разных европейских массажных школ позволили участникам чемпионатов Молдовы занять достойное место среди своих коллег из других стран.

Самым молодым национальным чемпионатом по массажу стал проведенный в 2014 г. Чемпионат Казахстана, организатором которого выступила руководитель школы массажного искусства «Исцеляющие руки» Лариса Константиновна Кайбырова. Вероятно, впереди все профессиональное массажное сообщество ждет новые открытия и неординарные методики от участников чемпионатов Казахстана.

Болгария и Германия, проведя в отдельные годы несколько конкурсов профессионального мастерства, к сожалению, так и не смогли наладить систему регулярных чемпионатов по массажу. Тем не менее с 2012 г. начали свою успешную историю чемпионаты по массажу Израиля, организуемые руководителем центра альтернативной медицины института Вингейта в г. Нетании Александром Билькевичем.

Международный чемпионат

Первый чемпионат, имеющий статус международного, прошел в сентябре 2007 г. на площадке Московского международного открытого фестиваля фитнеса (MIOFF) при поддержке компании «RTE-Group» и позиционировался как Международный чемпионат по велнес-массажу. Позже, в октябре того же года, в столичном выставочном комплексе «Крокус Экспо» при участии Издательского дома «Космопресс» и Международной школы спа состоялся Международный чемпионат, но уже по спа-массажу. В 2008 г. после проведения уже вторых международных чемпионатов по велнес- и спа-массажу А.И.Сырченко и М.А.Ерёмушкиным было принято решение оставить Чемпионат по спа-массажу в качестве единственного международного конкурса, представляющего собой финальное соревнование для действующих и создающихся чемпионатов по массажу, а организацию чемпионатов по велнес-массажу взять на себя, присвоив им столичный статус чемпионатов Москвы.

К 2013 г. формирование Системы чемпионатов по массажу было завершено, и все права на дальнейшее коммерческое использование этого бренда, названия, логотипа,

правил, критериев и т.д. были переданы правообладателями российскому НП «Национальная Федерация массажистов». В связи с чем с 2014 г. координирующую роль проведения профессиональных массажных конкурсов взяла на себя Единая консолидированная система чемпионатов по массажу НП «Национальная Федерация массажистов».

Вместо заключения (но не окончания).

Прошло чуть менее 10 лет с начала рождения чемпионатного массажного движения, и сегодня это уже яркие, красочные мероприятия, вызывающие неподдельный интерес и признание как среди профессионалов, так и среди потребителей массажных услуг.

Конечно, в том или ином формате конкурсы профессионального мастерства массажистов проводились и значительно раньше. Что, как не соревнование, представляет собой обычный экзамен в массажной школе, медицинском училище или колледже? Но, как правило, участие в подобных конкурсах принимают только что отучившиеся специалисты, т.е. новички, имеющие недостаточный багаж профессиональных навыков и знаний. Именно по этой причине А.И.Сырченко и М.А.Ерёмушкиным был

предложен вначале формат чемпионатов по спа-массажу, где профессиональный опыт и творческая фантазия участников могли найти самое лучшее свое отражение в демонстрации методик оздоровительного, профилактического, гигиенического массажа, а впоследствии – формат чемпионатов по массажу, объединяющий всевозможные как лечебные, так и оздоровительные массажные технологии. Мир массажа – действительно огромная территория, на которой найдется место любому варианту «исцеляющего прикосновения».

Проведение столь значимых мероприятий стало возможно только благодаря одобрению и активному участию действительных членов НП «Национальная Федерация массажистов».

Объединяя профессионалов, мы создаем профессию!

История массажа только начинается, и творить ее нам с вами вместе!

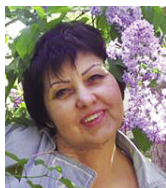
P.S. Более подробную информацию о чемпионатах по массажу, проводимых под эгидой Единой консолидированной системы чемпионатов по массажу НП «Национальная Федерация массажистов», вы можете узнать в архиве мероприятий на сайте www.spaevent.ru

Массаж-2014: лучшие из лучших

Жюри VIII Международного чемпионата по массажу:



- председатель жюри – Андрей Игоревич Сырченко, президент Международной школы спа, организатор Международного фестиваля массажа и спа ТОПСПАФЕСТ, руководитель Единой консолидированной системы чемпионатов по массажу НП «Национальная Федерация массажистов» (Россия);



- Лариса Константиновна Кайбырова – основатель и руководитель школы «Исцеляющие руки» (Казахстан);



- Алена Игоревна Сяйлев – ведущий преподаватель Международной массажной академии, преподаватель Тартуского университета (Эстония);



- Тамара Юрьевна Королева – директор компании «Королева-Бай» (Беларусь);



- Инна Турсиене – генеральный директор консалтинговой компании и учебного центра ISPADO (Литва);



- Роза Мергалиевна Антипова – президент Ассоциации массажистов и реабилитологов Молдовы, владелица салона красоты «Roza Antipova» (Молдова);



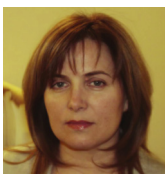
- Роман Романенко – преподаватель медицинского массажа и спа-методик, организатор Крымского фестиваля массажа «АВТОНОМИЯ ЗДОРОВЬЯ» (Россия);



- Антонио Черрони – участник международных выставок красоты Cosmoprof, Aesthetica, Esthetiques, основатель массажной школы Cerrone Beauty Farm, преподаватель авторских методик массажа (Италия).

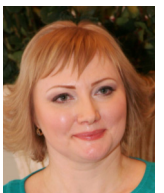


- Александр Билькевич – руководитель центра альтернативной медицины института им. Вингейта (Израиль);



- Татьяна Степаненко – руководитель Украинской школы спа, директор спа-центра «Море» (Украина);

Участники VIII Международного чемпионата по массажу



Инна Юрьевна Андреев

II место – I Центральноеазиатский чемпионат массажного искусства 2014 г.

Место работы: частная практика (Алма-Ата, Казахстан).

Профессиональная биография: окончила Екатеринбургский экономический университет, позже поступила в медицинское училище и получила специализацию по медицинскому массажу. Проходила обучение в школе массажного искусства «Исцеляющие руки» под руководством Л.К.Кайбыровой, Международной школе спа, Центре ароматерапии «Ирис», школе массажа А. Билькевича, Центре косметологии «Magiray» (Израиль), на курсах Украинской школы спа. Освоила: массаж Ыссык-Таш, антицеллюлитный

массаж, тайский массаж, ортосоматический массаж, гречишный массаж, терапию триггерных точек, абдоминальную пластику живота и др.

Подготовку специалиста осуществляла преподаватель Лариса Константиновна Кайбырова (школа «Исцеляющие руки», Казахстан).

Конкурсная программа: «Массаж горячими камнями "Ыссык-Таш"».

Кредо: «Массаж – не просто любимое дело, приносящее удовольствие, заставляющее находиться в постоянном поиске, стремиться к совершенствованию, искать все новые и новые пути к пониманию непростого языка тела, его знаков, это – возможность помочь людям обрести себя, дать им мгновения счастья, дать им понимание, что все в жизни можно изменить к лучшему».



Дильфуза Каримбердиевна Бабаджанова (Артыкова)

III место – I Центральноазиатский чемпионат массажного искусства 2014 г.

Место работы: салон «Посольство Красоты» (Ташкент, Узбекистан).

Профессиональная биография: в 2003 г. окончила медицинский колледж «Учебно-оздоровительный комплекс» по специальности «Акушер». В 2008 г. прошла обучение на курсах классического и оздоровительного массажа в специализированном учебном центре «Гульчехра». Проходила стажировку и обучение в Узбекистане и Китае у китайских, тайских, корейских массажистов по восточноазиатским техникам массажа. Владеет классическим, лечебно-оздоровительным, антицеллюлитным, лимфодренажным, точечным, тайским массажем; спа-программами – массаж травяными штампами, стоун-терапия, шоколадотерапия, талассотерапия, ароматерапия, Rosetherapy, Hot Karite SPA, Bust Up, винотерапия SPA Gourmand и др.

Конкурсная программа: «Шоколадный рай» для мужчин – оригинальная авторская методика.

Кредо: «Максимум внимания к клиенту, добросовестное отношение к обязанностям, постоянная работа над собой – вот залог профессионального отношения к любимому делу – массажу».

Илья Анатольевич Баженов и Мавлид Магомедович Мусалов



I место – Чемпионат по массажу Кисловодского медицинского колледжа 2014 г.

Илья Анатольевич Баженов

Место работы: санаторий «Ямал» ООО «Газпром».

Профессиональная биография: Из династии массажистов. Окончил в 2014 г. ГБОУ СПО «Кисловодский медицинский

колледж» Минздрава России по специальности «Медицинский массаж». Владеет методиками классического, лимфодренажного, соединительнотканного и рефлекторного массажа, применяет в работе техники восточных видов массажа: юмейхо, точечного массажа, традиционного китайского массажа. Сертифицирован по ЛФК и медицинскому массажу, специализировался по детскому массажу, скульптурирующему массажу и спа-технологиям.



Мавлид Магомедович Мусалов

Профессиональная биография: окончил в 2014 г. ГБОУ СПО «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России по специальности «Медицинский массаж» с отличием. Владеет методиками классического, лимфодренажного, соединительнотканного и рефлекторного массажа, сертифицирован по ЛФК и медицинскому массажу; освоил методики кинезотерапии в вертеброневрологии, детского и точечного массажа. Применяет в работе мануальную диагностику и постизометрическую релаксацию.

Подготовку специалиста осуществляли преподаватели: Любовь Валентиновна Акопян и Наталья Петровна Павлухина (ГБОУ СПО «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России).

Конкурсная программа: «Птица Феникс. Волшебное прикосновение» – методика массажа для профилактики эмоционального выгорания и применения в комплексном лечении депрессий.

Кредо: «Только совместными усилиями можно добиться реальных результатов. Преподаватель и ученик создают

методику, массажист и пациент – здоровье и душевную гармонию».



Елена Валерьевна Балабанович

III место – IV Чемпионат Беларуси по спа-массажу 2014 г.

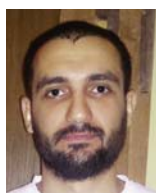
Место работы: салон «Gold line» (Минск, Беларусь).

Профессиональная биография: в 2001 г. окончила Белорусскую государственную академию физической культуры по специальности «Физическая культура и спорт». В дальнейшем прошла обучение по миофасциальному релизу, пульсационному массажу, антицеллюлитному и нейроседативному массажу школы Энрике Гарсиа, закончила три этапа обучения по холистическому массажу Руты Страткаускене.

Подготовку специалиста осуществляла преподаватель Рута Страткаускене (Школа холистического массажа, Литва).

Конкурсная программа: «Гармонизирующий массаж для женщин».

Кредо: «Своим основным профессиональным успехом считаю отдохнувшие и счастливые лица клиентов».



Владимир Тигранович Бесаев

III место – VIII Чемпионат г. Москвы по массажу 2014 г.

Место работы: спа-салон «Тайрай» (Москва).

Профессиональная биография: после окончания в 2006 г. Московского медицинского училища №1 прошел специализацию по «медицинскому массажу». Работал массажистом в салонах красоты и фитнес-центрах. В 2013 г. поступил на курсы годичного обучения «СПА-мастер» – совместный проект «Международной школы спа» и «Школы интегративного массажа». В настоящее время учится в НОУ ВПО «Московский психолого-социальный университет» на факультете «Психология», осваивая методики телесно-ориентированной психотерапии.

Подготовку специалиста осуществлял преподаватель Андрей Юрьевич Мочалов (Школа интегративного массажа, Москва).

Конкурсная программа: «Силовой динамический массаж».

Кредо: «Хочется дарить людям здоровье и радость. Хочется учиться самому и делить свои знания с другими. Быть нужным и отдавать всего себя другим – это самое главное в жизни. Именно так можно изменить мир к лучшему!»



Светлана Владимировна Босоногова

I место – I Чемпионат Сибирского федерального округа по массажу 2014 г.

Место работы: частная практика (город-курорт Белокуриха).

Профессиональная биография: окончив Сибирский государственный университет телекоммуникаций и информатики по специальности «Инженер связи», в 2009 г. резко поменяла направление профессиональной деятельности – решила стать массажистом. Проходила обучение технике тайского массажа в школе Thai Massage Development School Pattaya в Таиланде.

Конкурсная программа: «Тайский массаж с Сибирской Душой» – оригинальная авторская методика.

Кредо: «За все время моей массажной практики пришла к

мнению, что любая болезнь – это проблема всего организма, которую можно решить только целостным подходом к лечению, а не делить тело на какие-то отдельные "кусочки". Массаж – это единение души и тела!»

Оксана Валерьевна Викулова и Сергей Михайлович Поляков

II место – I Чемпионат Сибирского федерального округа по массажу 2014 г.

Место работы: отделение ЛФК и массажа ЗАО «Санаторий "Россия"» (город-курорт Белокуриха).



Оксана Валерьевна Викулова

Профессиональная биография: после окончания Оренбургского государственного института физической культуры в 1989 г. по распределению приехала работать в г. Белокуриху в Санаторий «Россия» инструктором ЛФК и сразу стала совмещать ЛФК и медицинский массаж. В 2000 г. получила 1-ю категорию по медицинскому массажу, в 2005 г. – высшую, в 2010 г. подтвердила высшую категорию по медицинскому массажу. В 2006 г. прошла обучение по «Аппаратным и специальным видам массажа». Работала в спа-отделении на водорослевых и шоколадных обертываниях; в бане и после паровой бочки – релакс-массаж, тандем-массаж и с другими видами массажа. Имеет почетную грамоту от санатория и администрации г. Белокурихи.



Сергей Михайлович Поляков

Профессиональная биография: в 1991 г. окончил Барнаульский педагогический институт по специальности «Физическая культура». С 1996 г. работает в санатории «Россия» инструктором ЛФК и тренером тренажерного зала. В 2005 г. окончил курсы массажа и по настоящее время работает совместителем по массажу. С 2006 г. после курсов усовершенствования по массажу освоил следующие виды и методики массажа: миофасциальный, шиацу, антицеллюлитный, тандем-массаж, медовый, моделирующий.

Конкурсная программа: «Тандем-массаж – оригинальная авторская методика».

Кредо: «В наших планах на будущее – желание и в дальнейшем радовать гостей и жителей нашего города и санатория "Россия" своей добросовестной и нужной работой».



Дарья Андреевна Глушич

III место – VII Чемпионат Украины по спа-массажу 2014 г.

Место работы: частная практика (Симферополь).

Профессиональная биография: после получения первого высшего образования по специальностям «Филология» и «Культурология» заинтересовалась массажными техниками. Прошла обучение технике хиромассажа в Массажной школе Елены Земсковой, методикам косметического массажа, кинезиотейпинга на семинарах Ф.А.Субботина. В настоящий момент проходит обучение в магистратуре Таврического национального университета им. В.И.Вернадского (Симферополь, Россия) на факультете «Физическая адаптация».

Подготовку специалиста осуществляла преподаватель Елена Дмитриевна Романенко («Автономия Здоровья», Симферополь).

Конкурсная программа: «Массаж в пренатальный период беременности».

Кредо: «Для меня массаж – это поэзия. Только он – источник вдохновения. Бесконечное число вариантов и целая гамма процедур. Я занимаюсь массажем, потому что люблю людей. Сейчас моя работа – это жизнь. Я чувствую, что массаж – это таинство, цель которого – раскрыть лучшее в человеке, сделать его жизнь более полной. Лучшая награда массажисту – сияющие глаза клиента и изменение его жизни».



Сергей Викторович Дейкун

III место – I Чемпионат Сибирского федерального округа по массажу 2014 г.

Место работы: ОЦ «Водный мир» ЗАО «Курорт Белокуриха» (город-курорт Белокуриха).

Профессиональная биография: в 2008 г. окончил ГОУ СПО «Бийский медицинский колледж», после чего получил специализацию по медицинскому массажу и начал работать массажистом в Белокурихе. Прошел обучение в Турции по программе «Баня процедуры в хаммаме», освоил методику тайского массажа стоп, программы по коррекции фигуры, обертыванию, методику шоколадного обертывания. В 2014 г. прошел повышение квалификации при ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России по программам «Детский массаж» и «Грудничковое и раннее детское плавание». Успешно включает полученные знания в лечебный процесс работы санатория.

Конкурсная программа: «Оздоровительная массажная программа с применением пантового геля» – оригинальная авторская методика.

Кредо: «Мои планы на будущее: стать чемпионом мира по массажу – хочу быть ведущим специалистом в области спа в Белокурихе и крае; открыть свой центр массажа с целью внедрения передовых, инновационных массажных технологий в работу; открыть школу массажа для привлечения высококвалифицированных специалистов, экспертов как в области массажа, так и других сферах профессиональной деятельности в Белокурихе».



Александр Игоревич Дробот

III место – IV Чемпионат Беларуси по спа-массажу 2014 г.

Место работы: ООО «Табак-инвест», филиал «Робинзон клуб» – загородный спа-комплекс премиум-класса.

Профессиональная биография: уже имея среднее медицинское образование, получил высшее по специальности «Инструктор по лечебной физической культуре». За 4 года практической работы массажистом обучился следующим методикам массажа: тайскому массажу, стоун-терапии, гавайскому, холистическому массажу по системе Руты Страткауспен. Преподавал на курсах классического массажа. Принимал участие в четырех Чемпионатах Беларуси по спа-массажу.

Конкурсная программа: оригинальная авторская методика. Кредо: «Стараюсь развиваться как специалист, набираться опыта и обмениваться им».



Александр Искандарович Дуриев

II место – Чемпионат по массажу Кисловодского медицинского колледжа 2014 г.

III место – VI Чемпионат России по массажу «Лучший спа-мастер-2014».

Место работы: медицинский центр «Альтернатива» (Москва).

Профессиональная биография: в 2014 г. с отличием окончил ГБОУ СПО «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России. В процессе обучения освоил классическую, соединительнотканную, рефлекторно-сегментарную, тайскую техники массажа; методики инструментального, аппаратного, спортивного массажа, спа-массажа, антицеллюлитного массажа, а также постизометрической релаксации, юмейхо, элементы мануальной терапии.

Подготовку специалиста осуществляли преподаватели: Валерий Иванович Тригуб, Ирина Владимировна Подольская (ГБОУ СПО «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России).

Конкурсная программа: «Полет стерха» – баланс-массаж при нарушениях осанки в пубертатном периоде.

Кредо: «Массаж – мое призвание. Хочу работать по призванию и нести людям больше красоты и здоровья».



Зигмас Зданевичус

I место – Чемпионат Литвы по массажу 2014 г.

Место работы: спа-отель «Роял СПА Резиденс» (г. Бирштонас, Литва).

Профессиональная биография: после окончания медицинского колледжа обучался на курсе кинезитерапии. Освоил методики холистического массажа, концепт оздоровления, основанный на принципах Себастьяна Кнайпа.

Конкурсная программа: «Ароматерапевтическая расслабляющая терапия, основанная на философии С.Кнайпа» – оригинальная авторская методика.

Кредо: «Я убежден, что массаж является самым лучшим лекарством от физических и духовных недугов. Мне нравится делать массаж, а главное – дарить его другим, поэтому я встал на путь массажного мастера».



Робертас Кантаускас

Номинация участника – на Международном чемпионате по массажу 2009 г.

III место – VIII Балтийский спа-чемпионат «SPA master 2013».

Место работы: отель «SPA VILNIUS» (Вильнюс, Литва).

Профессиональная биография: после окончания медицинского института и специального обучения по массажу освоил техники и методики: классического массажа, хиромассажа (лица и тела), лимфодренажного и антицеллюлитного массажа, стоун-терапии, деер-массажа.

Конкурсная программа: «Литовский спа-массаж» – оригинальная авторская методика.

Кредо: «В ходе массажа организм восстанавливается на физическом, психоэмоциональном и духовном уровнях. Приятно сознавать, что через работу с телом происходит исцеление души пациента».



Олег Борисович Коршиков

I место – VIII Чемпионат г. Москвы по массажу 2014 г.

Место работы: велнес-центр «Gio Wellness», (Санкт-Петербург).

Профессиональная биография: после окончания с отличием филологического факультета Марийского государственного университета поменял жизненные приоритеты и, пройдя обучение в

Московском медицинском колледже №1, получил специализацию по медицинскому массажу. Обучался в учебных центрах России (MegaSPA), Таиланда (ITM-School, SPA Mantra, Ongs School). Сертифицированный преподаватель тайского массажа, ежегодно совершенствует профессиональное мастерство в Таиланде (Чианг Май). Владеет следующими видами и техниками массажа: классический массаж, тайский массаж лица, тайский стретч-массаж, тайский стоун-массаж, традиционный тайский массаж I–II–III IV уровня, тайский масляный релакс-массаж, тайский массаж ног, ток-сен-терапия, контрастный стоун-массаж, моделирующий массаж тела с компрессионным обертыванием, тайский массаж с травяными мешочками, индийский омолаживающий массаж лица, индийский массаж головы, лимфатический дренаж тела. Конкурсная программа: «Хромотерапевтический арома-массаж "Миры Густава Климта"» (для конституционного типа гиперстеник) – оригинальная авторская методика. Кредо: «Коллекционирую массажные техники со всего мира, эффективно сочетая их с наработками русской классической массажной школы».



Абдулджабар Коурани

I место – I Центральноеазиатский чемпионат массажного искусства 2014 г.

Место работы: частная практика (Алма-Ата, Казахстан).

Профессиональная биография: в 1987 г. по государственному гранту приехал из Сирии в СССР, прошел языковые курсы в Иркутске и в течение периода 1988–1995 гг. проходил обучение в Медицинском институте им. С.Д.Асфендиярова в Алма-Ате по специальности «Лечебное дело». Затем вернулся в Сирию, где в течение 7 лет работал врачом общего профиля. С 2002 по 2005 г. проходил обучение в трехгодичной клинической ординатуре по эндокринологии, которую успешно окончил с получением сертификата специалиста. За период учебы по медицинскому профилю обучался на курсах массажа. Прошел двухмесячные интенсивные курсы по мануальной терапии на базе Института усовершенствования врачей, курсы классического массажа, курс тайского массажа в Бишкеке и техники глубокого абдоминального массажа в г. Чангмай (Таиланд), курс по аюрведическому массажу, прошел обучение в Индонезии на о. Бали по балийскому массажу, курс по миопластике тела и лица, прошел обучение техники гречичного массажа, курсы скульптурирующего, лимфодренажного, ортосоматического, миофасциального массажа, курс типирования, курсы по массажу стопы, арома-лимфосанации, холистическому массажу.

Конкурсная программа: оригинальная авторская методика. Кредо: «Дело, которым я занимаюсь, приносит мне эмоциональное удовлетворение, стараюсь постоянно совершенствоваться, посещать съезды профессионалов для обмена опытом и получения новых навыков, постоянно интересуюсь новостями литературы и интернет-ресурсов по массажному искусству!»



Татьяна Николаевна Липатникова

III место – VI Чемпионат Поволжья по спа-массажу 2014 г.

Номинация участника – VI Чемпионат России по массажу «Лучший спа-мастер-2014».

Место работы: центр красоты, здоровья и полезного отдыха CITYSPA&BEAUTY (Киров).

Профессиональная биография: окончив Кировский меди-

цинский колледж по специальности «Акушерское дело», получила еще одну специальность «Фельдшер». Увлечшись массажем, после первичной подготовки прошла обучение следующим техникам и методикам: классический массаж, антицеллюлитный массаж, холистик-тандем, тайский массаж стоп, слим-массаж, индийский массаж головы, глубокий динамический массаж живота «Жива», массаж «Лепка», «Камала-массаж».

Подготовку специалиста осуществляла преподаватель Вера Валерьевна Пестрикова (CITYSPA&BEAUTY, Киров).

Конкурсная программа: Камала-массаж.

Кредо: «Свой выбор в профессии я сделала еще в детстве, так как родилась в семье медицинских работников и видела, как важно вовремя прийти на помощь человеку. Дарить красоту и здоровье людям – это мое призвание».



Александр Григорьевич Пашкевич

II место – IV Чемпионат Беларуси по спа-массажу 2014 г.

Место работы: частная практика (Минск, Беларусь).

Профессиональная биография: в 2005 г. окончил Белорусский государственный медицинский колледж и в том же году

прошел специализацию по медицинскому массажу, а в 2010 г. завершил обучение в Белорусском государственном университете физической культуры по специальности «Физическая реабилитация».

Конкурсная программа: «Райская нега» – спа-уход на основе косметики Anne Semonin – оригинальная авторская методика.

Кредо: «Главной целью участия в чемпионате считаю демонстрацию собственного мастерства, обмен опытом и сбор информации о новых тенденциях спа».



Эрика Ролдугина

II место – Чемпионат Литвы по массажу 2014 г.

Место работы: отель «SPA VILNIUS Druskininkai» (Вильнюс, Литва).

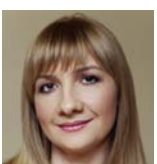
Профессиональная биография: после окончания медицинского колледжа об-

учалась на курсах массажа. Освоила техники и методики: холистического, шведского, спортивного, тайского массажа (1, 2 и 3-й уровни), шиацу, ароматерапии, лимфодренажного массажа, массажа для детей.

Подготовку специалиста осуществлял преподаватель Юрий Стецюнич (массажная школа «ESTETISTA», Санкт-Петербург)

Конкурсная программа: «Тайский массаж с горячими травяными мешочками сабай-сабай».

Кредо: «Моя жизненная история началась совсем не с массажа, так как первой профессией была политология. Сейчас же не могу представить себя в другом амплуа – только как мастер по массажу, дарящий людям возможность свободы в движении».



Татьяна Владимировна Сафонова

II место – VI Чемпионат России по массажу «Лучший спа-мастер-2014».

Место работы: центр эстетической медицины «Victoria» (Саратов).

Профессиональная биография: после окончания медицинского колледжа по специальности «Фельдшер» прошла обучение по медицинскому массажу. В процессе своей профессиональной деятельности освоила практики испанского антицеллюлитного масса-

жа, лимфодренажного массажа школы «Inmaster», миорелаксирующего массажа по авторской методике Энрике Марнеса (школа «Manualistic»). В 2013 г. на Волго-Вятском чемпионате была отмечена призом «за артистизм». В 2014 г. на Поволжском чемпионате по спа-массажу была удостоена специального приза жюри.

Конкурсная программа: миорелаксирующая программа «Релакс по-испански».

Кредо: «Хочу учиться, совершенствовать свой профессиональный уровень, чтобы дарить полученные знания своим клиентам».



Ксения Раиловна Хабибуллина

I место – VI Чемпионат России по массажу «Лучший спа-мастер-2014».

Место работы: массажист ООО «СПА-отель РАССТАЛ» (Набережные Челны).

Профессиональная биография: после окончания Поволжской государственной академии физической культуры, спорта и

туризма по специальности «Адаптивная физическая культура» начала работать специалистом в области массажных технологий. Проходила стажировку в Турции (Бодрум).

Конкурсная программа: «Полет бабочки» – оригинальная авторская методика.

Кредо: «Моя любимая мама по профессии массажист. С самого малого возраста я получила умение делать массаж из ее рук. Поэтому уверена, что массаж – это не просто мое хобби, а что-то большее, это мое призвание. Планы на будущее у меня амбициозны. Во-первых – это победа на Чемпионате мира; во-вторых – профессиональное обучение индивидуальным методикам у лучших преподавателей массажа; в третьих – делиться своими профессиональными знаниями с собственными учениками».



Виталий Викторович Чернов

Номинация участника – VI Чемпионат России по массажу «Лучший спа-мастер-2014».

Место работы: клиника «Estetic Italia» (Краснодар).

Профессиональная биография: окончил в 2011 г. факультет физической культуры

Кубанского государственного университета физической культуры, спорта и туризма. В настоящее время учится на 3 курсе медицинского института.

Подготовку специалиста осуществлял преподаватель Юрий Дмитриевич Попов (Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма, Краснодар).

Конкурсная программа: миоструктурный массаж.

Кредо: «Планирую дальше развиваться и учиться по своей специальности».



Юрий Михайлович Чернышев

I место – Открытый чемпионат по массажному искусству «Лучший спа-мастер-2013», в рамках фестиваля «Красота на Волге» (Волгоград).

Номинация участника – VI Чемпионат России по массажу «Лучший спа-мастер-2014».

Место работы: медицинский оздоровительный центр «Лада-Дент» (Невинномысск, Ставропольский край).

Профессиональная биография: имеет два высших образования, прошел обучение на факультетах физического

воспитания и практической психологии Ставропольского государственного педагогического института. Более 12 лет занимается оздоровительными техниками массажа. Неоднократно проходил курсы повышения квалификации у преподавателей А.И.Сырченко, Е.В.Сидякина, А.М.Дубской, Е.Е.Смоляк и В.В.Бычик. Проходил обучения у китайских мастеров цигун и тайцзи-цюань. Профессионально занимался легкой атлетикой, десятиборьем. Неоднократно был чемпионом Ставропольского края и Юга России. Сейчас занимается боевым искусством айкидо, имеет 2 кю в этой дисциплине.

Конкурсная программа: «Релаксационный спа-массаж Инь-Ян в четыре руки» – оригинальная авторская методика.

Кредо: «Стремлюсь к познанию и созданию новых направлений в массаже по оздоровлению человеческого организма».



Дмитрий Викторович Шойко

I место – V Чемпионат Анапы по массажу 2014 г.

Место работы: спа-салон пансионата «Урал» (Анапа).

Профессиональная биография: окончил Брянский базовый медицинский колледж

в 1991 г. Получил специализацию по медицинскому массажу и переехал в Анапу, стал работать массажистом. Повышал свою квалификацию в Международной спа-школе (А.И.Сырченко), Кисловодском медицинском колледже (В.И.Тригуб), центре «Звездный путь» (Н.Евкина), Анапском медицинском колледже (В.А.Малов). Освоил следующие массажные методики: русский спа-массаж, липолитический, лимфодренажный, антицеллюлитный, бирманский массаж, массаж Жива, тайский традицион-

ный, испанский психобиоструктуральный массаж лица и тела.

Конкурсная программа: оригинальная авторская методика. Кредо: «Только в развитии можно достигнуть высоких результатов. Чего я жду от Чемпионата мира-2014? Получить массу положительных эмоций. Благодаря таким мероприятиям реально начинаешь оценивать свои возможности, приобретаешь опыт, впитываешь все лучшее от происходящего. Каждого участника ожидают свои открытия и свой собственный шаг вперед».



Андрей Владимирович Шутов

II место – VIII Чемпионат г. Москвы по массажу 2014 г.

Место работы: фитнес-клуб «Republika» (Москва).

Профессиональная биография: в 1999 г. окончил медицинский колледж ВУНМЦ

Росздрава. Впоследствии, получил специ-

циализацию по медицинскому массажу. В 2007 г. окончил Российский государственный медицинский университет. Прошел обучение по программам: «Комплексная мануалогия», хиромассаж по методике Э.Гарсия, тайский массаж по методике Северной школы у А. Краснова, «Мягкие мануальные техники, МФР» у Ю.В.Чикурова, а также является учеником Е.Сидякина, А.Сырченко, А.Сыромятникова и А.Билькевича. Освоил методику миоластики и продолжает развивать это направление.

Подготовку специалиста осуществлял преподаватель Евгений Викторович Сидякин (Москва).

Конкурсная программа: миопластический массаж.

Кредо: «В будущем планирую развивать и направление «мио-пластический массаж», делаясь собственным опытом».

Массаж и массажисты в японской миниатюрной пластике

Любителям искусства хорошо знакомы миниатюрные, высотой в 3–4 см, резные фигурки из кости или дерева работы японских мастеров. Чаще всего – это окимоно (буквально с японского «вещь, для того чтобы ставить на обозрение»), произведение японского декоративно-прикладного искусства, статуэтка, предназначенная для украшения интерьера. Или ее прототип – нэцке – небольшая скульптура, представляющая собой подвесной резной брелок, используемый в качестве изящного украшения и одновременно противовеса на традиционной японской одежде, лишенной карманов (кимоно, косодэ). Первоначально мастерами-резчиками были буддийские монахи, которые изображали в своих работах жизнь такой, какая она есть. Основоположителем бытового жанра считается эдоский мастер XVIII в. Мива Хиромори, который первым ввел в обиход резчиков нэцке сюжеты, связанные с обычной жизнью горожан, а также с простонародным (обытовленным) отношением к божествам. Именно по этой причине, с точки зрения истории культуры, сюжеты окимоно и нэцке, изображающие сценки из жизни божеств, людей, животных, выступают как неисчерпаемый источник для изучения нравов, обычаев – словом, жизни Японии XVIII – начала XX в. Являясь по своему назначению утилитарными, бытовыми предметами, они со временем превратились в подлинное искусство и не столько за счет филигранной техники резьбы, сколько благодаря присущему им эмоциональному содержанию. Недаром F.Jonas, автор первой книги о нэцке на английском языке, подчеркивал, что «одной из их функций является развлечение владельца». Согласитесь, что любой человек, будь он простым торговцем или благородным аристократом, при покупке остановит свой выбор на фигурке, которая не только отразит его социальный статус или благосостояние, но также будет хорошим помощником в обретении душевного равновесия (Б.Филатов, 2011).

Не обошли своим вниманием резчики миниатюрных фигурок в свойственной им юмористической манере и тему массажа, в особенности работу японских массажистов. Проведение сеансов массажа в Японии было традиционным занятием для слепых. При этом слепые люди стояли на низшем социальном уровне, не лучше нищих, а о слепых было принято думать как об отсталых людях (рис. 1). Ярким примером насмешливого и пренебрежительного отношения к массажистам, а они именовались по названию японской массажной техники – амма, может служить новостная миниатюра, опубликованная в одной из газет конца XIX в. (рис. 2).

В аналогичной юмористической манере изображали амма и резчики окимоно и нэцке. Можно условно выделить несколько сюжетных линий, предпочитаемых мастерами:

1. Стоящая фигура амма с тростью (рис. 3).
2. Амма, поднимающий камень (рис. 4–6).
3. Амма, массирующий клиента (рис. 7–18).
4. Амма, массирующий демона (рис. 19).
5. Демон, массирующий демона (рис. 20–25).
6. Демон, массирующий человека (рис. 26).

Не только отдельный сюжет нэцке несет за собой конкретную историю, но и каждая фигурка открывает новую



Рис. 1. Фотография амма за работой. Относится к концу периода Мэйдзи (1868–1912).



Рис. 2. Газетная миниатюра «Рикша превысил скорость и налетел на группу слепых массажистов» (1877?).

грань хорошо известной по народным былям и сказаниям истории.

Самое большое число сюжетов нэцке принадлежит категории «Амма массирует клиента». Особо обращает внимание эмоциональная окраска запечатленного сеанса массажа – слепой массажист отвлекается на сторонний шум, поворачивая голову в сторону; клиент морщится от боли, производимой работой массажиста; массажист сосредоточенно массирует клиента, который занят каким-либо посторонним занятием, и т.п.



Рис. 3. Слепой массажист. Амма стоит, опираясь на трость, у него шишка на голове сбоку и катаракта на правом глазу. Период Эдо (XIX в.). Нэцке. Материал – дерево. Высота – 5,1 см.



Рис. 4. Амма, улыбаясь, несет огромный камень. Материал – слоновая кость. Высота – 4,7 см.

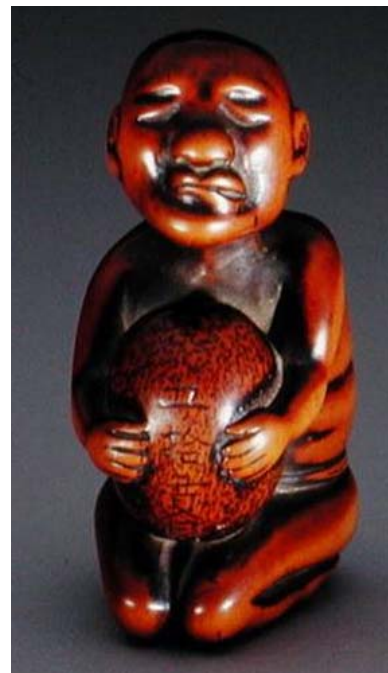


Рис. 5. Амма поднимает камень. Мастер Ikkei. Нэцке.



Рис. 6. Слепой массажист садится на корточки с желанием поднять камень. XIX в. Мастер Буоккей. Нэцке. Материал – дерево, один глаз инкрустирован слоновой костью.



Рис. 7. Амма делает массаж клиенту. Мастер Seisho. Школа Kyoto. Нэцке. Материал – дерево, отлакированная часть. Высота – 4,5 см.



Рис. 8. Амма делает массаж клиенту. XIX в. Мастер Masayuki. Школа Tokyo. Нэцкэ. Материал – дерево. Высота – 3,4 см.



Рис. 9. Амма делает массаж клиенту. XIX в. Нэцке. Материал – дерево, один глаз массажиста и деталь кимоно инкрустированы слоновой костью. Высота – 1,5 см.



Рис. 10. Амма делает массаж клиенту, который кричит от боли. XVIII в. Мастер Mokusu. Нэцкэ. Материал – дерево, один глаз массажиста инкрустирован слоновой костью.



Рис. 11. Сидя на коленях, амма разминает плечи улыбающемуся клиенту. XIX в. Мастер Miwa. Нэцке. Материал – черное дерево. Высота – 4,8 см.



Рис. 12. Амма делает массаж клиенту. Период Тайсе (1912–1926). Нэцке. Материал –слоновая кость. Высота – 4,0 см.



Рис. 13. Два старика: один из них слепой массажист, который делает массаж своему партнеру. Конец XIX в. Нэцке. Материал – слоновая кость.



Рис. 14. Амма за работой. XX в. Мастер Totomasa. Нэцке. Материал – слоновая кость. Высота – 2,0 см.



Рис. 15. Амма за работой: борец, морщась от боли, откинулся в сторону, а амма усердно массирует его правую руку. XX в. Мастер Hokuudo Itsuim. Окимоно. Материал – слоновая кость. Высота – 7,0 см.



Рис. 16. Амма и клиент: слепой массажист разминает локтем плечо мужчине средних лет, которому такие манипуляции приходятся не по душе. XIX в. Мастер Kokusyo. Нэцке. Материал – слоновая кость. Высота – 5,0 см.



Рис. 17. Амма и клиент. XIX в. Мастер Veizan. Нэцке. Материал – самшит. Высота – 3,8 см.



Рис. 18. Человек, которого массируют. XVIII–XIX в. Нэцке. Материал – слоновая кость.



Рис. 19. Амма, массирующий демона (oni). XIX–XX вв. Материал – дерево.



Рис. 20. Oni, одетый как женщина, массируя спину Shoki. Период Мэйдзи (конец XIX – начало XX в.). Мастер Suganoya. Нэцке. Материал – дерево. Высота – 4,5 см.



Рис. 21. Недовольный Oni массирует Shoki. XX в. Окимоно. Материал – слоновая кость. Высота – 4,1 см.



Рис. 22. Oni массирует плечи Okame. XIX в. Мастер Totomasa. Нэцке. Материал – дерево. Высота – 3,5 см.



Рис. 23. Два скелета сидят на листе лотоса: один из них делает массаж другому. XIX в. Мастер Totomasa. Нэцке. Материал – дерево. Высота – 4,1 см.



Рис. 24. Oni делает массаж другому Oni. XX в. Мастер Meigyokusai. Нэцке. Материал – слоновая кость.



Рис. 25. Oni делает массаж другому Oni. XX в. Нэцке. Материал – слоновая кость.



Рис. 26. Oni делает массаж человеку, который сидит в большой миске. XIX в. Нэцке. Материал – дерево с инкрустацией глаз и рогов Oni.

Определенный интерес представляет сюжет «Демон, массирующий демона». Вообще в японской мифологии демонические персонажи составляют многочисленную группу, в особенности Они (Oni) – большие злобные клыкастые и рогатые человекоподобные демоны. Они считались обитателями ада, бесами-мучителями, способными вселяться в тела людей и всячески вредить им. В определенном смысле бытующая в народе ассоциация амма с Они была обоснована как наличием возможных врожденных аномалий, в том числе и прикуса, у слепых массажистов, так и тем, что слепые, часто падающие, спотыкающиеся, набивали на своей голове шишки, которые, в свою очередь, могли казаться в обывательском сознании скрытыми рогами демонов.

Нередко Они изображали прислуживающими или массирующими богиню веселья и смеха Окамэ (Ама-но Удзумэ-но Микото) или главного врага демонов – Секи (китайский – Джун Куй). Примечательно, что по легенде Секи при жизни был врачом, но, не сдав государственный квалификационный экзамен, который нужно было сдать, чтобы получить чин, разбил свою голову о ступени дворца (по другой версии он блестяще сдал экзамен, но не получил

место, поскольку был уродлив). Несмотря на драматичный конец жизни, Джун Куй не стал мстить за свою гибель, поскольку был похоронен с соблюдением всех обрядов, а наоборот, став духом Секи, дал обет оберегать людей от злых демонов. В период Эдо (1600–1868) японцы часто прикрепляли к дверям дома изображения или размещали перед входом в жилую комнату Окимоно Секи для того, чтобы оградить помещение от злых духов. Но какие бы юмористические сюжеты не создавали резчики нэцке и окимоно, как бы ни подшучивала над массажистами народная молва, следует признать, что в культуре Японии массажу уделялось значительное место. И сегодня сюжеты, связанные с японскими слепыми массажистами, находят свое отражение как в театральных постановках, так и кинокартинах, с успехом идущих в мировом прокате. Но это уже другая история...

М.А.Ерёмушкин,

д-р мед. наук, проф. каф. травматологии, ортопедии и медицинской реабилитации ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, Москва

Функциональное терапевтическое кинезиотейпирование при дорсалгиях

Боль в спине является частой причиной визита пациента в поликлинику и вызова врача на дом. Две 1/3 всех обращений к врачу по поводу болевых синдромов связаны с мышечно-скелетной болью. На симпозиуме «Социальные аспекты боли» 2011 г., состоявшемся в Европарламенте, приводятся данные, что около 25% населения Европы в течение 3 мес и дольше испытывают боль (в том числе 5% – сильную) в мышцах, суставах, шее или спине [А.С.Васильев, В.В.Васильева, В.И.Шмырев, 2014]. Дорсалгия (от лат. *dorsum* – спина + греч. *algos* – боль) – группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, характеризующаяся болью в спине. Является наиболее частым проявлением остеохондроза позвоночника, особенно в зрелом возрасте. Остеохондроз позвоночника – дегенеративный процесс в межпозвонковых дисках с последующим вовлечением тел смежных позвонков, межпозвонковых суставов и связочного аппарата позвоночника.

Неврологические проявления остеохондроза позвоночника составляют до 80% всех заболеваний периферической нервной системы. Под действием ряда факторов в одном или нескольких позвоночных двигательных сегментах возникает воспаление, которое клинически проявляется болью и некоторым ограничением движений. Однако следует отметить, что между выраженностью рентгенологических данных и клинической картиной заболевания отсутствует зависимость. Так, по данным литературы, до 50% больных с выраженными изменениями в позвоночнике на рентгенограммах не испытывают болей в спине. На первом месте по частоте встречаемости стоят поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника (60–80%), а на втором – шейного отдела позвоночника (около 10%). Клинически остеохондроз позвоночника проявляется в виде рефлекторного синдрома (встречается в 90% случаев) и компрессионного (выявляется в 5–10% случаев) [П.Р.Камчатнов, 2007].

В настоящее время дорсалгия (дорсопатия), является самостоятельной нозологической единицей, и ее причины весьма многообразны: от мышечного спазма до спондилоартроза. Поражения мышц, сухожилий, связок, суставов, диска, некоторых неврологических структур обычно наблюдаются в разных комбинациях, иногда – изолированно. Несмотря на большое количество возможных этиологических факторов, патогенетические механизмы, лежащие в основе дорсалгии, являются типовыми и не зависят от этиологического фактора.

При болях в спине, опрашивая и осматривая больного, врач (массажист) должен помнить о «симптомах угрозы», наличие которых может указывать на серьезное, порой опасное для жизни заболевание:

- начало стойкой боли в спине в возрасте до 15 и после 50 лет;
- немеханический характер боли (боли не уменьшаются в покое, в определенных позах);
- связь боли с травмой;
- постепенное усиление болей;

- наличие онкологии в анамнезе;
- возникновение боли на фоне лихорадки, снижения массы тела;
- жалобы на длительную скованность по утрам;
- симптомы поражения спинного мозга (параличи, тазовые нарушения, расстройства чувствительности);
- изменения в клинических анализах.

При отсутствии «симптомов угрозы» во время первичного осмотра больной классифицируется как имеющий неспецифическую боль в спине. Согласно международным стандартам, при отсутствии у пациента с болью в спине «симптомов угрозы» или корешковой боли нет необходимости проводить лабораторно-инструментальное обследование, включая рентгенографию позвоночника или компьютерную и магнитно-резонансную томографию – МРТ (А.В.Алексеев и соавт., 2008; Е.В.Подчуфарова, Н.Н.Яхно, 2009; R.Chou, L.Huffman, 2007).

Лечение дорсалгий проводится с учетом формы заболевания и варианта его течения и включает медикаментозное, немедикаментозное (в том числе физиотерапевтическое) и оперативное виды лечения.

В острый период необходимо ограничить физические нагрузки, однако при неспецифической боли в спине нет необходимости в соблюдении постельного режима. Небольшая физическая нагрузка полезна, так как ранняя двигательная активность способствует улучшению трофики тканей и выздоровлению (M. van Tulder, A.Becker, T.Bekkering и соавт., 2006).

Одним из методов лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата является наложение повязок, в том числе липкопластырных. На английском языке метод наложения липкопластырных повязок звучит как «тейпирование» (от англ. *tape* – лента). С целью совершенствования классического метода тейпирования американский доктор Кензо Касе (Kenzo Kase), хиропрактик, специалист с более чем 50-летним опытом работы в различных областях медицины, разработал новый метод, который назвал «кинезиотейпинг» (Kinesio® Taping) [Г.Пяйнаппел, К.Петер, 2012].

Поскольку кинезиотейпирование обладает широким спектром эффектов, то сложно в одной работе исследовать их все. Поэтому разные исследователи концентрировали свое внимание на разных аспектах действия и применения кинезиотейпирования (R.Hombrados-Hernandez и соавт., 2011; O.Djordjevic и соавт., 2012; H.-Y.Chang и соавт., 2013; A.Kalron, S.Bar-Sela, 2013; M.Aguilar-Ferrandiz, 2013, 2014). Многочисленные исследования показали, что действие кинезиотейпирования наиболее выражено в течение первых 5 дней применения, после чего эффект плавно снижается. Самый выраженный эффект – обезболивающий и противовоспалительный. Уже через несколько минут после правильного наклеивания тейпа болевой чувствительности боли и увеличение объема движений. В отличие от классического жесткого тейпинга и эластичных бинтов, которые призваны обеспечить полную фиксацию, кинезиотейпирование

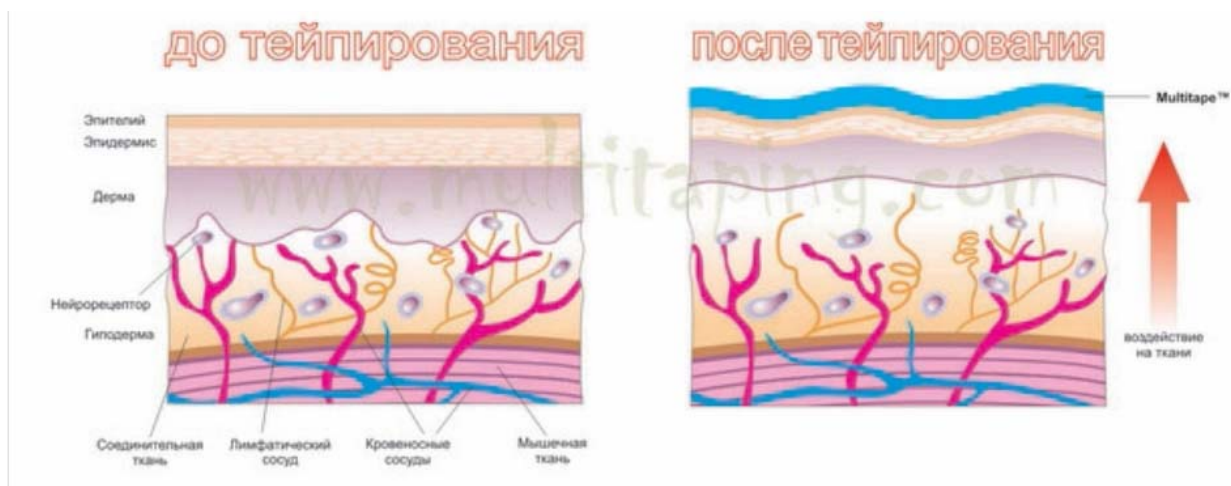


Рис. 1. Состояние подкожной клетчатки до и после наклеивания тейпов.

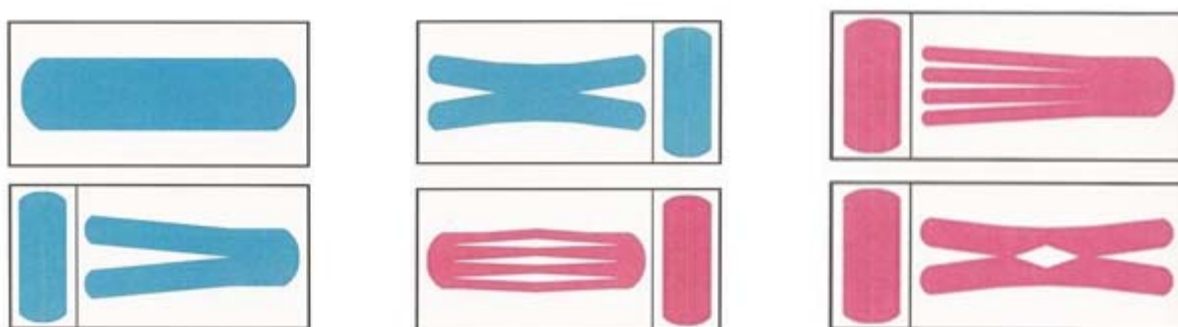


Рис. 2. Основные формы нарезки кинезиотейпов.

ние позволяет сохранить и даже увеличить подвижность поврежденного двигательного сегмента. Происходит это за счет того, что эластичная лента берет на себя часть нагрузки сухожилий и мышц, а также приподнимает кожу и улучшает гемоперфузию и лимфоток под ней (рис. 1). Таким образом, кинезиотейпирование позволяет организму задействовать собственные силы для излечения благодаря поддержке, стабилизации мышц, суставов и связок и увеличению пространства для циркуляции межклеточной жидкости, крови и лимфы.

В клинических исследованиях было доказано, что у пациентов с острой хлыстовой травмой шеи после кинезиотейпирования получены статистически значимые улучшения сразу же после применения и в течение 24-часового наблюдения (A.Kalron, S.Bar-Sela, 2013). В нескольких клинических исследованиях показано, что параметры ходьбы, периферические отеки, венозная боль и качество жизни остаются улучшенными у пациентов с хронической венозной недостаточностью в течение месяца после смешанной компрессионной терапии и кинезиотейпирования (M.Aguilar-Ferrandiz, 2013, 2014). Как экспериментальные, так и клинические исследования свидетельствуют о том, что кинезиотейпирование может представлять эффективную дополнительную терапию в физической программе реабилитации пациентов с хронической болью в нижней части спины для немедленного контроля острой боли (K.Kase, T.Hashimoto, T.Okane, 2003). Специальное исследование, проводимое у пациентов с частичным повреждением спинного мозга, показало, что краткосрочное применение кинезиотейпирования снижает спастичность и боли, а также улучшает баланс и походку у пациентов. Несмотря на то что эластичный тейп увеличи-

вает амплитуду движений, которые нарушаются при таких патологиях, как поражение вращательной манжеты плеча, он не способен самостоятельно вылечить такое заболевание, а дает лишь временное облегчение (A.Kalron, S.Bar-Sela, 2013). Он должен использоваться как дополнение к основной терапии и другим средствам лечения, таким как криотерапия, гидротерапия, массаж и электростимуляция.

Суть методики состоит в том, что на место повреждения (заболевания) особым способом наклеивается эластичный тейп длиной от нескольких до десятков сантиметров, нарезанный специальным образом – I-, Y-, X-веером и так далее (рис. 2) – в зависимости от применяемой техники тейпирования. Вырезанная полоска условно делится на рабочую зону и «якоря», или «базы», расположенные по краям вырезанной полоски. И если рабочая зона может быть наклеена в растянутом или нерастянутом виде, то «якоря» ВСЕГДА клеятся в нерастянутом виде для оптимальной фиксации тейпа. Также при вырезании всегда закругляются углы полосок во избежание отклеивания за счет трения одежды (угол зацепить легче, чем полукруг).

В зависимости от повреждения тейп можно наклеить в нерастянутом или растянутом виде:

- при применении нерастянутого тейпа, перед его наклеиванием поврежденная мышца и кожа над ней растягиваются, а после наклеивания тейпа кожа, мышцы и связки укорачиваются, в результате чего образуются волнообразные складки комплекса «кожа-тейп». После поднятия тейпом кожи над мышцами и связками создается дополнительное внутритканевое пространство и облегчается крово- и лимфоциркуляция.

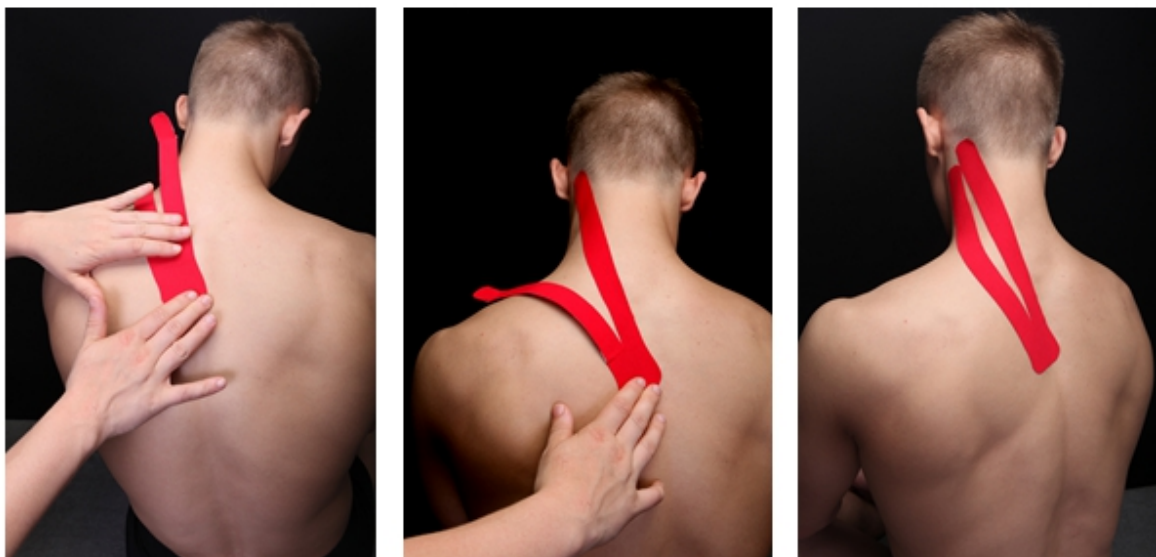


Рис. 3.

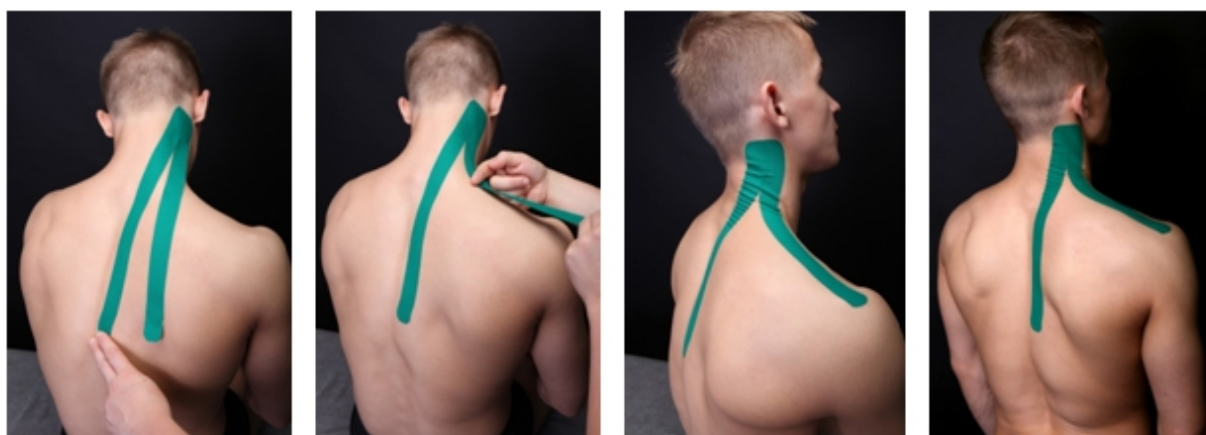


Рис. 4.

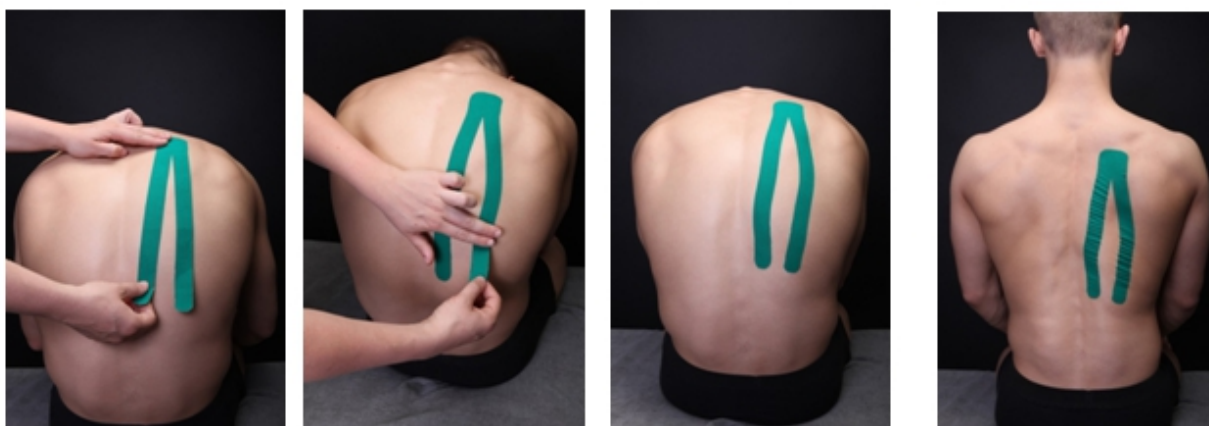


Рис. 5.

• Если же мышцы и связки травмированы и неспособны к растяжению, перед применением растягивается тейп, а после наклеивания за счет своей эластичности сокращается и формирует кожные складки, в то же время поддерживая травмированный участок. Таким образом, вне зависимости от способа применения эластичный тейп приподнимает кожу над травмированными мышцами и связками, обеспечивает им поддержку, уменьшает боль и облегчает гемоперфузию и лимфоток. Гипоаллергенные

свойства тейпов допускают их длительное применение: терапевтический эффект обеспечивается круглосуточно в течение нескольких дней.

Необходимо помнить, что кинезиотейпирование эффективно только при правильном наклеивании! В противном случае эластичный тейп ничем (кроме цены) не будет отличаться от обыкновенного пластыря.

Количество сеансов кинезиотейпирования определяется конкретной проблемой и оценкой динамики восстанови-



Рис. 6.

тельного процесса. В качестве курсового лечения тейпирование должно применяться не менее 3 раз. Однократное применение тейпа возможно при острой травме и отсутствии гематом и разрывов мышечных и сухожильных волокон. В этом случае за 3–5 дней правильно примененного однократного тейпирования возможно быстрое восстановление пораженных тканей за счет создания щадящих условий в зоне повреждения. Курс кинезиотейпирования может быть окончен при отсутствии жалоб пациента, стабильном состоянии тканей при их обследовании и полном восстановлении функций.

Исходя из изложенного функциональное терапевтическое кинезиотейпирование является перспективным методом для лечения и контроля мышечно-скелетной боли. Разработаны и предлагаются вашему вниманию несколько вариантов функционального терапевтического кинезиотейпирования при болевых синдромах позвоночника.

Наклеивание тейпа при цервикалгиях

Замеряется стандартным тейпом шириной 5 см, длина: измерить расстояние от крайних точек наклеивания тейпа при наклоне головы пациента, Y – разрез, оставить не разрезанным один из краев ленты длиной 5 см.

Первый вариант (рис. 3).

Положение пациента – сидя.

- Голова наклонена и ротирована в противоположную сторону от стороны наклеивания тейпа.
- Основание тейпа наклеивают в области остистого отростка III грудного позвонка.
- Обе полосы наклеивают по направлению к сосцевидному отростку на расстоянии 2 см от позвоночника (остистых отростков), параллельно друг другу.

Второй вариант (измерить длину тейпа, от крайних точек наклеивания; рис. 4).

Положение пациента – сидя.

- Голова наклонена и ротирована в сторону, противоположную от стороны наклеивания тейпа.
- Основание тейпа наклеивают в области сосцевидного отростка.
- Медиальный отрезок ленты направляют и наклеивают в проекции поперечных отростков шейных позвонков и грудных позвонков до VI грудного позвонка.
- Латеральный отрезок тейпа наклеивают в направлении ключично-акромиального сочленения.

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома.



Наклеивание тейпа при торакалгиях

Замеряется стандартным тейпом шириной 5 см, длина: измерить расстояние от крайних точек наклеивания тейпа, Y – разрез, оставить не разрезанным один из краев ленты длиной 5 см (рис. 5).

Положение пациента – сидя, корпус наклонен вперед.

- Основание ленты закрепляют у медиального края лопатки.
- Медиальный отрезок ленты наклеивают в проекции от IV до XII грудного позвонка.
- Латеральный отрезок ленты наклеивают в проекции латерального края мышцы, выпрямляющей позвоночник, до уровня XII грудного позвонка.

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома.

Наклеивание тейпа при люмбалгиях

Замеряется стандартным тейпом шириной 5 см, длина: измерить расстояние от крайних точек наклеивания тейпа, два отрезка (рис. 6).

Положение пациента – стоя, корпус наклонен вперед.

- Основание ленты закрепляют у верхней задней подвздошной ости.
- Проксимальный отрезок ленты наклеивают до XII ребра;
- Два отрезка тейпа наклеиваются параллельно друг другу, паравертебрально.

Эффекты: уменьшение степени выраженности болевого синдрома.

Кинезиотейпирование целесообразно применять в сочетании с медикаментозным лечением, физио-, мануальной, иглорефлексотерапией, лечебной физкультурой. Функциональное терапевтическое кинезиотейпирование является не простым симптоматическим лечением, а требует индивидуального обоснованного подхода, учитывающего все преимущества и возможные нежелательные явления при приеме пациентом тех или иных лекарственных средств.

Ф.А. Субботин,

канд. мед. наук, ассистент каф. физиотерапии последипломного образования КГМУ им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Инновационные мануальные рефлекторные технологии при плечелопаточном периартрозе

Плечелопаточный периартроз – это мышечно-тонические и нейродистрофические изменения в периартикулярных тканях плечевого сустава. При плечелопаточном периартрозе рука контрактурно приведена большой грудной и большой круглой мышцами, поэтому отведение плеча нарушено и проводится за счет надплечья.

В дальнейшем развивается атрофия мышц плечевого пояса, «манжеты» мышц-ротаторов плеча: над- и подостной, малой круглой, подлопаточной, дельтовидной, трапециевидной; возникает спазм мышц шеи, нарушается двигательный стереотип.

Из вегетативных симптомов наблюдается небольшой отек кисти, ее синюшность, если эти признаки выражены, то говорят о синдроме Стейнброкера (плечо–кисть). В этом случае имеются не только дегенеративно-дистрофические, но и выраженные сосудистые нарушения в бассейне позвоночной артерии, вертебробазиллярный синдром. Плечелопаточный периартроз тесно связан с остеохондрозом шейного и верхнегрудного отдела позвоночника, патологией соответствующих позвоночно-реберных суставов и расположенных непосредственно на грудной клетке мышц.

Само по себе рефлекторное напряжение мышц, фиксирующих плечевой сустав при вертеброгенной патологии, на первых порах является защитным компонентом регионарной миофиксации. Источником импульсации, формирующей болевой синдром, кроме вертебральных и церебральных очагов могут стать другие пораженные органы или ткани из верхнего квадранта тела, что может вызвать гипертонус приводящих мышц плеча, а также соответствующие нейродистрофические нарушения, склеротомные боли, вегетативные расстройства.

Анатомические и биомеханические особенности плечевого сустава.

Плечевой сустав – это самое свободное из всех сочленений человеческого тела, так как поверхности головки плеча и сочленованной ямки лопатки сильно различаются по величине. Капсула же очень просторна и не напряжена. Она сама по себе весьма тонка, но почти везде подкрепляется вплетающимися в нее волокнами сухожилий ряда мышц.

Над капсулой сустава снаружи расположен акромиальный отросток лопатки, спереди – ее клювовидный отросток. Между этими отростками над капсулой сустава натянута клюво-акромиальная связка: образуется как бы крыша над капсулой плечевого сустава. Когда же плечо отводится, поднимаясь вверх во фронтальной плоскости, под «крышу» уходят и бугорки плеча. Пределы этой «крыши» расширяются нижней поверхностью дельтовидной мышцы.

Таким образом, имеется два слоя анатомических образований: сверху – дельтовидная мышца, акромион, клювовидный отросток и связка, снизу – капсула сустава и бугорки плеча. Между этими двумя слоями, как и между всякими другими подвижными анатомическими образованиями, существует слизистая сумка.

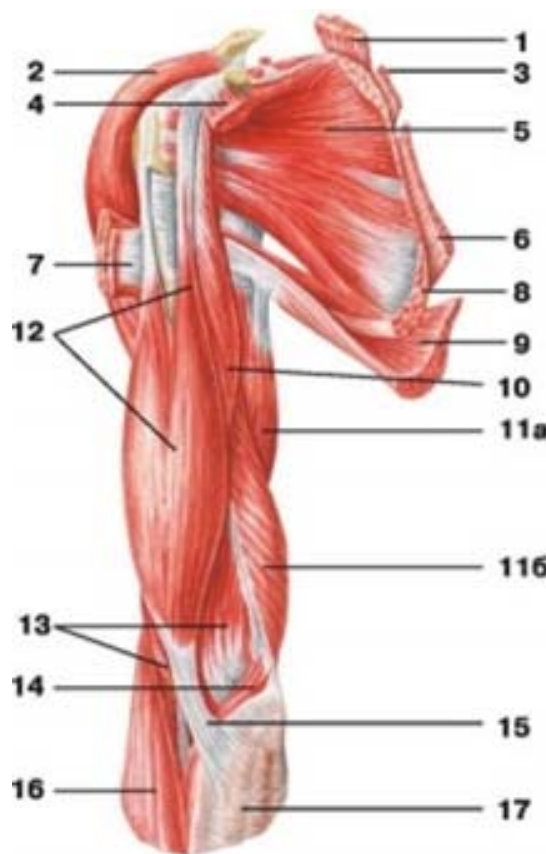


Рис. 1. Мышцы плеча и плечевого пояса (вид спереди).

- 1 – мышца, поднимающая лопатку
- 2 – дельтовидная мышца
- 3 – малая ромбовидная мышца
- 4 – малая грудная мышца
- 5 – подлопаточная мышца
- 6 – большая ромбовидная мышца
- 7 – большая грудная мышца
- 8 – передняя зубчатая мышца
- 9 – широчайшая мышца спины
- 10 – клювовидно-плечевая мышца
- 11 – трехглавая мышца плеча:
 - а) длинная головка
 - б) медиальная головка
- 12 – двуглавая мышца плеча
- 13 – плечевая мышца
- 14 – круглый пронатор
- 15 – апоневроз двуглавой мышцы плеча
- 16 – плечелучевая мышца
- 17 – фасция предплечья

Представляя типичное многоосное шаровидное сочленение, плечевой сустав отличается большой подвижностью. Движения совершаются вокруг трех главных осей: фронтальной, сагиттальной и вертикальной. Существуют также круговые движения (циркумдукция). При движении вокруг фронтальной оси рука производит сгибание и разгибание. Вокруг сагиттальной оси совершаются отведение и приведение. Вокруг вертикальной оси происходит вра-

щение конечности кнаружи (супинация) и внутрь (пронация). Сгибание руки и отведение ее возможны, как было указано выше, только до уровня плеч, так как дальнейшее движение тормозится натяжением суставной капсулы и упором верхнего конца плечевой кости в свод, образуемый акромионом лопатки и *lig. coracoacromiale*. Если движение руки продолжается выше горизонтали, тогда это движение совершается уже не в плечевом суставе, а вся конечность движется вместе с поясом верхней конечности, причем лопатка делает поворот со смещением нижнего угла кпереди и в латеральную сторону.

Движения в плечевом суставе

Сгибание (*flexio*) 90°: передняя часть *m. deltoideus*, ключичная часть *m. pectoralis major*, *m. coracobrachialis*, *m. biceps brachii*.

Разгибание (*extensio*) 70°: задняя часть *m. deltoideus*, длинная головка *m. triceps brachii*, *m. latissimus dorsi* и *m. teres major*. Так как последние две мышцы, кроме того, поворачивают плечо внутрь, то для противодействия этому сокращаются еще *m. infraspinatus* и *m. teres minor*.

Отведение (*abductio*) 180°: *m. deltoideus* и *m. supraspinatus*.

Приведение (*adductio*): *m. pectoralis major*, *m. latissimus dorsi* и *m. teres major*. Для противодействия одновременному повороту внутрь принимают участие *m. infraspinatus* и *m. teres minor*.

Вращение внутрь (*pronatio*) 105°: *m. subscapularis*, *m. pectoralis major*, *m. latissimus dorsi*, *m. teres major*.

Вращение кнаружи (*supinatio*) 90°: *m. infraspinatus* и *m. teres minor*.

Дельтовидная мышца (*m. deltoideus*) отводит плечо кнаружи до горизонтальной плоскости, при этом передние пучки мышцы тянут руку вперед, а задние – назад. Это толстая мышца треугольной формы, покрывающая плечевой сустав и частично мышцы плеча. Ее крупные пучки веерообразно сходятся к вершине треугольника, направленной вниз. Мышца начинается от оси лопатки, акромиона и латеральной части ключицы, а прикрепляется к дельтовидной бугристости плечевой кости. Под нижней поверхностью мышцы располагается поддельтовидная сумка (*bursa subdeltoidea*).

Надостная мышца (*m. supraspinatus*) имеет трехгранную форму и залегает в надостной ямке лопатки, располагаясь непосредственно под трапецевидной мышцей. Надостная мышца поднимает плечо и оттягивает капсулу плечевого сустава, не допуская ее защемления. Точка начала мышцы находится на поверхности надостной ямки, а место крепления – на верхней площадке большого бугорка плечевой кости и на задней поверхности капсулы плечевого сустава.

Подостная мышца (*m. infraspinatus*) поворачивает плечо кнаружи, поднятую руку отводит назад и оттягивает капсулу плечевого сустава. Это плоская мышца треугольной формы, заполняющая всю подостную ямку. Верхняя ее часть прикрывается трапецевидной и дельтовидной мышцами, а нижняя – широчайшей мышцей спины и большой круглой мышцей. Подостная мышца начинается от стенки подостной ямки и задней поверхности лопатки, а прикрепляется к средней площадке большого бугорка плечевой кости и капсуле плечевого сустава. В месте ее крепления к плечевой кости располагается подсухожильная сумка подостной мышцы (*bursa subtendinea mm. infraspinati*).

Малая круглая мышца (*m. teres minor*) поворачивает плечо кнаружи, одновременно слегка отводя его назад, и

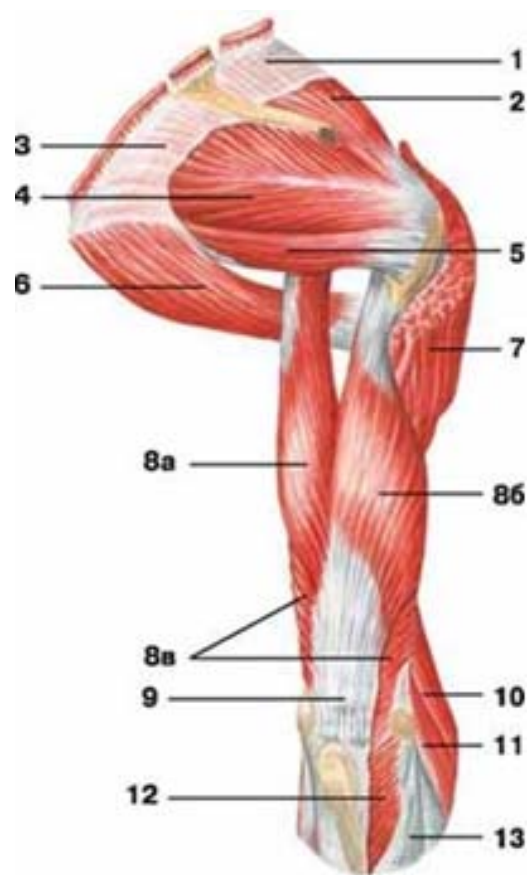


Рис. 2. Мышцы плеча и плечевого пояса (вид сзади).

- 1 – надостная фасция
- 2 – надостная мышца
- 3 – подостная фасция
- 4 – подостная мышца
- 5 – малая круглая мышца
- 6 – большая круглая мышца
- 7 – дельтовидная мышца
- 8 – трехглавая мышца плеча:
 - а) длинная головка
 - б) боковая головка
 - в) медиальная головка
- 9 – сухожилие трехглавой мышцы плеча
- 10 – плечелучевая мышца
- 11 – длинный лучевой разгибатель запястья
- 12 – локтевая мышца
- 13 – фасция предплечья

оттягивает капсулу плечевого сустава. Продолговатая, округлой формы мышца, верхняя часть которой прилегает к подостной мышце, передняя часть прикрывается дельтовидной мышцей, а задняя – большой круглой мышцей. Точка начала располагается на задней поверхности лопатки ниже подостной мышцы, а место крепления – на нижней площадке большого бугра плечевой кости и задней поверхности капсулы плечевого сустава.

Большая круглая мышца (*m. teres major*) поворачивает плечо внутрь и тянет его назад, приводя руку к туловищу.

Продолговатая плоская мышца, примыкающая к широчайшей мышце спины и частично прикрываемая ею в заднем отделе. В наружном отделе большая круглая мышца прикрывается дельтовидной мышцей. Точка начала – задняя поверхность лопатки у ее нижнего угла, место крепления – гребень малого бугорка плечевой кости. Около места крепления располагается подсухожильная сумка большой круглой мышцы (*bursa subtendinea mm. teretis majoris*).

Подлопаточная мышца (*m. subscapularis*) вращает плечо внутрь и принимает участие в его приведении к туло-

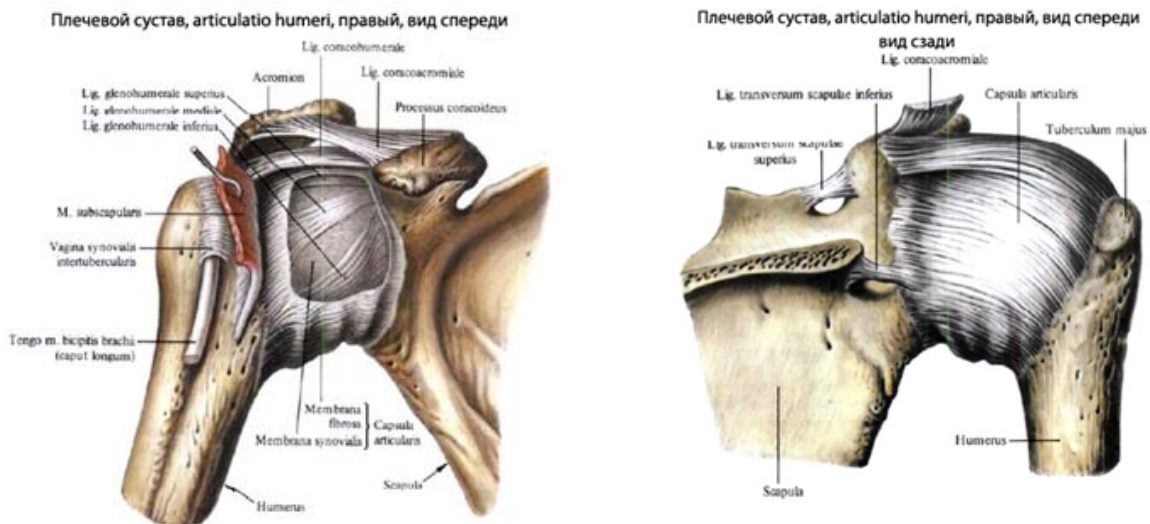


Рис. 3. Плечевой сустав: а – вид спереди; б – вид сзади.

вищу. Плоская широкая мышца треугольной формы, заполняющая всю подлопаточную ямку. Она начинается на поверхности подлопаточной ямки, а заканчивается на малом бугорке плечевой кости и передней поверхности капсулы плечевого сустава. В месте крепления находится небольшая сухожильная сумка подлопаточной мышцы.

Плечевой сустав, articulatio humeri (рис. 3а, б), связывает плечевую кость, а через ее посредство – всю свободную верхнюю конечность с поясом верхней конечности, в частности, с лопаткой. Головка плечевой кости, участвующая в образовании сустава, имеет форму шара. Сочленяющаяся с ней суставная впадина лопатки представляет плоскую ямку. По окружности впадины находится хрящевая суставная губа, labrum glenoidale, которая увеличивает объем впадины без уменьшения подвижности, а также смягчает толчки и сотрясения при движении головки. Суставная капсула плечевого сустава прикрепляется на лопатке к костному краю суставной впадины и, охватив плечевую головку, оканчивается на анатомической шейке. В качестве вспомогательной связки плечевого сустава существует несколько более плотный пучок волокон, идущий от основания клювовидного отростка и вплетающийся в капсулу сустава, lig. coracohumeralis. В общем же плечевой сустав не имеет настоящих связок и укрепляется мышцами пояса верхней конечности. Это обстоятельство, с одной стороны, является положительным, так как способствует обширным движениям плечевого сустава, необходимым для функции руки как органа труда. С другой стороны, слабая фиксация в плечевом суставе является отрицательным моментом, будучи причиной частых его вывихов.

Патогенетические механизмы плечелопаточного периаартроза

Для понимания патогенеза болевых и контрактурных феноменов при плечелопаточном периаартрозе следует рассмотреть анатомические отношения, складывающиеся при отведении руки в сторону и поднятии ее вверх. Это движение не под силу одной дельтовидной мышце. При нем большой бугорок и соответствующий участок капсулы подходят под акромион и клюво-акромиальную связку. Неизбежно возникает трение участка об акромион и клюво-акромиальную связку. Это сдавление и трение уменьшаются субакромиальной сумкой, при патологии которой может возникнуть дефект капсулы.

Чрезвычайно важным фактором, обеспечивающим беспрепятственное отведение руки, поднятие ее вверх и предотвращающим удар бугорка плеча об акромион, является действие надостной и подлопаточной мышц. Они приближают головку плеча к суставной впадине лопатки, «прикапывают» ее, создавая точку опоры (вращения) для головки плеча. Только после этого дельтовидная мышца может поднять плечо во фронтальной плоскости.

При тендинозе сухожилия надостной мышцы в участках фиброзного перерождения сухожилия, ближе к головке плечевой кости, происходит обызвествление (tendinosis calcarea), заболевание, если оно проявляется клинически, обычно принимает острое течение. Вслед за ощущением дискомфорта и тяжести в плече появляются сильные грызущие боли, особенно по ночам. Они иррадируют в проксимальном и дистальном направлениях.

Довольно скоро наступает ограничение движений, вплоть до возникновения «замороженного плеча». Обнаруживаются положительный признак Довборна, болезненность в зоне большого бугорка, межбугорковой борозды, надостной ямки, по ходу сухожилия и до самой мышцы. Боли уменьшаются, а объем движений увеличивается при отведении плеча в положении максимально нарушенной ротации. При описании клинической картины плечелопаточного периаартроза указывают в первую очередь на болевые симптомы:

- 1) боли, чаще спонтанные, больше ночью при лежании на больной стороне, усиливающиеся при движениях и иррадирующие в шею, руку;
- 2) боли, появляющиеся при отведении руки и закладывании ее за спину;
- 3) болезненная пальпация периартикулярных тканей.

Боли могут возникнуть остро, например, при неловком движении, после травмы, чаще же они нарастают постепенно и отдают из области плечевого сустава в руку или шею. Характерны боли по наружной поверхности плеча в области его бугорков, клювовидного отростка, верхнего края трапецевидной мышцы.

Другая важная группа симптомов связана с контрактурными явлениями в области сустава. В отличие от заболеваний самого сустава (инфекционный моноартрит, туберкулез, гигантоклеточная и злокачественная опухоли) затруднены не все движения в нем. Если отведение руки в сторону резко ограничено, маятникообразные движения плеча в пределах 30–40° всегда остаются свободными.

При попытке отвести руку в сторону и вверх появляется резкая боль в области бугорков плечевой кости и акромиона. У некоторых больных, однако, возможно преодоление этой боли, если пассивно поднимать руку вверх. С момента, когда большой бугорок плечевой кости и измененные ткани в области субакромиальной сумки уходят под акромион и прекращается их трение, боль исчезает. Вся эта последовательность субъективных и объективных проявлений определяется как симптом Довборна. Удержание руки в положении бокового отведения невозможно. Ротация плеча, особенно внутрь, резко затруднена. При длительном течении заболевания ограничение движения в суставе становится весьма выраженным – «замороженное плечо».

Синдром ротаторной манжеты (импинджмент-синдром) – функциональное болезненное ограничение подвижности в плечевом суставе. В тяжелых случаях восстановление движений возможно только после хирургического вмешательства ввиду разрывов элементов ротаторной манжеты. Наиболее часто источником рефлекторного воздействия на мышцы плечевого сустава, причиной, ведущей к их тоническому напряжению, является пораженный диск. В границах вертеброгенного плечелопаточного периартроза можно рассматривать вариант с преобладанием нейродистрофических изменений в периартикулярных тканях и вариант с преобладанием мышечно-тонических проявлений. При последнем, кроме аддукторов плеча, в состоянии компенсаторного фиксирующего напряжения находятся поднимающая лопатку, трапецевидная, лестничные, передняя зубчатая и ромбовидная мышцы. Таковы данные, доказывающие с несомненностью, что плечелопаточный периартроз формируется у больных шейным остеохондрозом под влиянием патологических импульсов из различных отделов центральной и периферической нервной системы.

Диагностические тесты для «манжеты» ротаторов плечевого сустава

Тест надостной мышцы. Отведение руки в положении внутренней ротации (первый палец смотрит вниз) и наружной ротации (первый палец смотрит вверх). При импинджмент-синдроме пациент не может поднять руку до горизонтали из-за боли. Дополнительно может оказать сопротивление отведению руки.

Тест для подлопаточной мышцы. Заведение руки за спину с согнутым в локте предплечьем и попытка дотронуться тыльной поверхностью кисти до противоположной лопатки. При импинджмент-синдроме из-за боли и слабости пациент часто может завести руку только до уровня поясницы. Рука в свободном положении находится при этом в выраженной наружной ротации.

Тест для подостной мышцы. Руки пациента расположены вдоль туловища, не касаясь его, согнуты в локтях, предплечье в среднем положении между пронацией и супинацией (первый палец смотрит вверх). Кисти пациента не соединены. Специалист фиксирует свои ладони на тыльной поверхности кистей пациента. Пациент пытается развести (отвести) руки в стороны, преодолевая сопротивление врача. При синдроме возникают боль и слабость.

Тест для малой круглой мышцы. Пациент свободно стоит, руки расслаблены. При контрактуре малой круглой мышцы рука дополнительно ротируется внутрь, и если смотреть сзади, то ладонь направлена назад, как это бывает при параличе Дюшенна–Эрба.

Мануальные лечебные методы при плечелопаточном периартрозе

1. Сегментарный или классический массаж воротниковой зоны (сегментарная зона от D2–C4 до D6–7 – Осс), плечевого пояса, шеи, головы и верхней конечности.
2. Мануальная тракция шейного отдела позвоночника.
3. Постизометрическая релаксация (ПИР) мышц шеи и плечевого пояса.
4. Позиционная мобилизация шейного отдела позвоночника, верхних ребер, лопатки, плечевого сустава.
5. Дифференцированная целенаправленная лечебная гимнастика.

Специальные точки акупунктуры при патологии плечевого сустава.

1. **VB20 Фэн-чи** – позади сосцевидного отростка, в углублении, между затылком и атлантом.
2. **V10 Тянь-чжу** – между C1–C2 на 1,5 цуня кнаружи.
3. **VG14 Да-чжуй** – между C7–D1 по средней линии.
4. **VB21 Цзянь-цзинь** – центр надостной ямки, посередине между C7 и акромионом (важнейшая ТА для устранения боли и спазма в области шеи и плечевого сустава; рис. 4).



Рис. 4.

5. **IG11 Тянь-цзун** – в центре подостной ямки.
6. **GI11 Цюй-чи** – конец складки локтевого сгиба с лучевой стороны.
7. **GI15 Цзянь-юй** – между акромионом и бугорком плечевой кости, где при отведении руки образуется ямка.
8. **IG9 Цзянь-чжэнь** – 1 цунь выше подмышечной складки, между плечевой костью и лопаткой.
9. **V42 По-ху** – между D3–D4 на 3 цуня от средней линии спины.
10. **V43 Гао-хуан** – между D4–D5 на 3 цуня от средней линии спины.
11. **V44 Шэнь-тан** – между D5–D6 на 3 цуня от средней линии спины.

Лечение мобилизацией плечевого сустава.

Пассивные движения и суставная игра.

Тракция по оси плеча (рис. 5).

Мобилизация плечелопаточного сустава в краниокаудальном направлении (рис. 6).

Мобилизация лопатки круговым вращением (рис. 7).

Мобилизация акромиально-ключичного сустава в краниокаудальном направлении (рис. 8).

Алгоритм мобилизаций при плечелопаточном периартрозе.

Исходное положение пациента (ИПП) – сидя.

Тракция по оси плеча и оси шейки плеча.

Сгибание – разгибание.



Рис. 5.



Рис. 6.



Рис. 7.



Рис. 8.

Отведение – приведение (90 и 180).
Наружная и внутренняя ротация.
Циркумдукция.
Мобилизация в краниокаудальном направлении.
ИПП – лежа на животе.

Мобилизация головки плечевой кости дорзально.
Мобилизация лопатки круговым вращением.
Мобилизация лопатки дорзально и реберно-поперечных суставов ДЗ–Д6.
ИПП – лежа на спине.
Мобилизация головки плечевой кости вентрально.
Мобилизация дорзо-вентрально ПС (плечо отведено 45 и 90).
Мобилизация АКС в передне-заднем направлении.
Мобилизация АКС краниокаудально.
Мобилизация ГКС в передне-заднем направлении.

Позиционная мобилизация и постизометрическая релаксация мышц

1. ПИР длинных мышц спины, шеи и мобилизация шейного отдела позвоночника во флексии. Специалист находится у головы пациента, располагает ладони на затылке, локти упираются в стол, приводит подбородок пациента к груди, сгибая шейный отдел позвоночника. Изометрическая работа пациента направлена на разгибание головы и шеи (рис. 9).

2. ПИР вертикальной части трапециевидной мышцы и мобилизация шейного отдела позвоночника в латерофлексии. Специалист располагает правую руку областью ладони на правой височной области пациента, наклоняя голову влево. Левая рука специалиста фиксирует правое надплечье, усиливая растяжение. Изометрическая работа пациента направлена на сгибание головы и шеи вправо, «ухо к плечу» (рис. 10).

3. ПИР и мобилизация мышц – ротаторов шейного отдела позвоночника. Специалист, стоя сзади, правой рукой захватывает область задней поверхности шеи, левый край нижней челюсти пациента упирается во внутреннюю поверхность правого предплечья, и поворачивает голову вправо. Левая рука специалиста фиксирует левое надплечье пациента, исключая синергию мышц – ротаторов грудно-поясничного отдела позвоночника. Изометрическое напряжение пациента направлено на ротацию шейного отдела позвоночника вправо (рис. 11).

4. ПИР большой круглой и широчайшей мышц. Специалист проводит отведение плеча, фиксируя руками предплечье, создавая надежный упор для локтя (можно областью бедра) пациента. Изометрическая работа направлена на приведение плеча.

6. ПИР подлопаточной мышцы. Специалист отводит на 90 и ротирует кнаружи плечо пациента, согнутое в локтевом суставе под углом 90, изометрическая работа направлена на внутреннюю ротацию плеча.

7. ПИР малой грудной мышцы. Специалист сгибает плечо, рука пациента согнута в локтевом суставе (локоть вперед), изометрическая работа направлена на разгибание (локоть назад).

8. ПИР большой грудной мышцы.

1-й вариант для грудинной порции большой грудной мышцы. Специалист отводит руку пациента назад, плечо отведено под углом 90 относительно боковой поверхности грудной клетки.

2-й вариант для брюшной порции большой грудной мышцы. Специалист отводит руку пациента назад, плечо отведено под углом 135 относительно боковой поверхности грудной клетки (кисть на уровне макушки).

3-й вариант для ключичной порции большой грудной мышцы. Специалист отводит руку пациента назад, плечо отведено под углом 60 относительно боковой поверхности грудной клетки (кисть на уровне пупка).

Изометрическая работа пациента направлена на приведение плеча (руки) перед собой.



Рис.9.



Рис.10.



Рис.11.

9. ПИР межлопаточной (средняя порция трапецевидной, большая и малая ромбовидная) группы мышц. ИПП – лежа на животе. Пациент заводит согнутые в локтевых суставах руки за поясницу, кисти в замок. Специалист отводит локти пациента вперед, усиливая внутреннюю ротацию плеча. Изометрическая работа направлена на отведение локтей назад.

10. ПИР подостной мышцы. Пациент заводит согнутую в локтевом суставе руку за поясницу. Специалист отводит локоть пациента вперед, усиливая внутреннюю ротацию плеча. Изометрическая работа направлена на отведение локтя назад.

Лечебная гимнастика при плечелопаточном периартрозе

Основная задача лечебной гимнастики при плечелопаточном периартрозе – тренировка в изотоническом и изометрическом режиме глубоких стабилизаторов позвоночника, передней брюшной стенки и плечевого пояса верхних конечностей. Восстановление оптимального статического и динамического стереотипа.

Упражнение 1. ИПП – лежа на животе.

1-й вариант. Пациент отводит прямые руки назад, кисти на уровне плечевых суставов. Приподнимает подбородок, верхнюю часть грудной клетки, выпрямляет ноги, отрывая колени от пола, касаясь его поверхности в основном одним животом. Фиксация изометрической позы 10 с. (рис. 12–15).



Рис.12.



Рис.13.



Рис.14.



Рис.15.

2-й вариант. То же, руки в стороны.

3-й вариант. То же, руки вперед и в стороны.

4-й вариант. То же, руки в замок за голову.

5-й вариант. То же, руки вперед, кисти в замок, ладонями наружу.

Упражнение 2. ИПП – сидя или стоя. Ноги на ширине плеч, небольшой наклон корпуса вперед, прогнуться в пояснице, руки вытянуты вперед-вверх, являясь продолжением туловища, кисти в замок ладонями наружу, подбородок приподнят.

Упражнение 3. ИПП то же, но с ротацией корпуса вправо и влево.

Упражнение 4. ИПП прежнее. Фиксируется наклон вперед с одновременным прогибом в пояснично-грудном отделе позвоночника, руки отведены назад до предела, голова приподнята, взгляд направлен немного вверх.

Упражнение 5. ИПП – стоя, ноги вместе. Руки подняты вертикально вверх, кисти в замок ладонями наружу. Потянуться, не отрывая пятки от пола, слегка прогнуться назад, взгляд направить вверх.

Упражнение 6. ИПП стоя, ноги широко разведены. Фиксируется наклон в левую сторону, правая рука поднята вертикально вверх, левая – скользя по «лампасу», располагается в области голени. Голова ротирована в сторону правой кисти. То же – вправо.

Упражнение 7. ИПП – прежнее. Фиксируется наклон корпуса вперед с одновременной ротацией вправо. Руки разведены в стороны на уровне плеч, голова ротирована в сторону кисти поднятой вверх руки. То же – с ротацией влево.

Упражнение 8. ИПП – стоя, ноги на ширине плеч. Выполняется и фиксируется наклон назад с касанием кончиками пальцев пола, поверхности стола. Важно, чтобы сгибание совершалось не только в суставах нижних конечностей, но и в позвоночнике.

Упражнение 9. ИПП – стоя в коленно-кистевом положении, пальцы навстречу друг другу. Необходимо выпрямить весь позвоночник, сгладив его кифоз и лордоз. Стопы приподняты от пола, голени перекрещены, руки несколько согнуты в локтевых суставах. Возможна динамическая работа до 10–20 повторений или изометрическая фиксация позы с опорой на колени и кисти.

Упражнение 10. ИПП – лежа на спине. Пациент сгибает ноги в коленных и тазобедренных суставах, захватив область нижней трети голени выше лодыжек кистями. Приподнимает таз вверх, прогибается в позвоночнике, разводит колени, плотно сжимает ягодицы. Фиксирует изометрическую позу, опираясь на стопы и лопатки.

Методические указания к лечебной гимнастике. Степень изометрического напряжения должна быть малой, средней или субмаксимальной, в зависимости от исходного функционального состояния пациента. Время изометрического усилия – до 10 с. В противном случае возможно усиление боли и спазма, смещение рефлексов. Во время фиксации изометрического положения необходимо соблюдать строгую последовательность мышечных напряжений, стараться не задерживать дыхание, снижая уровень энергетических затрат в процессе совершенствования психомоторной деятельности. Изометрические упражнения можно выполнять с асимметричным напряжением, одновременно расслабляя противоположную половину тела или конечность.

М.Г.Бондаренко,
преподаватель массажа и ЛФК ГБОУ СПО Кисловодский
медицинский колледж Минздрава России

Мануальное вытяжение позвоночника

Мануальные приемы вытяжения могут рассматриваться как отдельный метод восстановления подвижности позвоночного столба. Однако наиболее эффективно использовать этот вид тракционного воздействия в комплексной программе лечения дорсопатий. Ручное вытяжение может носить статический, динамический, направленный или комбинированный характер, но во всех случаях методы мануальной тракции должны быть строго дозированы. Выполнение вытяжения необходимо производить в соответствии с этапами восстановительного лечения вертеброгенной патологии: I этап – расслабляющий, II этап – развивающий, III этап – закрепляющий.

Шейный отдел позвоночника

Исходное положение (ИП) больного – лежа на животе, на кушетке (рис. 1). ИП врача – стоя сбоку от больного. Одна рука врача расположена на затылочной кости, вторая – в области шейно-грудного перехода. Руки плотно фиксированы с кожей. Вытяжение задней группы мышц шеи производится за счет разводящего движения рук по оси позвоночника. Данный прием может являться вводным при проведении мануального воздействия, он также может осуществляться сразу после расслабляющего массажа шейно-воротниковой области. Прием целесообразно использовать на I–II этапах восстановительного лечения. При наличии у кушетки, на которой расположен больной, подвижного головного конца с целью усиления эффекта вытяжения возможен наклон головы вниз (20–30°).

ИП больного – лежа на спине. ИП врача – сидя в изголовье больного (рис. 2). Большие пальцы рук врача расположены на сосцевидных отростках, остальные – на боковых поверхностях шейных позвонков. Тракция осуществляется синхронно по оси позвоночника, в ритм дыхания пациента. Этот прием может выполняться начиная с I этапа.

ИП больного – лежа на спине. ИП врача – сидя в изголовье больного (рис. 3). Одна рука врача расположена снизу на

уровне большого затылочного отверстия, вторая – фиксирует больного за подбородок, предплечья врача упираются в верхний край кушетки. Врач осуществляет легкую тракцию обеими руками, используя при этом свои предплечья в качестве рычагов. Манипуляция в зависимости от интенсивности вытяжения может использоваться на I, II, III этапах восстановления подвижности позвоночника (ВПП). Начиная со II этапа возможно использовать аналогичное вытяжение при повороте головы больного на бок (рис. 4). Тракция осуществляется по оси позвоночника. При этом воздействие на мышцы боковой поверхности шеи усиливается. ИП больного – лежа на спине, голова повернута на бок. ИП врача – сидя в изголовье больного. Одна рука врача расположена на затылочной кости, вторая – фиксирует подбородок больного. Тракционное движение осуществляется строго по оси позвоночника. На вдохе пациента осуществляется вытяжение, на выдохе – расслабление. Вытяжение шейного отдела позвоночника с использованием дополнительной тяги. ИП больного – лежа на спине, голова за краем кушетки (рис. 5). ИП врача – стоя в изголовье больного. Одна рука специалиста расположена на уровне большого затылочного отверстия, вторая – фиксирует больного за подбородок. Широкий мягкий тяж-пояс обхватывает затылок больного и поясницу врача. По-



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.



Рис. 5.



Рис. 6.



Рис. 7.



Рис. 8.



Рис. 9.



Рис. 10.



Рис. 11.



Рис. 12.

следний осуществляет тракционное движение за счет натяжения пояса при отклонении своего корпуса назад, а руками может осуществляться дополнительное движение (ротация, наклоны, сгибание).

ИП больного – лежа на спине. ИП врача – сидя в изголовье больного (рис. 6). Одна рука врача расположена на затылочной кости, вторая – на плечевом суставе больного. Тракция боковых мышц шеи осуществляется плавными ритмичными движениями, синхронно дыханию пациента, без напряжения. Прием используется на II, III этапах ВПП.

ИП больного – лежа на спине, голова за краем кушетки (рис. 7). ИП врача – стоя в изголовье больного. Одна рука врача расположена снизу на уровне большого затылочного отверстия, вторая – фиксирует больного за подбородок. Врач осуществляет тракционное движение руками, используя при этом отклонение массы своего тела назад.

ИП больного – лежа на спине, голова за краем кушетки, шея на предплечьях врача (рис. 8). ИП врача – сидя в изголовье больного. Оба скрещенных предплечья врача фиксированы на своих бедрах, кисти расположены у плечевых суставов больного. Вытяжение задней группы мышц шеи происходит за счет перекрестного движения предплечий (эффект ножниц или домкрата). Прием ввиду мягкости воздействия может использоваться с I этапа.

ИП больного – сидя с опущенными вниз руками (рис. 9). ИП врача – стоя сзади от больного. Одна рука врача расположена сзади на уровне большого затылочного отверстия, вторая – согнута в локтевом суставе, захватывает больного за подбородок. Синхронно обеими руками осуществляется тракция по оси позвоночника. При выполнении движения необходимо соблюдать особую осторожность ввиду возможности перерастяжения позвоночника и раздражения верхне-шейного сплетения. Прием используется на II, III этапах ВПП.

ИП больного – сидя с опущенными вниз руками (рис. 10). ИП врача – стоя сзади от больного. Большие пальцы рук врача расположены на сосцевидном отростке, остальные – на височной области. Тракция осуществляется обеими руками по оси позвоночника. При выполнении движения эргономически более выгоден подъем врача вверх за счет его разгибания в полусогнутых коленных суставах.

ИП больного – сидя с опущенными вниз руками (рис. 11). ИП врача – стоя сзади от больного. Большие пальцы рук

врача расположены на сосцевидном отростке, остальные – на височной области, предплечья врача фиксированы на плечах больного. Синхронно обеими руками врач осуществляет тракцию по оси позвоночника, используя при этом свои предплечья в качестве рычагов.

ИП больного – сидя с опущенными вниз руками (рис. 12). ИП врача – стоя сзади от больного. Одна рука находится на височной области больного, вторая – в углу между боковой поверхностью шеи и надключичной областью с противоположной стороны. Тракционное движение осуществляется за счет наклона головы в сторону и растяжения боковой группы мышц шеи со свободной стороны. Прием используется на III этапе ВПП.

ИП больного – лежа на спине (рис. 13). ИП врача – стоя в изголовье больного. Большие пальцы рук врача расположены на сосцевидных отростках, остальные – на затылке. Тракционное движение первоначально направлено на врача, а затем вверх с поднятием корпуса больного за голову. Этим движением можно завершать процедуру вытяжения шейного отдела позвоночника.

Грудной отдел позвоночника

ИП больного – лежа на животе (рис. 14). ИП врача – стоя сбоку от больного. Кисти рук врача расположены паравертебрально с одной стороны. За счет плотного контакта с кожей больного врач производит поочередное (одностороннее) продольное растяжение мышц поясничного и грудного отделов позвоночника. (Целесообразно проводить эту манипуляцию после массажа.)

ИП больного – лежа на животе (рис. 15). ИП врача – стоя сбоку от больного. Руки врача перекрещены, большие пальцы расположены с одной стороны от остистых отростков позвоночника пациента, остальные – с противоположной. За счет плотного контакта с кожей больного врач производит двустороннее продольное растяжение паравертебральных мышц поясничного и грудного отделов позвоночника. (Процедура проводится после релаксационного массажа.) Два вышеописанных приема можно выполнять с I этапа ВПП.

ИП больного – лежа на животе (рис. 16). ИП врача – стоя сбоку от больного. Кисти рук врача расположены паравертебрально (одна в поясничной области, другая – в верхнегрудной области с противоположной стороны). За



Рис. 13.



Рис. 14.



Рис. 15.



Рис. 16.



Рис. 17.



Рис. 18.

счет плотного контакта с кожей больного врач производит перекрестное продольное растяжение мышц поясничного и грудного отделов позвоночника. Со II этапа данное движение можно усилить, создавая легкие колебания позвоночника из стороны в сторону. Этот прием динамического вытяжения позволяет более эффективно воздействовать на межпозвоночные сочленения и фасетчатые суставы.

ИП больного – лежа на боку, руки за головой, локти приведены (рис. 17). ИП врача – стоя сбоку от больного. Большие пальцы рук врача расположены на боковой поверхности ребер и поясницы, остальные – паравертебрально. За счет плотного контакта с кожей больного врач производит одностороннее продольное растяжение межреберных и паравертебральных мышц.

ИП больного – сидя с опущенными вниз руками (рис. 18). ИП врача – стоя сзади от больного. Руки врача охватывают грудную клетку больного, проходя через его подмышечные впадины. Колени врача полусогнуты. На выдохе больного врач, разгибая колени и отклоняясь назад, производит тракцию грудного отдела позвоночника. На II и III этапах при выполнении приема возможен легкий отрыв больного от стула и осуществление вибрации.

ИП больного – стоя, руки опущены (рис. 19). ИП врача – стоя сзади больного с широко расставленными в упоре ногами. Руки врача охватывают грудную клетку больного, проходя через его подмышечные впадины. Врач фиксирует больного своим корпусом. На выдохе больного врач отклоняется назад и производит тракцию грудного отдела позвоночника. На II и III этапах ВПП при выполнении приема возможен отрыв больного от пола и легкое встряхивание.

ИП больного – стоя, руки за головой (рис. 20). ИП врача – стоя сзади больного с широко расставленными в упоре ногами. Руки врача заведены под плечи больного. На выдохе больного врач отклоняется назад и производит тракцию и экстензию грудного отдела позвоночника, а также тракцию и флексию шейного отдела позвоночника.

Поясничный отдел позвоночника.

ИП больного – лежа на животе (рис. 21). ИП врача – стоя у ногного края кушетки. Руки врача фиксируют голеностопные суставы больного. Тракционное движение производится на выдохе больного, который при этом держится руками за края кушетки. Прием используется с I этапа программы ВПП. На II и III этапах во время тракции возможно выполнение колебательных движений голенью слева направо, распространяющееся на поясничный отдел позвоночника.

ИП больного – лежа на спине (возможно на животе; рис. 22). ИП врача – стоя у ногного края кушетки. Обе руки врача фиксируют один голеностопный сустав больного. Другой стопой больной упирается в бедро врача. На вдохе больной тянет фиксированную ногу на себя (изометрическое сокращение мышц поясничной области). На выдохе пациента врач руками производит вытяжение за фиксированную ногу.

ИП больного – лежа на спине (рис. 23). ИП врача: стоя у ногного края кушетки. Руки врача фиксируют голеностопные суставы больного. Тракционное движение производится на выдохе больного, при этом эргономически более выгодно отклонение корпуса врача назад.

ИП больного – лежа на животе, на краю кушетки (рис. 24). ИП врача – стоя у ногного края кушетки. Руки врача фиксируют голень и коленные суставы больного. Тракционное движение производится на выдохе больного, который при этом держится руками за края кушетки. Эргономически более выгодно вытяжение за счет отклонения корпуса врача назад.

ИП больного – лежа на спине, на краю кушетки, ноги согнуты в тазобедренных суставах и коленях (рис. 25). ИП врача – стоя у ногного края кушетки. Руки врача фиксируют голень больного. Тракционное движение производится на выдохе больного, который при этом держится руками за края кушетки. Эргономически более выгодно вытяжение за счет отклонения корпуса врача назад.

ИП больного – лежа на спине, на кушетке (рис. 26). Два врача, зафиксировав пациента за плечи и голеностопные суставы, осуществляют вытяжение позвоночника вдоль его продольной оси. Этот метод вытяжения впервые был описан во времена Гиппократ, но до настоящих дней сохранил свою актуальность.

ИП больного – лежа на спине (рис. 27). ИП врача – стоя на коленях у ног больного. Руки врача фиксируют голеностопные суставы больного. Тракционное движение производится на выдохе больного, который при этом держится руками за края кушетки. Прием используется с I этапа программы ВПП. На II и III этапах во время тракции возможно выполнение колебательных движений голенью слева направо, распространяющееся на поясничный отдел позвоночника.



Рис. 19.



Рис. 20.



Рис. 21.



Рис. 22.



Рис. 23.



Рис. 24.

стопные суставы больного. Тракционное движение производится на выдохе больного за счет отклонения корпуса врача назад.

ИП больного – стоя на коленях, присесть на пятки (рис. 28). ИП врача – присесть на корточки сзади пациента. Руки врача фиксируют плечи пациента через подмышечные впадины. Колени врача осуществляют упор чуть выше крыльев подвздошных костей пациента. Вытяжение происходит за счет отклонения врача назад и тяги за плечи пациента, а его таз при этом фиксирован ногами врача.

Оценка эффективности

Эффективность методов вытяжения должна оцениваться с учетом всех основных показателей, характеризующих клиническое состояние больного: его жалоб; объективного состояния позвоночника и всего опорно-двигательного аппарата, неврологического статуса, данных инструментальных методов оценки (гониометрии, динамометрии, динамики роста и др.), а также результатов специализированных исследований (рентгенографии, магнитно-резонансной и компьютерной томографии, электрофизиологических методов исследования). Для динамической оценки эффективности тракционной терапии используются данные клинического наблюдения и функциональные тестирования. Весьма полезной для динамической оценки проводимых мероприятий является систематическая регистрация в медицинской документации основных показателей о самочувствии и функциональных возможностях позвоночника.

Основными признаками положительной динамики при вытяжении позвоночника являются: снижение болевого синдрома; нормализация мышечного тонуса; уменьшение неврологической симптоматики; увеличение объема движений позвоночника и силы паравертебральных мышц; восстановление равновесия и устранение патологических искривлений позвоночника.

Итоговая оценка эффективности производится после завершения процедур вытяжения и включает в себя повтор-

ные функциональные исследования подвижности позвоночника (в объеме не меньшем чем при предварительном исследовании, проводимом перед назначением процедур). Заключительная оценка эффективности проводится не ранее чем через 1–2 мес после окончания лечения, она помимо клинического и функционального обследования может включать специализированные методы исследования (магнитно-резонансная и компьютерная томография), при этом следует учитывать, что проведение таких исследований более 2 раз в год нецелесообразно.

Функциональные критерии оценки эффективности тракционных методов лечения можно разделить на 3 основные группы:

- Оценка болезненности (в покое, различных положениях, при движениях в разных плоскостях, ходьбе, пальпации).
- Оценка мобильности (подвижность, объем движений, мышечная сила, двигательный стереотип).
- Оценка симметричности (наличие искривлений и асимметрий, смещение центра масс).

Кроме того, можно выделить специализированные объективные методы исследования опорно-двигательного аппарата, двигательных и электрофизиологических функций, а также морфологического статуса, применимые для оценки состояния позвоночного столба (табл. 1).

С целью оценки функционального статуса позвоночного столба может быть использован метод регистрации подвижности на звездчатой диаграмме. Данный метод позволяет оценить подвижность позвоночного столба в сагиттальной, фронтальной и трансверсальной плоскостях с последующим созданием графического профиля функциональных возможностей позвоночника. Оценка подвижности производится с использованием гониометра (в градусах) или функциональных тестов (в баллах, см и др.). Звездчатая диаграмма представляет собой шкалу с тремя осями координат, пересекающимися в центре (который условно можно расценивать как вид на человека

Таблица 1. Шкала оценки эффективности лечебных воздействий				
Критерии оценки Баллы Параметры	Нормализация Выздоровление	Улучшение	Без динамики	Ухудшение
	3	2	1	0
Функциональные критерии				
<i>Болезненность</i>				
В покое	Исчезновение	Уменьшение	Сохранение	Усиление
При движении	Исчезновение	Уменьшение	Сохранение	Усиление
При пальпации	Исчезновение	Уменьшение	Сохранение	Усиление
Мобильность				
<i>Подвижность:</i>				
Объем движений	Увеличение до нормы	Увеличение	Без изменений	Уменьшение
Краниосакральный ритм	Нормализация	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Функциональные блоки	Устранение	Уменьшение	Без изменений	Появление
Гипермобильность	Устранение	Уменьшение	Без изменений	Появление
<i>Мышечный статус</i>				
Мышечная сила	Нормализация	Увеличение	Без изменений	Уменьшение
Гипертонус	Устранение	Устранение	Без изменений	Усиление
Гипотонус	Устранение	Устранение	Без изменений	Усиление
Биомеханика движений	Улучшение	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Симметричность				
Стабилометрия (центр масс)	Смещение 95–100%	Смещение 60–95%	Смещение менее 60%	Увеличение смещения
Двухвесовая проба	Централизация	Выравнивание	Без изменений	Увеличение смещения
Искривления позвоночника	Устранение	Уменьшение	Сохранение	Увеличение искривления
Анталгическая поза	Устранение	Устранение	Сохранение	Появление
Ротация позвонков	Устранение	Уменьшение	Сохранение	Увеличение
Объем активных движений	Выравнивание	Снижение асимметрии	Без изменений	Увеличение асимметрии
Мышечная сила	Выравнивание	Снижение асимметрии	Без изменений	Увеличение асимметрии
Асимметрия тонуса (пальпаторно)	Выравнивание	Снижение асимметрии	Без изменений	Увеличение асимметрии
Неврологическая асимметрия	Устранение	Уменьшение	Сохранение	Увеличение разницы сторон
Специализированные методы				
Нейромиография	Нормализация	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Реовазография	Нормализация	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Тепловизионные исследования	Нормализация	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Электрометрия кожи	Нормализация	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Метод Фолля	Нормализация	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Оценка мышечных функций				
Электромиография	Нормализация	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Изокинетические исследования	Нормализация	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Динамометрия	Нормализация	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Тензометрические исследования	Нормализация	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Кинестезические исследования	Нормализация	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Результаты лабораторных исследований (креатинфосфокиназа; лактатдегидрогеназа и др.)	Нормализация	Улучшение	Без изменений	Ухудшение
Морфологический статус (структура позвоночника)				
Рентгенография	При наличии структурных изменений возможен их регресс, вплоть до полного исчезновения		Без изменений	Отрицательная динамика
Компьютерная томография			Без изменений	Отрицательная динамика
Магнитно-резонансная томография			Без изменений	Отрицательная динамика

сверху). На каждой из осей имеется шкала для регистрации показателей: сгибание; разгибание; наклон влево; наклон направо; поворот влево; поворот направо. Оценка этих движений может производиться в градусах или других единицах измерения.

На звездчатой диаграмме (рис. 29) возможна регистрация показателей подвижности всего позвоночника, а также отдельно шейного отдела (эти показатели меньше по величине и отображаются ближе к центру диаграммы). Имеется возможность отображения на этой диаграмме направлений, в которых движения вызывают у обследо-

мого болезненность (с указанием величины углов возникновения болезненных ощущений). Здесь же может быть отмечена проекция центра масс, отражающая вертикальную симметричность позвоночного столба.

Учет сразу нескольких показателей на звездчатой диаграмме позволяет объективно оценить функциональный статус позвоночного столба и дает возможность наглядно представить эти данные для других специалистов (или самих пациентов). Благодаря использованию такого способа регистрации существенно облегчается выбор вектора для направленного вытяжения (см. раздел «Мануаль-



Рис. 25.



Рис. 26.



Рис. 27.



Рис. 28.

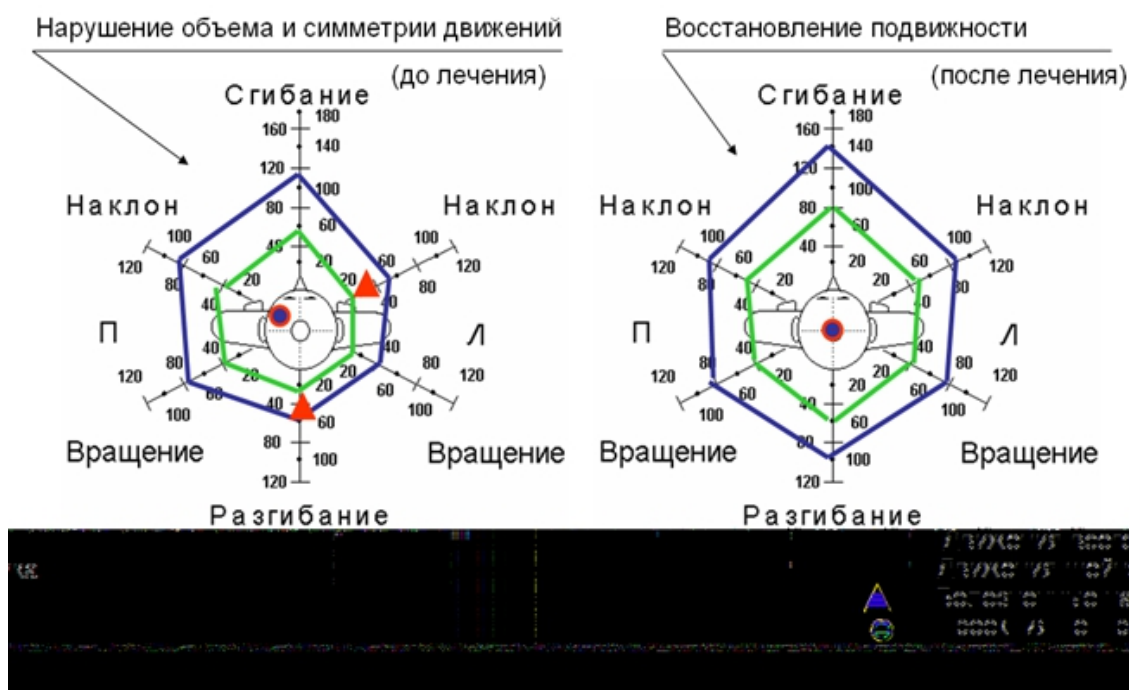


Рис. 29. Отражение функционального статуса позвоночного столба на звездчатой диаграмме.

ное вытяжение позвоночника»), а также выбор других процедур, учитывающих «предпочтительные» и «нежелательные» направления при движениях позвоночника (МТ, ЛФК). Достоверным методом оценки эффективности восстановительных мероприятий при дорсопатиях является исследование динамики смещения центра масс при стабиллографии.

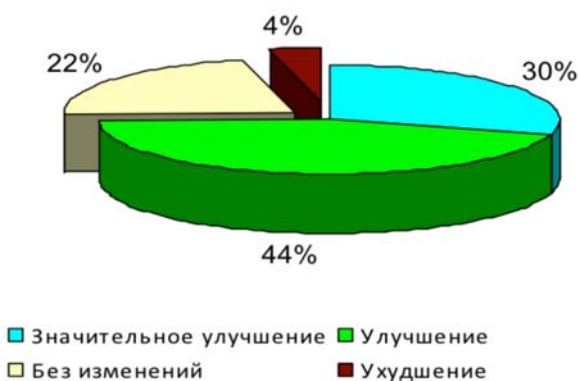
Положительными стабиллографическими признаками (рис. 30) можно считать уменьшение смещения центра масс в сагиттальной и фронтальной плоскости, а также снижение амплитуды колебаний и восстановление внутреннего контроля за положением тела, определяемого сопоставлением результатов стабиллографии с открытыми и закрытыми глазами. И, как отмечалось выше, важным показателем эффективности проводимого лечения является коэффициент опорности (или распределение при двухвесовой пробе). Восстановление нормальной статики и подвижности позвоночного столба ведет к увеличению этого показателя до 95–100%. В случае исполь-

зования двухвесовой пробы разница распределения массы тела не должна превышать 5% на каждую стопу.

С целью оценки эффективности вытяжения позвоночника у больных с дорсопатиями проводилось исследование функционального статуса позвоночника с использованием звездчатых диаграмм, а также стабиллографических методов оценки опороспособности и положения центра масс. Исследование включало оценку и анализ вышеуказанных характеристик до и после проведения процедур вытяжения позвоночника. В основную группу обследования вошли 192 пациента, из них 138 мужчин и 54 женщины с верифицированным диагнозом «дорсопатия» (или остеохондроз позвоночника) в возрасте от 19 до 68 лет. При оценке функционального статуса позвоночника перед назначением процедур вытяжения выявлено следующее: ограничения подвижности позвоночного столба наблюдаются у 88% пациентов с дорсопатиями, а болезненность при движениях в позвоночнике отмечали 75% обследованных.

Таблица 2. Средние показатели прироста длины тела после проведения вытяжения позвоночника, см (n=192)						
Методы вытяжения позвоночника	Число обследованных	Средний рост до вытяжения	Средний рост сразу после вытяжения	Прирост	Средний рост через 3, 1,5–2 ч после вытяжения	Отсроченный прирост
Антигравитационное вытяжение	51	175,4	176,8	1,5	176,1	0,7
Антигравитационное кресло Apollo	23	176,1	178	1,9	177	0,9
Антигравитационный тренажер David	12	172,2	173,8	1,6	173	0,8
Антигравитационная кушетка «Гревитрин»	16	177,8	178,7	0,9	178,3	0,5
Дозированное суховоздушное вытяжение	70	172,9	174,2	1,3	173,7	0,8
Поясничный отдел позвоночника	34	174,6	176,8	2,2	175,8	1,2
Тракционный стол Triton MR	16	175,3	177,6	2,3	176,6	1,3
Тракционно-массажный стол Anatomotor	18	173,9	176	2,1	175	1,1
Шейный отдел позвоночника	26	169,4	170	0,6	169,8	0,45
Механическое тракционное устройство Combi MTS	9	170,6	171,4	0,8	171,2	0,6
Пневмотракционное устройство Saunder group	17	168,2	168,6	0,4	168,5	0,3
Динамическое вытяжение Satisform	10	174,7	175,9	1,2	175,5	0,8
Мануальное вытяжение	45	169,9	170,7	0,8	170,4	0,5
Поясничный отдел позвоночника	25	172,3	173,3	1	173,1	0,8
Шейный отдел позвоночника	20	167,6	167,9	0,3	167,8	0,2
Подводное вытяжение	26	176,1	178,6	2,5	177,9	1,8
Вертикальное	10	177,8	180,3	2,5	179,6	1,8
Горизонтальное	16	174,4	176,8	2,4	176,3	1,9
Итого	192	173,6	175,0	1,4	174,5	0,9

Эффективность процедур вытяжения позвоночника при дорсопатиях, %.



После курса вытяжения восстановление подвижности происходило у 37% больных, а ее улучшение – у 54%, в остальных случаях подвижность позвоночника оставалась неизменной – 9%. Болевой синдром после первой процедуры вытяжения был снижен у 25% больных, а по завершении лечения – у 69%, причем полностью купировать боль в спине удалось каждому третьему пациенту (см. диаграмму).

Комплексная оценка эффективности проводимого тракционного лечения у больных с дорсопатиями позволила сделать вывод о том, что значительное улучшение (выздоровление) в результате проводимых процедур наблюдается у 30% пациентов, а улучшение состояния – у 44% обследованных. Таким образом, положительный результат лечения достигает уровня 74%.

У 22% больных воздействие 5–10 процедур является недостаточным, и только у 4% может вызвать обострение заболевания. Учитывая, что в последнюю группу входят больные с неадекватно подобранной нагрузкой, следует считать, что в целом метод вытяжения позвоночника у

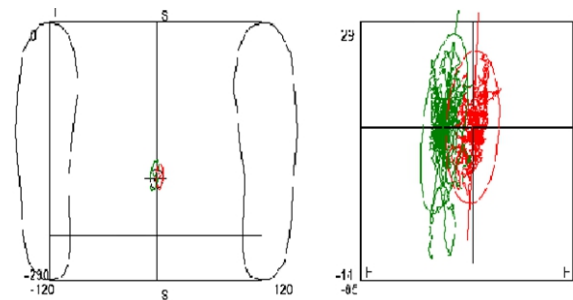


Рис. 30. Стабилография после эффективного курса вытяжения позвоночника

больных с дорсопатиями является высокоэффективным. Динамическое измерение роста (длины тела) пациентов, проходящих процедуры вытяжения позвоночника, также может быть отнесено к методам оценки эффективности лечения, поскольку увеличение этого антропометрического показателя свидетельствует о дистракции межпозвонковых дисков и расслаблении паравerteбральной мускулатуры. Для обеспечения высокой достоверности исследований измерение роста (перед проведением процедуры и после ее завершения) необходимо производить в положении пациента лежа.

В связи с физиологическими колебаниями этого показателя в течение суток (увеличение утром и уменьшение вечером) процедуры и исследования следует проводить в одно и то же время.

В результате проведенных нами исследований выявлены следующие показатели колебаний роста пациентов, проходивших курс тракционной терапии в зависимости от методов вытяжения позвоночника (табл. 2).

Как видно из таблицы, наибольший прирост отмечен при осуществлении подводного вертикального вытяжения. Однако следует отметить, что в эту группу вошли преиму-



Рис. 31.



Рис. 32.



Рис. 33.



Рис. 34.



Рис. 35.



Рис. 36.

существенно лица молодого возраста с незначительными статико-динамическими нарушениями. В то же время в ходе настоящего исследования достоверно показано ($p < 0,05$), что люди с высоким ростом имеют существенно больший резерв его увеличения в процессе процедур вытяжения.

Среди долгосрочных критериев оценки эффективности тракционного лечения при грыжах и протрузиях межпозвонковых дисков наиболее показательными являются методы томографии (компьютерной, магнитно-резонансной). При повторном проведении этих исследований следует делать сравнительный анализ динамики структурных изменений. На приведенных ниже клинических примерах будет показана положительная эффективность различных методов вытяжения позвоночника.

Клинический пример 1. Пациентка К. 1968 года рождения. Боли в поясничной области беспокоили с 25 лет, лечилась самостоятельно. В 2002 г. в связи с затянущимися обострением поступила в неврологическое отделение ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, там выполнена первичная магнитно-резонансная томография, при которой выявлено следующее: заднецентральная с латеризацией влево грыжа диска L4–L5 11 мм, диффузная протрузия диска L5–S1 до 3 мм (рис. 31).

В результате проведенного медикаментозного и физиотерапевтического лечения состояние практически не улучшилось. Пациентка переведена на амбулаторно-поликлиническое лечение, которое также не принесло ожидаемых результатов. Через несколько месяцев выполнена повторная магнитно-резонансная томография, результаты которой представлены на рис. 32: определяется секвестр-грыжа диска L4–L5 11×20×27 мм, сдавливающая дуральный мешок. Остальные данные прежние.

По результатам магнитно-резонансной томографии

предложено оперативное лечение. Однако от операции пациентка отказалась и была переведена для проведения курса реабилитации в 6-й ЦВКГ. При поступлении в госпиталь отмечался выраженный болевой синдром, антиалгическая поза, симптомы натяжения, снижение сухожильных рефлексов, гипостезия и гипотрофия левой нижней конечности.

В стационарных условиях пациентке выполнен курс направленного вытяжения позвоночника (15 процедур с усилием от 2 до 15 кг, в положении лежа на животе с наклоном до 15° влево и разворотом нижней части тела до 20° вправо). Вместе с этим через день проводились мобилизация позвоночника и динамическое вытяжение с использованием мануальных техник, а также ежедневно лечебная гимнастика с акцентом на расслабление и разгрузку глубоких паравертебральных и подвздошно-поясничных мышц. Сразу после первых процедур вытяжения отмечался положительный эффект. Пациентка выпущена со значительным улучшением. В дальнейшем она продолжила занятия ЛФК.

Повторный курс мануальной терапии проведен через 2 мес. При этом использовались приемы направленного и динамического вытяжения, а также методы ПНФ. В результате этого лечения полностью купирован болевой синдром и устранены нарушения чувствительности. Помимо занятий ЛФК пациентке рекомендованы упражнения в воде и дозированное плавание.

Следующая магнитно-резонансная томография выполнена в 2003 г., в соответствии с ней отмечена положительная динамика: магнитно-резонансные признаки остеохондроза позвоночника. Диффузные неравномерные протрузии дисков L3–S1. Поствоспалительные изменения по ходу корешков и задней продольной связки (больше слева; рис. 33).

Пациентка вернулась к работе, регулярно продолжает заниматься лечебной физкультурой и оздоровительным плаванием, ведет активный образ жизни. Ежегодно проходит курс мануальной терапии с использованием динамического вытяжения. Обострений за весь период наблюдений не было.

В 2007 г. выполнена контрольная магнитно-резонансная томография, где определяется: незначительно выраженные дегенеративно-дистрофические изменения поясничного отдела позвоночника. Умеренное снижение высоты дисков L3–L5, небольшие протрузии межпозвонковых дисков L3–S1 (рис. 34).

Рекомендовано продолжить профилактические и оздоровительные мероприятия, занятия лечебной физкультурой дозированное плавание.

Клинический пример 2. Пациент С. 1966 года рождения. Из анамнеза известно, что с 2006 г. беспокоят боли в области задней поверхности шеи, усиливающиеся при поворотах головы, головные боли, в 2008 г. появились боли в левом плече с иррадиацией в кисть. Отмечал выраженную парестезию в области IV–V пальцев левой кисти. Двигательных нарушений не определяется. При проведении магнитно-резонансной томографии шейного отдела позвоночника (в НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева) выявлено: магнитно-резонансные признаки дегенеративных изменений шейного отдела позвоночника с множественными протрузиями дисков, задние парамедианные левосторонние грыжи на уровне C5–C6–C7, где имеются выраженная деформация дурального мешка и сужение переднего субарахноидального пространства (рис. 35).

Проведено лечение: 15 процедур вытяжения шейного отдела позвоночника (в положении лежа с нагрузкой от 1,5 до 6 кг.), курс мануальной терапии, массаж и ЛФК. Состояние улучшилось. В течение 8 мес продолжал занятия лечебной гимнастикой и ПИР, дважды за это время проводились курсы мануального вытяжения шейного отдела. После лечения болевые ощущения не беспокоят, вернулся к повседневной жизни. На повторной магнитно-резонансной томографии 2009 г.: выраженная положительная динамика. Незначительные протрузии дисков шейного отдела, грыжи не визуализируются (рис. 36).

Отмечаются восстановление нормальной кривизны шейного лордоза и существенное уменьшение подкожно-жировой прослойки в области шейно-грудного перехода, что может быть обусловлено нормализацией процессов микроподвижности и микроциркуляции на этом уровне.

Таким образом, оценка эффективности вытяжения позвоночника должна носить комплексный характер. Основой для нее могут быть результаты клинических, функциональных и морфологических методов исследования. Однако окончательное заключение зависит от уровня восстановления двигательного стереотипа человека и возможности его возврата к полноценной жизнедеятельности в течение длительного времени.

Заключение

Значение использования методов вытяжения позвоночника для развития вертебологии и мануальной терапии трудно переоценить. История использования этих методов достаточно ярко демонстрирует их эффективность на протяжении более чем двух тысячелетий. И на сегодняшний день методы вытяжения позвоночника занимают

весьма важное место в лечении и профилактике болевых синдромов спины (дорсопатий).

В основе механизма действия вытяжения позвоночника лежат две важных составляющих. Во-первых, вытяжение оказывает интенсивное локальное действие на позвоночно-двигательные сегменты и межпозвонковые диски. Во-вторых, является эффективным методом воздействия на нейромышечную систему, представленную множеством взаимосвязанных двигательных единиц. Пассивное воздействие на структуры позвоночного столба в виде их тракции ведет к устранению нарушений, связанных с изменениями статокINETических функций и неправильной двигательной активности современного человека (сидячее положение, статические гравитационные нагрузки, гиподинамия). А за счет включения механизмов обратной связи происходят тренировка паравертебральной мускулатуры и восстановление опороспособности позвоночного столба в целом. Подтверждением этого являются последние данные о механизмах развития дегенеративно-дистрофических заболеваний и мышечно-тонических нарушений, приводящих к дорсопатиям.

Использование современных подходов в вытяжении дает возможность более точного и дозированного воздействия на уровне позвоночно-двигательных сегментов. Основными направлениями развития в данной области являются: использование направленного, трехмерного пространственного позиционирования позвоночного столба для осуществления прицельного вытяжения, а также применение динамически изменяющихся, колебательных нагрузок, способствующих восстановлению «антигравитационной функции» человека и синхронизации основных двигательных ритмов организма.

Наряду с этим мануальные методы вытяжения позвоночника продолжают оставаться высокоэффективными, а с получением новых данных о механизмах действия растягивающих усилий их использование может перейти на качественно новый уровень в связи с возможностью комбинирования в мануальных техниках элементов дозированной, направленной и динамической тракции.

В целях достижения максимальной эффективности вытяжение позвоночника у больных с дорсопатиями должно носить комплексный и последовательный характер, основываться на постепенном увеличении нагрузок с учетом функциональных возможностей позвоночного столба и всего организма. В комплексе с вытяжением позвоночника целесообразно использовать такие способы лечебных воздействий, как: мануальная терапия, ЛФК, физио-, рефлексотерапия. Единый методический подход и единая концептуальная схема позволяют достичь высокой эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

Данная работа в 2009 г. была удостоена приза за большой вклад в организацию работы и развитие новых направлений мануальной медицины в конкурсе «Золотой позвоночник» Московского профессионального объединения мануальных терапевтов.

С.М.Стариков,

канд. мед. наук, доц., полковник медицинской службы, главный (внештатный) специалист Минобороны России по лечебной физкультуре, Москва

Способ массажа Елены Мустафаевой

(по материалам патента Российской Федерации на изобретение №2469695)

Изобретение относится к медицине, а именно – к способам массажа, которые используют при лечении пациентов от различных заболеваний, а также с целью их профилактики.

На сегодняшний день известны различные способы массажа, которые применяют как с лечебной целью, так и с профилактической. Все их можно разбить на три группы. Первую составляют способы проведения массажа с помощью рук массажиста – это так называемый ручной массаж. Вторую группу составляют способы проведения массажа с помощью различных устройств, их еще называют инструментальными способами массажа. Третью группу составляют способы, которые комбинируют, используя как массажные устройства, так и ручной массаж. В качестве способов-аналогов можно назвать способы массажа, приведенные в описаниях к патентам РФ. Например, изобретение под названием «Способ массажа» по патенту РФ №2070023, «Способ массажа» по патенту РФ №2103971, «Способ коррекции веса и фигуры человека ручным массажем по Волынкину Ю.А.» по патенту РФ №2109503, «Способ лечебного массажа» по патенту РФ №95106894. В качестве способов-аналогов можно назвать также «Способ лечебного массажа» по патенту №2163796, «Способ мини-массажа» по патенту №2180550, «Способ массажа спины и устройство для его осуществления» по патенту №2189214, «Способ массажа» по патенту №2218904, «Способ коррекции фигуры и веса человека ручным массажем по В.И.Киссельгофу» по патенту №2219890, «Способ поверхностного уравнивающего массажа» по патенту №2224494, «Способ виброакустического восстанавливающего массажа и устройство для его осуществления» по патенту №2229278, «Способ вибровacuумного массажа в режиме автоколебаний и устройство для его осуществления» по патенту №2252739, «Способ массажа» по патенту №2259186, «Способ выполнения массажа» по патенту №2279269. В качестве способа-аналога можно также привести описание массажа под названием «Холистический пульсационный массаж» автора Тови Браунинга, приведенное на сайте http://solwi.spb.ru/05_massazh/massazh.htm.

Вместе с тем известен способ массажа, описанный на <http://healthyback.livejournal.com/40437.html>. Этот способ массажа известен на практике как рольфинг, названный по имени ее автора Иды Рольф. Его еще называют структурной интеграцией. Данный способ массажа является наиболее близким по технической сущности и достигаемому результату при его использовании по отношению к новому изобретению (прототипом). Этот способ-прототип является фактически прямым физическим вмешательством, используемым для психологической модификации личности. По мнению автора, хорошо функционирующее человеческое тело остается прямым и вертикальным с минимумом затрат энергии, несмотря

на силу тяготения. Но под влиянием стресса оно может приспосабливаться к последнему и искажаться.

Наиболее значительные изменения происходят в фасциях, т.е. соединительной ткани, покрывающей мышцы. Структурная интеграция – это система, стремящаяся вернуть человеческому телу правильное положение и правильные линии посредством глубоких и часто болезненных вытягиваний мускульных фасций, сопровождаемых прямым глубоким воздействием. Цель структурной интеграции – привести тело к лучшему мышечному равновесию, лучшему соответствию линиям тяжести, ближе к оптимальной позе, при которой можно провести прямую линию через ухо, плечо, бедренную кость и лодыжку. Это ведет к уравновешенному распределению массы основных частей тела: головы, груди, таза и ног, к более грациозным и эффективным движениям. Психологическая травма или даже незначительное физическое повреждение может выразиться в небольших, но постоянных изменениях тела. Кости или мышечная ткань оказываются немного смещенными, и наращивание связующих тканей препятствует их возвращению на место. Нарушение линий происходит не только в месте непосредственного повреждения, но также и в довольно отдаленных точках тела в порядке компенсации. Например, если человек бессознательно щадит поврежденное плечо в течение длительного времени, это может воздействовать на шею, другое плечо или бедра. При выполнении рольфинга как способа массажа проводят массажные манипуляции прежде всего с фасциями, которые являются связующей тканью и которые поддерживают и связывают мускулы и скелетную систему. При рольфинге манипулируют мышечной фасцией для того, чтобы ее расслабить и чтобы окружающая ткань могла занять физиологически правильное положение. Процесс массажной терапии в этом случае основан на глубоком массаже с помощью пальцев, суставов пальцев и локтей. Способ массажа по рольфингу состоит из 10 основных занятий, во время которых происходит реорганизация движения в суставах. Первое занятие охватывает большую часть тела со специальным фокусированием на тех мышцах груди и живота, которые управляют дыханием, а также на бедренных связках, которые управляют подвижностью таза. Второе занятие концентрируется на ступнях, преобразованиях ног, лодыжках, выравнивании ног с туловищем. Третье посвящают преимущественно вытягиванию боков, в особенности большим мышцам между тазом и грудной клеткой. Четвертое, пятое и шестое занятия посвящают высвобождению таза. Одна из важных задач рольфинга – сделать таз более подвижным, вписанным в остальные линии тела. Седьмое занятие – концентрация на шее и голове, мускулах лица. Восьмое, девятое и десятое занятия – организация и интеграция тела в целом. Работа над определенными участками тела нередко высвобождает старые воспоминания и способствует глубо-

ким эмоциональным разрядам. Вместе с тем целью рольфинга является преимущественно физическая интеграция. Психологические аспекты процесса при этом не становятся предметом специального внимания. Многие из тех, кто сочетал рольфинг с той или иной формой психологической терапии или работой роста, отмечали, что рольфинг помогает освободить психологические и эмоциональные блоки, способствуя продвижению в других областях. Таким образом, рольфинг – это фактически раскрутка мышц, он похож на распутывание «запутавшихся» мышц. К этому добавляется расслабление, за которым очень часто идут «эмоциональный выброс», освобождение от эмоциональных блоков.

Но этот наиболее близкий аналог (прототип) имеет те же недостатки, что и другие вышеописанные аналоги. Недостатками наиболее близкого способа массажа, т.е. рольфинга, являются следующие. Этот способ массажа очень болезнен и часто травматичен. Чем сильнее напряжение мышц, тем сильнее боль и тем больше требуется болезненных массажных манипуляций. Пациент в процессе проведения массажа под названием «рольфинг» постоянно чувствует дискомфорт, напряжение.

Фактически при этом способе массажа пациент находится на грани боли. Кроме того, на практике часто лечебный эффект, который необходимо получить, не может быть достигнут. Объясняется это тем, что глубокое массажное воздействие в этом случае направлено только лишь на фасции, резко и «грубо», часто не затрагивает связки и сухожилия, а также непосредственно мышцы, которые нуждаются в массажном воздействии.

Задача, которую поставил перед собой разработчик нового способа массажа, состояла в создании такого способа массажа, который позволил бы повысить процент выздоровления пациентов, а также позволил бы повысить комфортность проведения массажа для пациента. Техническим результатом, достигнутым в процессе решения поставленной перед разработчиками задачи, явилась возможность исключить болевой синдром при выполнении массажных манипуляций.

Сущность изобретения состоит в том, что в способе массажа, основанного на глубоких проникающих разминаниях, глубокие проникающие разминания проводят воздействием на основные рефлекторные центры нервной системы позвоночного столба вдоль остистых отростков, плавно касаясь при этом кожи и через нервные рецепторы глубоко и плавно воздействуя как на соединительную ткань: фасции, связки и сухожилия, так и на мышцы, при этом перед их выполнением проводят поглаживание спины, а после всех массажных операций разминаний выполняют массажную операцию пилообразного растирания, затем осуществляют пассивную массажную операцию растягивания мышечных тканей предплечьями вдоль позвоночника, далее проводят операции вибрации и похлопывания, как завершающие вспомогательные массажные операции спины, после чего делают массажные операции верхних и нижних конечностей, причем операцию разминания, как основную операцию массажа в этом случае, проводят после операции растирания, далее проводят массажирование шейно-грудного отдела со стороны спины, завершая его зигзагообразной пассивной операцией растягивания мышц шейного отдела, перед которой проводят рефлексотерапию как вспомогательную массажную операцию. Сущность изобретения состоит также в том, что в способе массажа поглаживание спины как предварительную массажную операцию выполняют внутренней стороной ладони, делая это плавно и непрерывно. Кроме того, по-

глаживание спины начинают с крестца, захватывая ягодичную область, и двигаются перекрестно к плечам, затем возвращаются в исходное положение.

Вместе с тем сущность изобретения состоит в том, что в способе массажа в качестве первой основной операции выполняют разминание кончиками указательного и среднего пальцев правой руки в их полусогнутом виде спиралевидными движениями.

Сущность изобретения состоит также в том, что в способе массажа разминание выполняют кончиками указательного и среднего пальцев правой руки в их полусогнутом виде спиралевидными движениями, начиная с крестца, плавно проникая в соединительные ткани и мышцы.

Кроме того, сущность изобретения состоит также в том, что в способе массажа сразу за разминанием крестца переходят на выполнение манипуляций спиралевидными движениями вдоль позвоночника, поднимаясь вверх по остистым отросткам, легкими проникающими движениями, захватывая левое плечо, далее непрерывно выполняют обратное движение к крестцу.

Сущность изобретения состоит еще и в том, что в способе массажа разминание спиралевидными движениями ягодич и мышц вдоль остистых отростков периодически чередуют.

Кроме того, в способе массажа при разминании спиралевидными движениями пояснично-крестцового отдела проводят рефлексотерапию, наиболее энергично массируя четыре биологически активные точки шан-ляо, цы-ляо, чжун-ляо и ся-ляо по 1 мин указательным пальцем правой руки проникающими движениями против часовой стрелки поочередно, передвигаясь вниз вдоль меридиана мочевого пузыря.

После комплекса массажных манипуляций разминания спиралевидными движениями переходят к разминанию круговыми движениями, причем массажирование в данном случае проводят кончиками больших пальцев обеих рук, плавно проникая через соединительную ткань между позвоночными суставами сверху вниз поочередно вдоль остистых отростков.

После комплекса массажных манипуляций разминаний круговыми движениями выполняют штрихоразминание разогнутыми в межфаланговых суставах и находящимися под углом 30° к массируемой поверхности кончиками указательного и среднего пальцев правой руки вдоль позвоночника с глубоким проникновением пальцев в толщу мышц, интенсивно воздействуя на соединительную ткань, причем делают это плавно и щадяще.

Вместе с тем сущность изобретения состоит также в том, что в способе массажа штрихоразминание выполняют вдоль остистых отростков позвоночника сверху вниз, чередуя его с разминанием круговыми движениями и, проводя рефлексотерапию, массируя при этом биологически активные точки фэй-шу и синь-шу шейно-грудного отдела, каждую из которых массируют по 1 мин, причем массажирование точек проводят проникающими движениями против часовой стрелки указательным пальцем правой руки, передвигаясь сверху вниз вдоль меридиана мочевого пузыря, воздействуя на точки поочередно.

После комплекса массажных манипуляций штрихоразминания проводят манипуляции разминания круговыми движениями основанием ладони, причем круговое разминание основанием ладони делают сверху вниз вдоль позвоночника, обеими руками описывая большие круги, и начинают упражнение надавливающими движениями основаниями ладони, а заканчивают средними фалангами тыльной поверхности кисти, тем самым возвращаясь в

исходное положение, при этом движение выполняют поочередно обеими руками.

При проведении манипуляции разминания круговыми движениями основанием ладони его чередуют с разминаниями спиралевидными движениями пальцев, круговыми движениями пальцев и штрихоразминанием.

После кругового разминания основанием ладони переходят к спиралевидному разминанию кончиками всех пальцев обеих рук мышц, фасций, связок и сухожилий.

Вместе с тем, сущность изобретения состоит в том, что в способе массажа после спиралевидного разминания кончиками всех пальцев обеих рук переходят к выполнению наката как разновидности разминания, делая его основанием левой руки и поддерживая мышцу плеча правой рукой, далее круговыми движениями смещают кожный покров и осуществляют накат в сторону большого пальца левой кисти, после этого, захватив и оттянув мышцу, продолжают делать массажные манипуляции сверху вниз до ягодиц.

После выполнения наката как разновидности разминания переходят к двойному кольцевому разминанию, захватывая при этом мышцу в кольцо между большим и указательным пальцами обеих рук, причем прием осуществляют, передвигаясь снизу вверх, смещая кожу в противоположных направлениях – навстречу большим и указательным пальцам.

Выполнив все операции разминаний, переходят к пилообразному растиранию вдоль позвоночника сверху вниз локтевыми краями кистей обеих рук, ритмично смещая или растягивая ткани спины в противоположных направлениях, при этом не затрагивая глубокие мышцы, а воздействуя на мышцы, находящиеся непосредственно под кожей, затем переходят на поперечное пилообразное растирание сверху вниз вдоль позвоночника на мышцах, прилегающих к позвоночнику, выполняя прием симметрично слева и справа от позвонков также локтевыми краями кистей обеих рук, расположенных параллельно друг другу, далее продолжают смещать кисти поочередно в направлении друг к другу сверху вниз вдоль позвоночника.

После выполнения пилообразного растирания переходят к пассивной массажной операции растягивания мышечных тканей предплечьями вдоль позвоночника, при этом предплечья кладут на середину спины пациента, далее медленно раздвигают предплечья, раскачивая торс колебательными движениями, а затем отводят одно из предплечий к шее, а другое – к основанию позвоночника, ягодицам, таким образом производя растяжение позвоночника с небольшой амплитудой, превышающей нормальный объем движений в межпозвоночном суставе и не допускающей каких-либо анатомических повреждений суставов позвоночника.

После массажной операции растягивания мышечных тканей предплечьями вдоль позвоночника переходят к массажной операции вибрации, которую выполняют внутренней стороной ладони на больших мышечных группах спины и при выполнении которой производят постоянные колебательно-дрожательные движения в направлении перпендикулярно поверхности кожи, далее производят похлопывание как разновидность ударных приемов, выполняя его попеременно обеими кистями за счет быстрых движений, при этом пальцы от II до V плотно сомкнуты в полусогнутом положении, причем I палец прижат к средней фаланге II пальца, имея форму ковша, а удары наносят подушечками пальцев и основаниями ладони.

При массаже верхних конечностей проводят интенсивные движения по направлению к сердцу, а менее интенсивные –

в направлении от сердца, одной рукой фиксируя запястье руки пациента, а другой производят зигзагообразное поглаживание внутренней стороной ладони снизу вверх, предварительно смазав руки маслом, при этом I палец другой руки сомкнут с остальными.

Во время массажа верхних конечностей каждую конечность обхватывают ладонями у основания кисти и начинают ее растирать снизу вверх, захватывая и плечо, прилегая плотно ладонями к массируемой области верхней конечности, осуществляя ритмичное перемещение от себя кистей поочередно вверх, растирая плечевой сустав. При массаже верхних конечностей проводят их спиралевидное разминание кончиками пальцев, при этом левой рукой фиксируют запястье пациента, а кончиками полусогнутых II и III пальцев с IV вспомогательным правой руки проводят спиралевидное разминание с проникновением в соединительную ткань как по часовой стрелке, так и против нее, изначально обрабатывая мышцы плечевого сустава, одновременно переходя на плечо, а также плечевой сустав, постепенно глубоко проникая пальцами в мышцы и обрабатывая суставы надключичной и подключичной области, затем переходят на мышцы свободной части верхней конечности и завершают прием предплечьями.

При массаже верхних конечностей проводят их круговое разминание основанием ладони, обхватив при этом запястье пациента и смещая кисти от себя поочередно в сторону предплечья, продвигаясь по направлению к плечу и обрабатывая плечо надключичной и подключичной области, а затем плечевой сустав, выполняя прием сверху вниз ритмично, а возвращаясь более плавно.

В способе массажа при массаже верхних конечностей проводят их двойное кольцевое разминание, захватывая мышцы предплечья руки пациента в кольцо между большим пальцем и остальными сомкнутыми, выполняя его снизу вверх и описывая кистями круги в направлении друг к другу.

При массаже верхних конечностей проводят массажную операцию вибрации, которую выполняют внутренней стороной ладони на больших мышечных группах верхних конечностей, при этом кистями рук производят постоянные колебательно-дрожательные движения в направлении, перпендикулярно поверхности кожи.

При массаже верхних конечностей проводят их похлопывание обеими кистями попеременно, при этом пальцы кистей от II до V плотно сомкнуты в полусогнутом положении, а I палец прижат к средней фаланге II пальца в форме ковша, причем удары наносят подушечками пальцев и основаниями ладони, создавая вакуум в ковше.

При массаже верхних конечностей проводят рефлексотерапию, которую выполняют совместно с другими видами разминаний, при этом указательным пальцем правой руки постепенно проникают вкручивающими движениями по спирали против часовой стрелки, воздействуя на биологически активные точки цзи-цюань, расположенную в центре подмышечной ямки, шао-хай, расположенную на внутренней – локтевой стороне локтевого сгиба, и шаочун, расположенную на лучевой стороне мизинца, в течение 30 с на каждую.

При массаже нижних конечностей манипуляции начинают с лодыжки, зафиксировав ее одной рукой, а другой скользящими размашистыми движениями осуществляют поглаживание вверх к ягодицам, захватывая ягодичную и внешнюю область бедра, возвращая кисть рабочей руки вниз по боковой стороне ноги к стопе, при этом рука внутренней стороной ладони плотно прилегает к массируемой области ног.

При массаже нижних конечностей проводят растирание с голеностопного сустава обеими кистями внутренней стороной ладони, при этом большой палец отведен максимально в противоположную сторону и обхватывает сустав, выполняется прямолинейное растирание ритмично обеими ладонями вверх, причем кисти перемещают поочередно по направлению к ягодицам, затем, обработав ягодичную область, возвращают кисти в исходное положение.

В способе массажа при массаже нижних конечностей обхватывают ладонями обеих рук голеностопный сустав пациента, затем смещают кожный и мышечный покров массируемой области, описывая большие круги, надавливают на мышцу основанием ладони, далее продолжают смещение по ходу мышечных волокон к ягодичной области, обрабатывая ягодичную область, затем производят круговые движения вниз к голеностопному суставу уже одной рукой, оказывая также давление на мышцы основанием внутренней стороны ладони, а другой кистью фиксируют голеностопный сустав пациента, повторяя прием изначально от голеностопного сустава снизу вверх, а затем сверху вниз.

В способе массажа при массаже нижних конечностей выполняют прием спиралевидного разминания кончиками больших пальцев, описывая ими мелкие круги в виде спиралей, кисти при этом передвигают поочередно снизу вверх, а большие пальцы максимально отводят в сторону, причем остальные пальцы рук в полусогнутом положении обхватывают и фиксируют нижнюю конечность, при этом обрабатывают место прикрепления трехглавой мышцы голени, затем обрабатывают икроножную и камбаловидную мышцу голени, мышцы бедра нижней конечности, далее переходят на тазовую область, затем продолжают выполнять массажные манипуляции сверху вниз теперь уже одной рукой, фиксируя голеностопный сустав, при этом выполняют спиралевидное разминание кончиком указательного и среднего пальца рабочей руки в области ягодиц, потом обрабатывают область свободной части бедра, завершая массаж проникающими движениями с помощью кончиков большого пальца рабочей руки в более глубокие слои икроножной мышцы.

В способе массажа при массаже нижних конечностей осуществляют двойное кольцевое разминание с выжиманием, захватывая при этом икроножную мышцу кистями обеих рук в кольцо между I пальцем вместе с возвышением у его основания, а остальные четыре поддерживают мышцу сбоку и являются опорой для большого пальца, который круговыми движениями «раздавливает» подлежащую мышцу, при этом массажные манипуляции начинают у основания икроножной мышцы снизу вверх, продолжая смещать мышцы по ходу мышечных волокон круговыми движениями, причем кисти перемещают поочередно по направлению друг к другу в сторону большого пальца, далее, возвращаясь в исходное положение, чередуют его с выжиманием икроножных мышц, при этом выжимание осуществляют также, захватив икроножную мышцу между I пальцем и остальными четырьмя, и осуществляют выжимание одновременно кистями обеих рук. В способе массажа при массаже нижних конечностей выполняют вибрацию внутренней стороной ладони сверху вниз и снизу вверх, кистью проводят колебательно-дрожательные движения в направлении, перпендикулярном поверхности кожи, при этом вибрацию проводят стабильно одной рукой, соприкасаясь с массируемой поверхностью тела, каждый раз отрываясь от нее, в результате чего она принимает характер колебательно-дрожательных толчков, следующих друг за другом.

При массаже нижних конечностей выполняют похлопывание, при котором массажные манипуляции выполняют подушечками пальцев и основанием ладони, при этом пальцы от II до V плотно сомкнуты в полусогнутом положении, а I палец прижат к средней фаланге II пальца в форме ковша, при этом удары наносят подушечками пальцев и основанием ладони.

При массаже нижних конечностей выполняют массажные манипуляции рефлексотерапии, которые осуществляют указательным пальцем правой руки, проникающими движениями по спирали против часовой стрелки, воздействуя на биологически активные точки хуан-тяо, чэн-фу, вэй-чжун, чэн-шань, кунь-лунь, юн-цюань и тай-си.

При массаже шейно-грудного отдела со стороны спины выполняют массажные манипуляции поглаживания двумя руками, накладывая кисти одну за другой и покрывая ими полностью область шеи, при этом движения выполняют волнообразно.

При массаже шейно-грудного отдела со стороны спины выполняют массажные манипуляции спиралевидного разминания кончиками полусогнутых I, II и III пальцев правой руки как по часовой стрелке, так и против нее, проникающими движениями вдоль остистых отростков шейно-грудного отдела сверху вниз, причем при обработке области шеи от I шейного позвонка смещают пальцами кожу и мышцу вниз к плечевому поясу, разминая надплечевую и лопаточную области одновременно, и переходят от правой лопатки к левой, затем приводят кисти в исходное положение.

При круговом разминании кончиками пальцев шейно-грудного отдела со стороны спины массажные манипуляции кругового разминания выполняют вдоль остистых отростков сверху вниз кончиками больших пальцев обеих кистей поочередно от центра к периферии, захватывая воротниковую область и возвращая кисти в исходное положение, затем кончиками II, III, IV и V пальцев в граблеобразном положении обеими кистями попеременно круговыми движениями прорабатывают область основания черепа и продолговатого мозга, вместе с тем периодически обрабатывают фасциальные влагалища для грудноключично-сосцевидной и трапециевидной мышц, затем снова обрабатывает шею и надлопаточную область.

При массаже шейно-грудного отдела со стороны спины выполняют массажные манипуляции двойного кольцевого разминания, при этом захватывают обеими кистями мышцу в кольцо между большим и четырьмя остальными пальцами и производят смещение сверху вниз навстречу друг другу, затем обрабатывают надключичную область слева направо, возвращая кисти в исходное положение.

При массаже шейно-грудного отдела со стороны спины выполняют массажные манипуляции кругового разминания с выжиманием, при этом прием выполняют обеими кистями, одновременно производят захват и сдавливания мышцы плечевого пояса между I и остальными пальцами с последующим смещением ее в сторону I пальца от центра к периферии, а захват и приподнимание мышцы осуществляют за счет сгибания пальцев только в пястно-фаланговых сочленениях, оставляя пальцы прямыми, и возвращают кисти в исходное положение.

При массаже шейно-грудного отдела со стороны спины выполняют массажные манипуляции вибрации и растирания, при этом вибрацию осуществляют двумя пальцами, которые устанавливают перпендикулярно или под острым углом к массируемой области, причем при выполнении вибрации кисти массажиста производят колебательно-дрожательные движения в направлении, перпендикулярном поверхности кожи, и лабильно вдоль всей массируемой области.

руемой области, затем производят пилообразное растирание ребром обеих ладоней рук, при этом одна рука идет «на себя», другая «от себя» в области с VII шейного по I грудной позвонок.

При массаже шейно-грудного отдела со стороны спины проводят рефлексотерапию, надавливания на биологически активные точки и-фэн, фэн-чи, цзянь-вай-шу, тянь-цзун и фэн-фу кончиком указательного пальца постепенно проникающими движениями против часовой стрелки, при этом надавливание выполняют поочередно на каждую точку в течение 3 с.

При массаже шейно-грудного отдела со стороны спины массажные манипуляции выполняют кончиками всех полусогнутых пальцев обеих кистей одновременно, затем растягивают мышцы шеи волнообразными движениями в виде вибрации плавно «на себя».

Доказательства возможности осуществления нового способа массажа с реализацией указанного назначения приводятся ниже на конкретном примере способа проведения массажа согласно предлагаемому изобретению ни в коей мере не ограничивает объем правовой защиты изобретения. В конкретных примерах дана лишь иллюстрация нового способа массажа.

Приведенный в качестве конкретного примера изобретенный способ массажа поясняется на рис. 1–36.

Новый способ массажа тела состоит в следующем. Все массажные манипуляции начинают с подготовительной операции поглаживания спины, как показано линиями со стрелками на рис. 1. Поглаживание выполняют внутренней стороной ладони, делая это плавно и непрерывно. Начинают эту массажную манипуляцию с крестца, захватывая ягодичную область, и двигаются перекрестно к плечам, затем возвращаются в исходное положение. Этот прием повторяют 2–3 раза. При выполнении поглаживания массажист находится слева от пациента. Время выполнения этой массажной манипуляции – 5 мин. Плавное и равномерное поглаживание помогает нанести мас-

ло на кожу, а также перейти от данной подготовительной операции к операциям разминания как основным операциям нового способа массажа. Выполняя мягко и медленно эту массажную операцию, тем самым снижают возбудимость нервной системы пациента. Это помогает также снизить болезненность при травмах и заболеваниях нервно-мышечной системы.

Поглаживание ускоряет лимфоток, подготавливает пациента к дальнейшим массажным манипуляциям. Кроме того, поглаживание помогает установить контакт между телом пациента и руками массажиста.

После подготовительной массажной операции поглаживания переходят к разминанию мышц, фасций, связок и сухожилий кончиками указательного и среднего пальцев правой руки в их полусогнутом виде, причём делают это спиралевидными движениями (рис. 2). Выполняя эту манипуляцию, массажист стоит слева от пациента. Начинают манипуляцию с пояснично-крестцового отдела. Кончиками указательного и среднего пальцев круговыми движениями против часовой стрелки, начиная с крестца, плавно проникают в соединительные ткани и мышцы. Эта массажная операция является первой массажной операцией разминания, которую осуществляют над позвоночным столбом. Ее выполняют 2–3 раза. Затем размашистыми движениями в виде восьмерки переходят с одной ягодицы на другую, выполняя это также 2–3 раза. После этого, не прерывая движений, снова переходят на крестец, выполняя ранее описанные манипуляции. С крестца переходят на выполнение манипуляций вдоль позвоночника. По остистым отросткам, поднимаясь вверх, легкими проникающими движениями захватывают левое плечо. Потом непрерывно выполняют обратное движение к крестцу.

Далее выполняют все вышеописанные манипуляции в их зеркальном отражении, причём в этом случае массажист стоит справа от пациента. Другими словами, в этом случае проводят спиралевидное разминание вдоль позвоночника вверх, с правой стороны, захватывая правое пле-



Рис. 1. Массажная операция поглаживания.

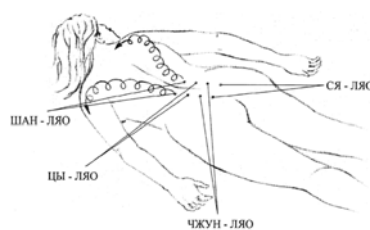


Рис. 2. Массажная операция спиралевидного разминания кончиками указательного и среднего пальцев.



Рис. 3. Массажная операция кругового разминания кончиками больших пальцев обеих рук.

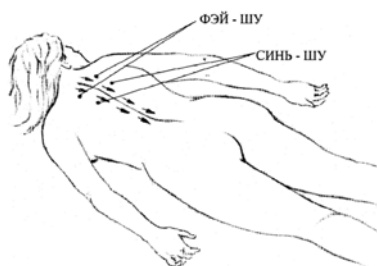


Рис. 4. Массажная операция штрихразминания.



Рис. 5. Массажная операция кругового разминания основанием ладони.



Рис. 6. Массажная операция спиралевидного разминания кончиками всех пальцев.

чо. Разминание ягодич и мышц вдоль остистых отростков периодически чередуют. Данные массажные манипуляции совершают до полного расслабления мышц спины и ягодич. Составляет эта совокупность манипуляций 15 мин. При разминании пояснично-крестцового отдела наиболее энергично массируют четыре биологически активные точки: шан-ляо, цы-ляо, чжун-ляо и ся-ляо. Необходимо это для улучшения эффекта настройки организма к саморегуляции. Энергичное массирование названных точек с позиции китайской народной медицины укрепляет энергию организма, питает кровь, открывает каналы для беспрепятственного течения энергии по меридиану мочевого пузыря. Массируют каждую названную биологически активную точку по 1 мин указательным пальцем правой руки проникающими движениями против часовой стрелки поочередно, передвигаясь вниз вдоль меридиана мочевого пузыря. Это упражнение на ягодичах помогает воздействовать на рефлекторные центры в пояснично-крестцовом отделе, которые связаны с парасимпатическим отделом вегетативной нервной системы. Так как парасимпатический отдел нервной системы в поясничном отделе отвечает за выделительные функции организма, также помогает расширить кровеносные сосуды и положить начало общей работе организма, купирует боль. Это позволяет более эффективно воздействовать уже при круговом разминании как основной массажной операции на главные рефлекторные зоны организма. После комплекса массажных манипуляций разминания спиралевидными движениями переходят к разминанию круговыми движениями, которые выполняют как показано линиями со стрелками на рис. 3. Массирование в данном случае проводят кончиками больших пальцев обеих рук, плавно проникая через соединительную ткань между позвоночными суставами сверху вниз поочередно вдоль остистых отростков. Массажу на этом участке спины уделяют большую часть времени до тех пор, пока мышцы спины не будут расслаблены полностью и, как говорят в подобном случае специалисты в области массажа, «спина не осадет и не расправится».

Эта массажная манипуляция помогает воздействовать на рефлекторные зоны двигательных сегментов, которые находятся в тесной связи со всеми иерархическими организованными уровнями интеграции центральной нервной системы, вегетативной, гуморально-гормональной. Это связано с тем, что от спинного мозга по вегетативным нервным волокнам импульсы поступают ко всем внутренним органам, кровеносным сосудам, потовым железам и т.д. Такое воздействие помогает наладить нормальную работу кровотока и лимфотока, а также нормализовать обмен веществ в организме. Кроме того, эта массажная манипуляция помогает устранить уплотнения и отложение солей вокруг позвонков, наладить трофику мышечных тканей. При выполнении этой массажной операции массажист стоит у изголовья пациента.

Далее выполняют массажную манипуляцию, называемую штрихоразминанием, как показано линиями со стрелками на рис. 4. По своей сути штрихоразминание является комбинацией таких массажных операций, как разминание и растирание.

Штрихоразминание выполняют аналогично массажной операции «штрихование» как разновидности растирания. Задача штрихоразминания в данном случае – это проникнуть кончиками пальцев в более глубокие мышцы и соединительные ткани, чем при растирании. Выполняют штрихоразминание кончиками указательного и среднего пальцев правой руки вдоль позвоночника с глубоким про-

никновением пальцев в толщу мышц. Массажист стоит у изголовья пациента! Здесь интенсивно воздействуют на соединительную ткань. Но в то же самое время делают это плавно и щадяще.

Пальцы массажиста в этом случае должны быть выпрямлены, максимально разогнуты в межфаланговых суставах и находиться под углом 30° к массируемой поверхности. Штрихоразминание применяют для размягчения тканей, увеличения эластичности и подвижности. Его, в частности, используют при лечении кожных и связочных контрактур, деформирующих кожных рубцов, ожогов. Данный прием устраняет затвердения в мышцах, коже и подкожно-жировой клетчатке. Выполняют штрихоразминание вдоль остистых отростков позвоночника сверху вниз. По мере расслабления мышц и их фасций пальцы проникают как можно глубже.

Проникновение пальцев в толщу мышц помогает воздействовать на соединительную ткань, которая связывает кости и мышцы. Это снимает мышечное напряжение не только поверхностных мышц, но и глубоких. Массажные манипуляции с соединительной тканью помогают проникнуть глубже в мышечные слои и улучшить проводниковый рефлекс к тканям спинного мозга и внутренним органам. В этом случае массажист стоит у изголовья пациента. Это упражнение чередуют вместе с круговым разминанием, показанным на рис. 3, так как оно является вспомогательным при данном способе массажа. Эти приемы являются основой при коррекции фигуры.

Штрихоразминание занимает 20 мин, а весь комплекс – 60 мин. При его выполнении используют оздоровительные мази и гели с добавлением масел для обеспечения скользящего эффекта рук массажиста. В шейно-грудном отделе также используют биологически активные точки для улучшения эффекта настройки организма на саморегуляцию. Данные точки фэй-шу и синь-шу, согласно китайской народной медицине, стимулируют кровообращение, устраняют застой крови. При проведении штрихоразминания проводят массажные манипуляции с биологически активными точками фэй-шу и синь-шу, каждую из которых массируют примерно по 1 мин.

Массирование точек проводят проникающими движениями против часовой стрелки указательным пальцем правой руки, передвигаясь сверху вниз вдоль меридиана мочевого пузыря, воздействуя на точки поочередно.

После штрихоразминания переходят к круговому разминанию основанием ладони, как показано на рис. 5. Способ выполнения приема состоит в следующем. Круговое разминание основанием ладони делают сверху вниз вдоль позвоночника, обеими руками описывая большие круги, воздействуют непосредственно на мышцы.

Начинают упражнение надавливающими движениями основаниями ладони, заканчивают средними фалангами тыльной поверхности кисти, тем самым возвращаясь в исходное положение. Движение выполняют поочередно обеими руками. Массажист в данном случае стоит у изголовья пациента. Под влиянием такого разминания увеличивается кровоток, активизируются окислительно-выделительные процессы, улучшается питание тканей; является своеобразной пассивной гимнастикой для мышц. Это упражнение можно ускорять.

После кругового разминания основанием ладони переходят к спиралевидному разминанию кончиками всех пальцев обеих рук, как показано на рис. 6. Упражнение выполняют так же, как на рис. 2, только массажист продвигается это стоя с правой стороны от пациента. Это упражнение используют для симметричной обработки мышечного



Рис. 7. Массажная операция выполнения наката как разновидности разминания.



Рис. 8. Массажная операция выполнения манипуляции «двойное кольцевое разминание».



Рис. 9. Массажная операция пилообразного растирания.



Рис. 10. Пассивная массажная операция растягивания мышечных тканей предплечьями вдоль позвоночника.



Рис. 11. Массажная операция вибрации.



Рис. 12. Массажная операция похлопывания.

корсета, что помогает глубже проникнуть в пояснично-грудной переход вдоль остистых отростков. Массажист стоит справа от пациента.

После спиралевидного разминания кончиками всех пальцев обеих рук переходят к выполнению наката как разновидности разминания. Выполняют накат, как показано на рис. 7. Его выполняют основанием левой руки, поддерживая мышцу плеча правой рукой. Далее круговыми движениями смещают кожный покров и осуществляют накат в сторону большого пальца левой кисти. После этого, захватив и оттянув мышцу, продолжают делать массажные манипуляции сверху вниз до ягодиц. В данном случае массажист стоит справа от пациента, а массажные манипуляции производит на мышцы с левой стороны. Все это позволяет вывести из мышцы продукты распада в кожные покровы и стимулировать дыхательные и питательные процессы кожи. Это также помогает восстановить тургор кожи, т.е. сделать ее более эластичной.

После выполнения наката как разновидности разминания переходят к двойному кольцевому разминанию, как показано на рис. 8.

Эта массажная операция состоит в том, что захватывают мышцу в кольцо между большим и указательным пальцами обеих рук. Прием осуществляют, передвигаясь снизу вверх, смещая кожу в противоположном направлении, т.е. навстречу друг другу к большим и указательным пальцам. Этот прием сочетают с накатом, описанным ранее и иллюстрированным на рис. 7. В этом случае накат делают сверху вниз, а снизу вверх делают массажные операции двойного кольцевого разминания. Массажист стоит справа, а выполняет сочетание этих приемов на левой стороне спины. Затем массажист переходит на левую сторону от пациента и делает это же сочетание упражнений на правой стороне спины пациента, что необходимо для симметричной обработки мышечного корсета. Выполнение этого приема улучшает тургор кожи, снимает напряжение, выводит токсины из кожных покровов.

После выполнения всех операций разминаний переходят к пилообразному растиранию, как показано на рис. 9. Во всех известных способах массажа растирание как массажную операцию проводят сразу за операцией поглаживания. При новом способе массажа растирание и, в частности, пилообразное растирание проводят после всех операций разминания. При выполнении этой массажной операции ритмично смещают или растягивают ткани спины в разных направлениях. При этой операции не затрагивают глубокие мышцы, а воздействуют на мышцы, находящиеся непосредственно под кожей. Пилообразное растирание является основным приемом как при больных, так и здоровых суставах. Выполняют пилообразное растирание вдоль позвоночника сверху вниз локтевыми краями кистей обеих рук. Кожу смещают локтевыми краями кистей в противоположном направлении навстречу друг другу, вдоль позвоночника сверху вниз. Затем переходят на поперечное пилообразное растирание сверху вниз вдоль позвоночника на мышцах, прилегающих к позвонку.

Выполняют прием симметрично слева и справа от позвонка, также локтевыми краями кистей обеих рук, расположенных параллельно друг другу. И продолжают смещать кисти поочередно в направлении друг к другу сверху вниз вдоль позвоночника. Прием выполняют энергично 2–3 раза.

Энергичное растяжение и смещение тканей усиливает кровообращение за счет расширения сосудов и ускорения кровотока в них. В данном способе массажа растирание используют при завершении процедуры на спине, так как мышцы за счет глубокого разминания уже являются подготовленными и прием растирания не будет причинять болезненных ощущений при наличии рубцов и спаек, а наоборот, при усиленном кровотоке способствует более быстрому окислению недоокисленных продуктов обмена в тканях и их удалению из организма. После разминания при растирании кровотоков становится более беспрепят-



Рис. 13. Массажная операция поглаживания верхних конечностей.



Рис. 14. Массажная операция растирания верхних конечностей.



Рис. 15. Массажная операция спиралевидного разминания кончиками пальцев верхних конечностей.



Рис. 16. Массажная операция кругового разминания основанием ладони верхних конечностей.



Рис. 17. Массажная операция двойного кольцевого разминания верхних конечностей.



Рис. 18. Массажная операция вибрации верхних конечностей.

ственным и эффективным для рассасывания затвердений в соединительных, мышечных и других тканях.

После выполнения пилообразного растирания переходят к массажной операции растягивания мышечных тканей предплечьями вдоль позвоночника, как показано на рис. 10. Это завершающая массажная операция. Именно операция растягивания мышечных тканей предплечьями вдоль позвоночника фактически является пассивной массажной операцией. Она безболезненно мобилизует суставы позвоночника. Так как ткани и мышцы уже проработаны благодаря всем массажным операциям разминания и операции пилообразного растирания, то, как правило, такой комплекс массажных операций при патологии позвоночного столба приводит к исчезновению боли и восстановлению относительного расстояния между позвонками. Выполняют прием следующим образом. Предплечья кладут на середину спины пациента. Далее медленно раздвигают предплечья, раскачивая торс колебательными движениями.

Затем отводят одно из предплечий к шее, а другое – к основаниям позвоночника, ягодицам. Таким образом, производят растяжение позвоночника с очень небольшой амплитудой, несколько превышающей нормальный объем движений в межпозвоночном суставе, не допускающей каких-либо анатомических повреждений суставов позвоночника. Выполняют его 3 раза.

После проведения комплекса массажных операций в зависимости от индивидуальной физиологии человека, его состояния, патологии и конкретики применяют нижеприведенные массажные операции.

Вибрацию применяют, как показано линиями со стрелками на рис. 11. Вибрацию выполняют внутренней стороной ладони на больших мышечных группах спины. При выполнении вибрации кисти массажиста производят колебательно-дрожательные движения в направлении, перпендикулярном поверхности кожи. Вибрация постоянная, непрерывная. Колебательно-дрожательные толчки следуют друг за другом. Повторяют 2–3 раза. Легкое сотря-

сение тканей оказывает на центральную нервную систему успокаивающий эффект, способствует лучшему оттоку лимфы.

Похлопывание как разновидность ударных приемов применяют, как показано линиями со стрелками на рис. 12. Похлопывание – это разновидность ударных приемов. Его выполняют попеременно обеими расслабленными кистями за счет быстрых движений. При этом пальцы на кистях от II до V плотно сомкнуты в полусогнутом положении, I палец прижат к средней фаланге II пальца, т.е. имеет форму ковши. Удары наносят подушечками пальцев и основаниями ладони. Выполняют по всей спине 2–3 раза. Прием оказывает выраженное действие на периферическую и центральную нервную систему. При энергичном и быстром проведении прием действует тонизирующее и нормализует артериальное давление.

Особое место при проведении нового способа массажа занимает массаж верхних и нижних конечностей. Массаж верхних конечностей проводят 10–15 мин на каждой конечности. Поглаживание верхних конечностей показано линиями со стрелками на рис. 13.

Способ выполнения приема состоит в следующем. Верхние конечности массируют по отдельности. При работе над верхними конечностями соблюдают определенный порядок действий. При массаже верхних конечностей используют более интенсивные движения по направлению к сердцу, а более легкие – в противоположном направлении, чтобы облегчить кровоток обратно к сердцу. Массаж начинают с поглаживания. Массажист стоит с боку на уровне бедер пациента, лицом к нему, одной рукой фиксирует запястье руки пациента, другой производит зигзагообразное поглаживание снизу вверх, предварительно смазав руки маслом, чтобы распределить его по всей области руки пациента. При зигзагообразном поглаживании I палец может быть сомкнут с остальными, выполняют прием внутренней стороной ладони.

Поглаживание делают легко и быстро. Легкое поглаживание оказывает выраженный успокаивающий эффект для

центральной периферической нервной системы. С постепенным ускорением приема ускоряется и ток лимфы по ходу крупных лимфатических сосудов. При воздействии таким образом на кожу открываются протоки потовых и сальных желез, а также усиливается кровообращение и питание кожи.

Растирание верхних конечностей показано линиями со стрелками на рис. 14. Его выполняют раньше, чем разминание, так как, проработав рефлекторные центры шейно-грудного отдела на спине, руки уже расслаблены и подготовлены для приема растирания, а это способствует беспрепятственному кровотоку.

Способ выполнения приема состоит в следующем. Обхватывают руку пациента ладонями у основания кисти и начинают растирать руку снизу вверх, захватывая плечо пациента. Ладонями, плотно прилегающими к массируемой области, осуществляют ритмичное перемещение от себя кистей поочередно вверх, захватывая плечевую область пациента и тщательно растирая плечевой сустав. Прием выполняют несколько раз, убедившись, что температура кожи повысилась на 1,5–3°C и рука пациента стала теплой. Этот прием растирания способствует усилению кровообращения за счет расширения сосудов и ускорения кровотока в них. Содействует ускорению рассасывания затвердений, патологических отложений и скоплению жидкостей в тканях, растяжению рубцов и спаек. Нередко в области суставов возникают изменения, приводящие к болезненности и ограниченной подвижности при вращении, приведении и отведении верхней конечности. При растирании кровотока омывает сустав обильно, способствует беспрепятственному питанию соединительной ткани сустава, а также выработке синовиальной жидкости.

Спиралевидное разминание кончиками пальцев верхних конечностей показано на рис. 15. Способ выполнения приема состоит в следующем. Массажист стоит справа от пациента лицом к нему.левой рукой фиксируют запястье пациента, кончиками полусогнутых II и III пальцев, IV идет как вспомогательный, правой рукой проводят спиралевидное разминание с проникновением в соединительную ткань против часовой стрелки. Вначале обрабатывают мышцы плечевого пояса, затем переходят к массажированию плеча и плечевого сустава. Тщательно с постепенным глубоким проникновением пальцев в мышцы обрабатывают сустав в надключичной и подключичной области. Затем переходят к массажированию мышц свободной части верхней конечности, а завершают массажированием предплечий. Так как глубокое проникновение через соединительную ткань в мышцы позволяет работать с нервами плечевого сплетения и их ветвями, обрабатывают переднюю и заднюю группу мышц свободной части верхних конечностей. В данном случае уделяют значительное внимание нервам плечевого сплетения, имеющим короткие и длинные ветви. Это помогает в восстановлении подвижности суставов верхних конечностей, а также снятии мышечного напряжения в иннервируемой области плечевых сплетений. Так как сплетения образованы передними ветвями V–VIII шейных позвонков и частично I грудного отдела, а спинномозговые нервы сообщаются с симпатической частью автономной нервной системы, системы возбуждающей, то она готовит организм к повышению активности, стрессовым ситуациям как физического, так и психического характера. При повышении кровяного давления эти манипуляции облегчают распределение крови, забирают ее в поверхностных слоях кожи и из внутренних тканей, проводят к мозгу, сердцу и мышечной и скелетной системам. В результате

происходит естественный отток крови из вен верхних конечностей, а это способствует снятию отека. Стимуляция плечевого сплетения и его спинномозговых ветвей приводит к восстановлению нервно-мышечной системы, заставляет ее работать, наладить обменные процессы. Это связано с тем, что при накоплении продуктов обмена веществ, таких как молочная, фосфорная и другие кислоты, уменьшении запаса кислорода и истощении энергетических ресурсов возникает мышечное утомление. Это актуально при травмах и хронических заболеваниях позвоночника, таких как остеохондроз, при избыточных нагрузках.

Круговое разминание основанием ладони верхних конечностей приведено на рис. 16. Выполняют его следующим образом. Массажист стоит справа от пациента на уровне бедер лицом к пациенту. Начинают круговое разминание основаниями ладони, обхватив запястье пациента. Далее смещают кисти от себя поочередно в сторону предплечья, продвигаясь по направлению к плечу. Затем обрабатывают плечевой сустав надключичной и подключичной области. Прием выполняют сверху вниз ритмично, а возвращаются более плавно. Прием повторяют несколько раз. Данный прием совмещают с двойным кольцевым разминанием, как показано на рис. 15, причем эффект у этих двух массажных манипуляций одинаков.

Двойное кольцевое разминание верхних конечностей показано на рис. 17. Его выполняют следующим образом. Массажист стоит справа от пациента на уровне бедра лицом к нему. Прием выполняют по направлению снизу вверх. Мышцы предплечья руки пациента захватывают в кольцо между большим пальцем и остальными сомкнутыми. Производят перемещение снизу вверх, описывая кистями круги в противоположном направлении друг другу. Под влиянием данных массажных манипуляций увеличивается кровоток, активизируются окислительно-выделительные процессы, улучшается питание тканей. Это является своеобразной гимнастикой для мышц, благодаря чему они обильно получают кислород. Эти манипуляции способствуют рассасыванию уплотнений, накопившихся при хронических заболеваниях.

Вибрация верхних конечностей показана на рис. 18. Массажные манипуляции выполняют внутренней стороной ладони на больших мышечных группах верхних конечностей. При выполнении вибрации производят колебательно-дрожательные движения кистями в направлении перпендикулярно поверхности кожи. Вибрацию производят непрерывисто, постоянно. Колебательно-дрожательные движения сменяют друг друга. Эту массажную операцию повторяют 2–3 раза. Прием вызывает сотрясение массируемых тканей, воздействует на чувствительные, двигательные, секреторные нервы и центральную нервную систему.

Похлопывание верхних конечностей обладает обезболивающим действием (рис. 19). Его выполняют следующим образом. Массажист стоит справа от пациента на уровне его бедер. Выполняют прием обеими кистями попеременно. Пальцы кистей массажиста от II до V плотно сомкнуты в полусогнутом положении, I палец прижат к средней фаланге II пальца. Таким образом, кисть представляет собой форму ковша.

Удары наносят подушечками пальцев и основаниями ладони, создавая вакуум в полусогнутых пальцах. Это помогает выполнять прием безболезненно для пациента.

Эффект этой массажной операции состоит в том, что ударные приемы действуют тонизирующе при различных болезненных процессах, способствуют уменьшению и даже прекращению болей. Кроме того, эта массажная опе-

рация является отвлекающим средством при массажировании тканей, расположенных рядом с болевыми участками. Рефлексотерапия верхних конечностей показана на рис. 20. Эту массажную операцию выполняют совместно со всеми видами разминаний. Указательным пальцем правой руки постепенно проникают вкручивающими движениями по спирали против часовой стрелки в мышцы, воздействуя таким образом на биологически активные точки в течение 30 с. На верхних конечностях используют такие точки, как цзи-цюань (расположена в центре подмышечной ямки), шао-хай (расположена на лучевой стороне локтевого изгиба), шао-чун (расположена на лучевой стороне мизинца).

Эффект этой массажной операции состоит в том, что с ее помощью устраняют основные патологические симптомы, такие как нарушение сердечного ритма, недостаточность мозгового кровообращения, головная боль, симптомы нарушения функций печени и желчного пузыря, боли по переднезадней поверхности руки, состояние беспокойства, снижение памяти, психоз.

Поглаживание нижних конечностей показано на рис. 21. Массаж нижних конечностей является важной процедурой, особенно для крупных групп мышц, которые расположены в ягодицах и ногах. Однако переутомление и заболевание пояснично-крестцового отдела позвоночника приводит к таким последствиям, как варикозное расширение вен и отек, так как эти области тесно связаны между собой.

Массажные манипуляции начинают с поглаживания. Время выполнения этой массажной операции на каждой конечности 10–15 мин. В этом случае массажист стоит возле той нижней конечности, на которой будет в первую очередь проводить массаж. Массирование конечностей проводят снизу вверх. Начинают с лодыжки поглаживающими движениями, предварительно смазав руки маслом, делая это внутренней стороной ладони, которая плотно прилегает к массируемой области конечностей. Далее, зафиксировав лодыжку одной рукой, другой скользкими размашистыми движениями осуществляют поглаживание конечности вверх к ягодицам, захватывая далее ягодичную область и внешнюю область бедра. Затем возвращают кисть рабочей руки вниз по боковой стороне ноги к стопе. Выполняют эту массажную операцию 2–3 раза. Данная массажная операция снижает возбудимость нервной системы, позволяет снизить болезненность при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата, а также ускоряет лимфоток, так как поглаживание связано только с проведением по ходу крупных лимфатических сосудов.

Растирание нижних конечностей показано на рис. 22. В этом случае массажист стоит с боковой стороны ноги. Массажную операцию начинают с растирания голеностопного сустава ладонями обеих кистей. Большой палец отводят максимально в противоположную сторону. Обхватывают сустав, выполняя прямолинейное растирание ритмично обеими ладонями от себя вверх, кисти перемещают поочередно по направлению к ягодицам. Массируют ягодичную область и возвращают кисти в исходное положение. Прием выполняют несколько раз, пока кожный покров не станет теплым. При наличии варикозной болезни нижних конечностей эту массажную операцию выполняют особым способом. Ладони прилегают к массируемой области ноги не плотно, одновременно обходят значительно расширенные вены на ногах.

Вначале обрабатывают поверхностные слои кожи, убедившись в том, что поверхностный тургор кожи расслаблен, и только после этого проникают в более глубокие

слои кожного покрова. Это необходимо для того, чтобы не навредить пациенту, а уменьшить болезненное состояние кожного покрова и поверхностных слоев мышц. Растирание усиливает кровообращение, способствует более быстрому окислению недоокисленных продуктов обмена в тканях и их удалению из организма, способствует ускорению рассасывания затвердений патологических отложений и скоплению жидкостей в тканях. При неврологических проявлениях остеохондроза растирание с постепенным усилением воздействия на кожу и мышечные ткани уменьшает болевые ощущения по ходу нервных стволов, а также в местах нервных окончаний.

Круговое разминание основаниями ладоней нижних конечностей показано на рис. 23. Массажист в этом случае стоит лицом к пациенту с боковой стороны от него. Кистями обеих рук обхватывают голеностопный сустав пациента. Далее начинают смещать кожный и мышечный покров массируемой области поочередно круговыми размашистыми движениями, одновременно оказывая давление на мышцу основанием ладони. Затем продолжают смещать мышечные волокна к ягодичной области, а потом тщательно обрабатывают ягодичную область. Далее проводят круговые движения вниз к голеностопному суставу уже одной кистью, оказывая также давление на мышцу основанием ладони, а другой кистью фиксируют голеностопный сустав пациента. Повторяют прием от голеностопного сустава снизу вверх, а затем проводят аналогичные движения сверху вниз. Выполняют данный прием 2–3 раза. При варикозном расширении вен надавливание производят постепенно от кожных покровов в мышцу во избежание болезненных ощущений, при которых мышца испытывает спазм и не имеет возможности раскрыться. Темп при этом быстрый, но мягкий с постепенным усиливающим давлением от кожных покровов к мышцам.

Данный прием разминания подготавливает нервно-мышечный аппарат к дальнейшим более глубоким проникающим приемам разминания, так как оказывает успокаивающий эффект и снижает тонус мышц. Эта массажная операция является по сути пассивной гимнастикой для поверхностных мышц, мобилизацией для соединительной ткани, так как способствует раздражению рецепторов мышечной ткани, благодаря чему создаются условия, которые изменяют состояние центральной нервной системы.

Спиралевидное разминание нижних конечностей показано на рис. 24. В этом случае массажист стоит с боковой стороны от пациента лицом к нему у основания стопы. Выполняют прием спиралевидного разминания кончиками больших пальцев, описывая ими мелкие круги в виде спиралей. Кисти передвигают поочередно снизу вверх. Большие пальцы максимально отведены в сторону навстречу друг другу. Остальные пальцы кистей массажиста в полусогнутом положении обхватывают и фиксируют конечность. При этом они играют вспомогательную роль при смещении кожных покровов и разминании мышц массируемой области. Изначально обрабатывают место прикрепления трехглавой мышцы голени в районе пяточного бугра, затем переходят к ахиллову сухожилию, которое соединено с сухожилием камбаловидной мышцы. Затем обрабатывают икроножную и камбаловидную мышцу голени, мышцы свободной части нижней конечности, т.е. мышцы бедра. Далее переходят на тазовую область, ягодичные мышцы. Обработав ягодицы, продолжают выполнять массаж в обратном направлении, сверху вниз теперь уже одной рукой, фиксируя при этом голеностопный сустав, а другой производят собственно массажные мани-



Рис. 19. Массажная операция похлопывания верхних конечностей.



Рис. 20. Массажная операция рефлексотерапии верхних конечностей.

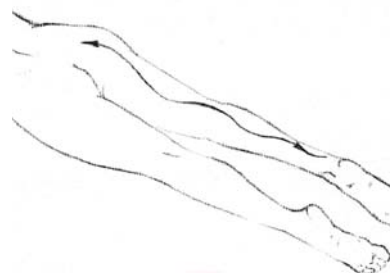


Рис. 21. Массажная операция поглаживания нижних конечностей.

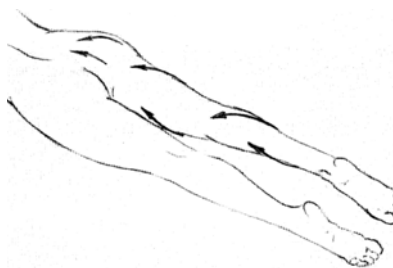


Рис. 22. Массажная операция растирания нижних конечностей.



Рис. 23. Массажная операция кругового разминания основаниями ладоней нижних конечностей.



Рис. 24. Массажная операция спиралевидного разминания нижних конечностей.

пуляции. Выполняют спиралевидное разминание кончиком указательного и среднего пальцев рабочей руки в области ягодиц. Потом обрабатывают область бедра, завершая массаж проникающими движениями с помощью кончиков большого пальца рабочей руки в более глубоких слоях икроножной мышцы.

Проникновение осуществляют между двумя головками икроножной мышцы (латеральной и медиальной). Такое проникновение позволяет обработать также глубокую большеберцовую мышцу, так как в подколенной ямке вертикально спускается, проходя между головками икроножной мышцы, большеберцовый нерв вместе с большеберцовой артерией. Нерв направлен в голеноподколенный канал, причем на всем его протяжении от него отходят многочисленные мышечные ветви. Например, такие как ветвь трехглавой мышцы голени, ветвь длинных сгибателей пальцев, а также ветвь большого пальца стопы и ветви подошвенной и подколенной мышц. Поэтому на данном этапе выполнение массажа с проникновением в глубокие слои икроножной мышцы приобретает особое значение. Выполняют прием несколько раз на нижних конечностях снизу вверх и при возвращении в исходное положение сверху вниз к голеностопному суставу, тщательно прорабатывая глубокие мышцы голени.

Массажные манипуляции осуществляют до максимального расслабления мышц нижней конечности. Функциональная характеристика мышц нижних конечностей выделяет мышцы, производящие движение бедра в тазобедренном суставе, голени, коленном суставе, и мышцы, участвующие в движении стопы. Например, в тазобедренном суставе движение происходит вокруг трех осей вращения в результате работы шести функциональных групп мышц, которые производят сгибание и разгибание, отведение и приведение, пронацию и супинацию бедра. Сгибание и разгибание бедра в тазобедренном суставе осуществляют мышцы, расположенные соответственно спереди и сзади от поперечной оси. Для того чтобы дан-

ные функции мышц не страдали, должна быть четкая связь спинномозговых нервов с соответствующим сегментом тела. Нерв при выходе из межпозвоночного отверстия делится на четыре ветви: переднюю, заднюю, соединительную и менингеальную. Менингеальная иннервирует оболочки спинного мозга, задние ветви иннервируют кожу затылочной области, кожу и мышцы задней области шеи, спины, поясничной области и ягодиц.

Передние ветви, наиболее крупные, иннервируют кожу и мышцы шеи, груди, живота, верхних и нижних конечностей. В грудном отделе эти ветви сохраняют метомерное строение (межреберные нервы). В остальных частях тела нервные ветви соединены друг с другом, образуя следующие сплетения: шейное, плечевое, поясничное, крестцовое, от которых отходят периферические нервы. В двигательных функциях нижних конечностей играет большую роль пояснично-крестцовое сплетение.

Образовано это сплетение передними и задними ветвями I–III поясничных, частично XII грудного и IV поясничного (поясничное сплетение), V поясничного с I–IV крестцовыми и частично IV поясничным спинномозговыми нервами. Также из этих сплетений выходят длинные и короткие ветви нервов, непосредственно иннервирующие мышцы и кожу нижних конечностей. К коротким ветвям относятся: внутренний запирающий нерв, грушевидный, нерв квадратной мышцы, верхний ягодичный, нижний ягодичный, половой. К длинным ветвям относятся: задний кожный нерв бедра, седалищный, большеберцовый (ветвь седалищного), общий малоберцовый (ветвь седалищного). Работа с данными нервами позволяет быстро и эффективно восстановить двигательные функции мышц нижних конечностей.

Двойное кольцевое разминание с выжиманием нижних конечностей показано на рис. 25. При выполнении этой операции массажист стоит с боковой стороны от пациента, лицом к нему. При этом осуществляют захват икроножной мышцы кистями обеих рук в кольцо между I паль-

цем вместе с возвышением у его основания, остальные четыре пальца поддерживают мышцу сбоку и являются опорой для большого пальца, который круговыми движениями как бы «раздавливает» подлежащую мышцу.

Массаж начинают у основания икроножной мышцы по направлению снизу вверх и продолжают смещать мышцы по ходу мышечных волокон круговыми движениями. При этом кисти перемещают поочередно по направлению друг к другу в сторону большого пальца. Возвращаясь в исходное положение, чередуют прием двойного кольцевого разминания с выжиманием икроножных мышц. Выжимание осуществляют также, захватив икроножную мышцу между I пальцем и остальными четырьмя, которые являются опорой для большого пальца. Осуществляют выжимание одновременно кистями обеих рук. Движение производят по направлению вверх, выполнив прием выжимания. Чередуют двойное кольцевое разминание с выжиманием 2–3 раза. Так как данный прием является пассивной гимнастикой для мышц, то он помогает механически «разрыхлять и раздавливать» затвердения в ней.

Под влиянием данного разминания активизируются окислительно-выделительные процессы, а именно – удаление молочной кислоты из мышечных тканей, что позволяет снизить тонус мышц и улучшает питание мышечных тканей кислородом.

Операция вибрации нижних конечностей показана на рис. 26. В данном случае массажист стоит с боковой стороны от пациента. Выполняют вибрацию внутренней стороной ладони сверху вниз и снизу вверх. Кистью производят колебательно-дрожательные движения в направлении, перпендикулярном поверхности кожи.

Вибрацию производят стабильно. При этом руку, которая соприкасается с массируемой поверхностью тела, каждый раз отрывают от нее, в результате чего движения принимают характер колебательно-дрожательных толчков, следующих друг за другом. Легкое сотрясение массируемой ткани действует на нервную систему успокаивающе, обладает обезболивающим действием, что можно использовать при различных травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата, также при завершении массажа нижних конечностей.

Операция похлопывания нижних конечностей показана на рис. 27. Массажист в этом случае стоит сбоку от пациента. Выполняют эту массажную операцию попеременно обеими расслабленными кистями за счет быстрых похлопывающих движений. Пальцы массажиста со II по V плотно сомкнуты в полусогнутом положении, а I палец прижат к средней фаланге II пальца (форма ковша). Удары наносят подушечками пальцев и основанием ладони. Энергичное и быстрое проведение массажных ударных манипуляций действует на организм пациента тонизирующе, но при этом при различных болезненных процессах они способствуют уменьшению и даже прекращению боли. Поэтому эти манипуляции применяют как отвлекающее средство при массаже тканей, расположенных рядом с болевыми участками.

Операция рефлексотерапии нижних конечностей показана на рис. 28. Выполняют эту массажную операцию совместно со всеми видами разминаний на нижних конечностях. Указательным пальцем правой руки проникающими движениями по спирали против часовой стрелки воздействуют на такие точки, как: хуан-тяо, чэн-фу, вэй-чжун, чэн-шань, кунь-лунь, юн-цюань, тай-си.

Воздействие на точки чэн-шань, вэй-чжун смягчает мышцы, снимает спазм, стимулирует кровообращение, купирует боль. А воздействие на точки кунь-лунь, чэн-фу, хуан-тяо улучшает состояние желудочно-кишечного тракта,

купирует боли в поясничном отделе, наружных половых органах, позвоночнике, тазобедренном суставе, бедре, голени, пятке, V пальце. Воздействие на точки тай-си, юн-цюань улучшает состояние почек, устраняет нарушение мочеотделения, а также избавляет от задержки мочи, излечивает болезни внутренних органов, болезни уха, горла, носа, глаз, нервно-психические расстройства, депрессию, страхи, купирует зубную боль.

После массажных операций на нижних конечностях переходят к массажу шеи. Время выполнения массажа составляет 15–20 мин. Стресс и напряжение, как правило, «концентрируются» в области шеи. Это напряжение распространяется на мышцы и фасции головы, что является одной из самых распространенных причин головной боли. Так как напряжение накапливается долго, последствия его распространяются на плечевой пояс. При этом страдают проводниковые функции спинного мозга, через который проходят восходящие и нисходящие пути, которые передают информацию в спинной и головной мозг и связывают кору большого мозга, подкорковые ядра и образование ствола мозга с мотонейронами спинного мозга, обеспечивая влияние высших отделов центральной нервной системы на деятельность скелетных мышц. Непосредственным продолжением спинного мозга у человека является продолговатый мозг. Продолговатый мозг и мост мозга, или варолиевый мост, вместе со средним и промежуточным мозгом образуют ствол мозга. В состав ствола мозга входит большое количество ядер восходящих и нисходящих путей. Важное функциональное значение имеет находящаяся в стволе мозга ретикулярная формация. Скопление нервных клеток приводит к образованию ядер, являющихся центрами более или менее сложных рефлексов. Из 12 пар черепных нервов, связывающих головной мозг с периферией организма – его рецепторами и эффекторами, 8 пар (V–XII) берут свое начало в продолговатом мозге. Рефлекторная функция продолговатого мозга заключается в том, что имеет ряд жизненно важных центров: дыхательный, сердечно-сосудистый и пищевой. Таким образом, основная биологическая роль продолговатого мозга заключается в обеспечении постоянства внутренней среды организма. За счет связей с проприорецепторами продолговатый мозг выполняет роль регулятора тонуса скелетной мускулатуры, регулирует работу спинного мозга. Эта регуляция направлена на функциональное объединение всех сегментов спинного мозга, обеспечение условий для целостной его деятельности. Продолговатый мозг осуществляет более тонкие формы приспособительных реакций организма к внешней среде по сравнению со спинным мозгом. Вот почему нижеописанные массажные операции имеют огромное значение в новом способе массажа и являются последней стадией общего комплекса массажных операций.

Поглаживание шеи показано на рис. 29. Способ выполнения приема: пациент лежит на столе лицом вниз, руки кладет под голову. Лобную часть головы помещает на тыльную сторону ладони. Массажист изначально занимает положение слева от пациента. Выполняют массажные движения сверху вниз. Прием поглаживания выполняют двумя руками. Кисти накладывают одну за другой, покрывая полностью область шеи так, чтобы дальняя рука массажиста по отношению к массируемой области была впереди к ближней. Движение выполняют волнообразно, одновременно распределяя масло на массируемой области. Прием выполняют 2–3 раза.

Эффект: данный прием при медленном выполнении снимает возбудимость нервной системы, оказывает выраженный успокаивающий эффект.

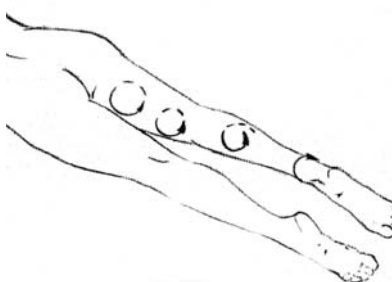


Рис. 25. Массажная операция двойного кольцевого разминания с выжиманием нижних конечностей.

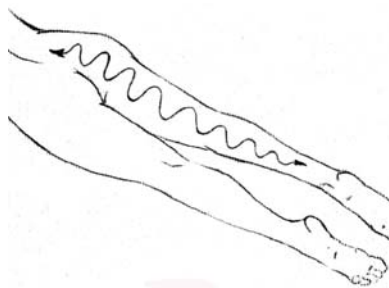


Рис. 26. Массажная операция вибрации нижних конечностей.

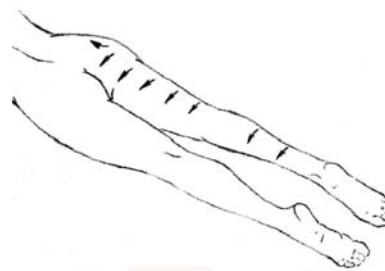


Рис. 27. Массажная операция похлопывания нижних конечностей.

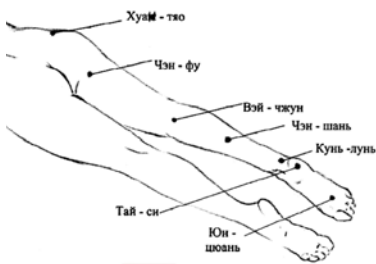


Рис. 28. Массажная операция рефлексотерапии нижних конечностей.



Рис. 29. Массажная операция поглаживания шеи.

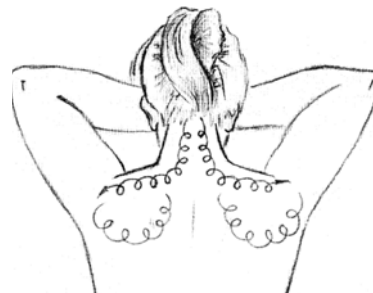


Рис. 30. Массажная операция спиралевидного разминания шеи.

Спиралевидное разминание шеи кончиками пальцев показано на рис. 30. Способ выполнения приема: массажист стоит слева от пациента лицом к нему. Первый выполняет кончиками полусогнутых I, II, III пальцев правой руки спиралевидное разминание против часовой стрелки проникающими движениями вдоль остистых отростков шейно-грудного отдела сверху вниз. Обрабатывает область шеи от I шейного позвонка, смещает пальцами кожу и мышцы вниз к плечевому поясу, разминает надплечевую и лопаточную область одновременно, переходит от правой лопатки к левой, затем приводит кисти в исходное положение. Выполняет прием 3–5 раз. При глубоком и длительном разминании получают успокаивающий эффект, который снижает тонус мышц. Также способствует механическому разрыхлению мышц и раздавливанию затвердений в них.

Круговое разминание шеи кончиками пальцев показано на рис. 31. Массажист в этом случае занимает положение у изголовья пациента. Выполняют круговое разминание вдоль остистых отростков сверху вниз кончиками больших пальцев обеими кистями поочередно от центра к периферии, захватывая воротниковую область, а затем возвращают кисти в исходное положение. Потом кончиками II, III, VI и V пальцев в граблеобразном положении обеими кистями попеременно круговыми движениями прорабатывают основание черепа в районе 12 пар черепно-мозговых нервов, воздействуя на область продолговатого мозга. Далее периодически обрабатывают фасциальные влагалища для грудинно-ключично-сосцевидной и трапецевидной мышц. Затем снова обрабатывают шею и надлопаточную область. Прием выполняет 3–5 раз. В связи с хроническими перенапряжениями или последствиями остеохондроза со временем в области места прикрепления грудинно-ключично-сосцевидной и трапецевидной мышц, в области черепно-мозговых нервов, области продолговатого мозга возникают уплотнения и спайки, которые затрудняют функции данных органов. С помощью глубокого проникающего разминания значительно сни-

жают тонус мышц, увеличивая лимфодренаж и кровообращение, активизируя окислительно-восстановительные процессы. Таким образом, налаживают работу рефлекторных и проводниковых функций спинного и головного мозга, устраняют отек. Прорабатывая таким образом глубокие мышцы шеи, воздействуют на передние ветви четырех верхних шейных спинномозговых нервов, а также шейное сплетение. Кожные ветви шейного сплетения, так называемые чувствительные нервы, иннервируют кожу затылочной области, ушной раковины, наружного слухового прохода, шеи. Мышечные ветви иннервируют длинные мышцы головы и шеи, переднюю и заднюю лестничную мышцы, латеральную и переднюю прямые мышцы головы, мышцу, поднимающую лопатку, а также трапецевидную и грудинно-ключично-сосцевидную мышцу, которая отвечает при двустороннем сокращении этих мышц при запрокидывании головы назад за эти функции. Одностороннее сокращение этой мышцы способствует наклону головы в сторону и одновременный ее поворот в противоположную сторону. Массаж данных мышц восстанавливает подвижность шеи и головы в разных проекциях.

Двойное кольцевое разминание шеи показано на рис. 32. Массажист в данном случае стоит справа от пациента лицом к нему. Обеими кистями захватывает мышцу в кольцо между большим и четырьмя остальными пальцами и проводят смещение мышцы сверху вниз навстречу друг другу, при этом кисти перемещают навстречу друг другу. Затем обрабатывают надключичную область слева направо и возвращают кисти в исходное положение. Все описанное повторяют 3–5 раз. Данный прием влияет на состояние нервно-мышечной системы, выполняет функцию выжимания и удаления молочной кислоты. Благоприятно влияет на рецепторы мышечной ткани.

Круговое разминание с выжиманием шеи показано на рис. 33. При выполнении этой массажной операции массажист занимает положение справа от пациента лицом к нему. При этом выполняют прием обеими кистями. Одновременно производят захват и сдавливания мышцы



Рис. 31. Массажная операция кругового разминания шеи.



Рис. 32. Массажная операция двойного кольцевого разминания шеи.

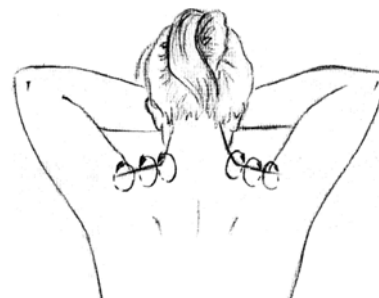


Рис. 33. Массажная операция кругового разминания с выжиманием шеи.



Рис. 34. Массажная операция вибрации-растирания шеи.

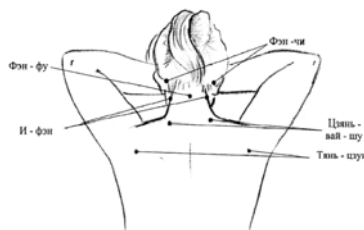


Рис. 35. Массажная операция рефлексотерапии шеи.



Рис. 36. Пассивная массажная операция растягивания мышц шеи.

плечевого пояса между I и остальными четырьмя пальцами с последующим смещением ее в сторону I пальца от центра к периферии. Захват и приподнимание мышцы осуществляют за счет сгибания пальцев только в пястно-фаланговых сочленениях, пальцы оставляют прямыми, кисти возвращают в исходное положение. Выполняют прием 3–5 раз. Эффект: прием благотворно действует на нервно-мышечный аппарат, снижает перенапряжение, утомление и растяжение мышц шеи и плечевого пояса, также способствует выжиманию молочной кислоты, за счет этого происходит нормальное питание кислородом и питательными веществами мышечной ткани.

Массажная операция вибрации-растирания шеи показана на рис. 34. В этом случае массажист стоит справа от пациента лицом к нему. При этом прием вибрации выполняют двумя пальцами, которые устанавливают перпендикулярно или под острым углом к массируемой области. При выполнении вибрации производят колебательно-дрожательные движения кистями в направлении, перпендикулярном поверхности кожи. Затем производят пилообразное растирание ребром обеих ладоней рук так, что одна рука идет на себя, а другая от себя в области VII шейного – I грудного позвонка. Вибрация в сочетании с другими массажными приемами способствует лучшему оттоку лимфы, межтканевой жидкости и венозной крови, снимает тонус мышц и напряжение. После вибрации выполняют прием растирания, который приводит к беспрепятственному усилению кровообращения за счет расширения сосудов, нормализации кровяного давления, так как не всем пациентам можно растирать область шеи, чтобы не возбуждать нервную систему. В данном случае растирание содействует ускорению рассасывания затвердений, патологических отложений и скоплений жидкостей в тканях.

Массажная операция рефлексотерапии шеи показана на рис. 35. При выполнении этой массажной операции массажист занимает положение справа от пациента лицом к нему. При этом проводят надавливание на биологически

активные точки кончиком указательного пальца, делают это проникающими движениями вовнутрь против часовой стрелки. Надавливание выполняют поочередно на каждую точку в течение 3 с. Массаж точек и-фэн, фэн-чи способствует улучшению кровообращения на стороне поражения и восстанавливает функции поврежденных нервов и их областей, способствует также рассасыванию припухлостей, снимает боль, восстанавливает подвижность на местах прикрепления мышц. Кроме того, эта манипуляция купирует боль в области шеи, затылка, плечевого пояса, снимает патологию ограниченной подвижности IV пальца руки. Массаж точек цзянь-вай-шу и тянь-цзун снимает отек и боли в области шеи, лица, восстанавливает слух, устраняет нервное расстройство, восстанавливает нормальную работу кишечника.

Точка фэн-фу – место проекции на коже продолговатого мозга. Ее массаж стимулирует транспорт обогащенной кислородом крови в мозг по позвоночной артерии, а также увеличивает отток от мозга отработанной крови по венам, улучшает кровоснабжение мозга.

Пассивная массажная операция растягивания мышц шеи показана на рис. 36. При выполнении этой массажной операции массажист стоит у изголовья пациента лицом к нему. При этом кончиками полусогнутых пальцев с I по V обеими кистями растягивают мышцы шеи волнообразными движениями в виде вибрации, плавно, на себя. Повторяют эту манипуляцию 3 раза. Это помогает восстановить нормальное расстояние между позвонками, что налаживает работу опорно-двигательного аппарата и функции спинного и головного мозга.

Новый способ массажа является более щадящим, но не менее проникающим в глубокие слои мышечных тканей пациента, чем способ-прототип. Это немаловажно для пациента, так как он при проведении массажа должен быть полностью расслаблен, чувствовать комфорт и удовольствие от массажных манипуляций. Пациент при проведении лечения с помощью нового способа массажа не испытывает дискомфорта. Дискомфорт, сопровождаю-

щийся болевыми ощущениями, всегда приводит мышечные ткани в гипертонус и блокирует проникновение пальцев рук массажиста к необходимым точкам в процессе выполнения массажных манипуляций. Вот почему при проведении массажа невозможно достичь максимального положительного эффекта, если пациент испытывает дискомфорт и тем более боль в процессе проведения массажа. В связи с вышесказанным необходимо отметить, что применение нового способа массажа на практике позволит исключить болевой синдром у пациентов при выполнении им массажных манипуляций, а также увеличить процент их выздоровления.

Ниже в виде особенностей приведены описания применения заявляемого способа массажа при различных конкретных патологиях.

Особенность 1. Пример целебного влияния нового способа массажа на основные заболевания опорно-двигательного аппарата. Если больной имеет заболевания шейно-грудного отдела позвоночника, то это будет отражаться и на области верхних конечностей, мышцы головы, шеи, спины и груди. Это проявляется в виде неврологических синдромов остеохондроза. Например, в груди это может быть межреберная невралгия. Кроме того, это приводит к атрофированию мышц верхних конечностей и спины, их излишнему напряжению, нарушению подвижности в суставах верхних конечностей, таких как плечевой, локтевой, суставы кистей.

Из-за проблем в шейно-грудном отделе позвоночника происходит постоянный застой венозной крови в позвоночном канале и не выводятся вовремя продукты распада, если процесс длится годами, ко всему прочему присоединяется отложение солей в связках, сухожилиях и по краям позвоночника. Для того чтобы остановить или предотвратить дегенеративные процессы в верхних конечностях, в мышцах спины и груди, а также шейно-грудном отделе позвоночника, массаж проводят в первую очередь по остистым отросткам шейно-грудного отдела вдоль позвоночника, чтобы воздействовать на рефлекторные центры данного отдела. Делают это для того, чтобы наладить связь спинного и головного мозга через нервные корешки со строго определенными участками тела (верхними конечностями, мышцами спины и груди).

Эта связь происходит также с вегетативной нервной системой, а она, в свою очередь, помогает наладить работу кровотока и лимфотока. Патологическое состояние позвоночника – одна из основных причин нарушения циркуляции лимфы. Кровь по большому кругу несет всем органам и тканям тела кислород и питательные вещества, а продукты распада забирает и выводит из организма. При такой патологии обмена нарушается лимфодренаж, что приводит к отеку тканей в результате переполнения межтканевых пространств. Только после массажа по остистым отросткам целесообразно делать массаж на мышцах спины, груди и верхних конечностей.

Особенность 2. Если больной имеет заболевание позвоночника в поясничном или в пояснично-крестцовом отделе, то последствия данных заболеваний будут распространяться на область крестца, ягодиц и нижних конечностей. Вначале возникает усталость и затвердение мышц, затем приходит боль, особенно при неправильной нагрузке на суставы позвоночника. Так как при хроническом заболевании в пояснично-крестцовом отделе отсутствует нормальная иннервация данных частей тела через спинномозговые корешки, нарушается кровоток и лимфоток, и развиваются варикозное расширение вен, а также заболевание суставов нижних конечностей. Для того чтобы остановить или предотвратить дегенеративные процессы

в пояснично-крестцовом отделе в нижних конечностях, а также мышечные спазмы в ягодицах, массаж проводят в первую очередь на пояснично-крестцовом отделе вдоль позвоночника. В данном случае воздействуют на центры мышц нижних конечностей.

Массаж в данной области помогает наладить связь через нервные корешки спинного мозга с нижними конечностями, а также с вегетативной автономной системой, которая помогает, в свою очередь, наладить кровоток и лимфоток в данном отделе позвоночника и нижних конечностях. Восстановленный кровоток помогает наладить обмен веществ, вырабатывать синовиальную жидкость в суставах нижних конечностей. Другими словами, вначале необходимо провести массаж пояснично-крестцового отдела и только после этого делать массаж на нижних конечностях.

Особенность 3. Если больной имеет остеохондроз в шейно-грудном и поясничном отделе, то массаж проводят по остистым отросткам вдоль всего позвоночника и только потом массаж верхних и нижних конечностей.

Особенность 4. Если больной имеет перелом или хроническое заболевание верхних конечностей, массаж производят на шейно-грудном отделе. Это намного эффективнее помогает снять отек с верхних конечностей. И только потом выполняют массаж верхних конечностей.

Особенность 5. Если больной имеет перелом или патологию заболеваний нижних конечностей, массаж выполняют в первую очередь на пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Это также помогает снять отек с нижних конечностей. Только после этого выполняют массаж нижних конечностей, имеющих патологию.

Особенность 6. Если больной с нарушением обмена веществ, вследствие чего развивается полнота организма, массаж также выполняют в первую очередь по остистым отросткам вдоль позвоночника в течение 20 мин. Чтобы наладить связь через нервные корешки спинного и головного мозга с органами, основными отделами нервной системы, особенно с вегетативной нервной системой, которая управляет процессами обмена веществ и также помогает наладить кровоток и лимфоток. Это помогает снять внутренний отек в организме, убрать лишнюю жидкость, способствует похудению как у мужчин, так и у женщин. Этот же способ используют при моделирующем массаже лица (эссенциальный эффект), убирая внутренний отек с мышц головы, что способствует значительному эффекту.

Массаж по остистым отросткам вдоль всего позвоночника круговыми проникающими движениями кончиками пальцев в течение длительного времени – это основа при профилактике вышеупомянутых заболеваний. В этом случае при массаже употребляются косметические бальзамы, гели и аромасла.

Ниже приведены примеры эффективного лечения заявленным способом.

Пример 1. Больная Е., 40 лет, домохозяйка, ранее работавшая поваром, в настоящее время инвалид II группы. Диагноз: болезнь Бехтерева – хроническое системное заболевание суставов с преимущественной локализацией процесса в крестцово-подвздошных сочленениях, суставах позвоночника и паравертебральных мягких тканях. Воспалительный процесс в суставах обусловлен иммунологическими механизмами, а также необратимой тугоподвижностью позвоночника, напряжением мышц с постоянной их атрофией.

Лечилась несколько раз различными методами (санатории, физиотерапия, сильнодействующие медикаменты). После проведения лечения, основой которого был за-

явленный способ массажа, состояние больной значительно улучшилось. Уменьшилась боль в суставах, крестцово-подвздошных сочленениях позвоночника, восстановилась подвижность в данных суставах, а также в тазобедренном суставе, так как больная имела осложнения в виде тугоподвижности данного сустава.

Фактически данный способ массажа предотвратил атрофию мышц в области крестцово-подвздошных сочленений, а также мышц нижних конечностей. Важно отметить, что у больной была выведена лишняя жидкость из организма, так как она приобрела лишний объем в связи с тем, что принимала сильнодействующие, а также препараты гормонального действия. Лишний объем и масса тела очень негативно отражались на состоянии больной, что непозволительно при наличии диагноза «болезнь Бехтерева». Пациентка проходит курс общего массажа (10 дней) заявленным способом 2 раза в год.

Пример 2. Больная А., 48 лет, учитель русского языка. Диагноз: деформирующий артроз коленных суставов нижних конечностей, приобретенный в результате «изнашивания» и обменных дегенеративных изменений в организме. Характер заболевания хронический, вследствие чего была утрачена подвижность в коленных суставах и связках. Синовиальная жидкость не вырабатывалась в необходимом количестве, что вызывало сильные боли, так как суставы терлись друг о друга.

Вследствие дегенеративных обменных процессов в организме больная приобрела лишнюю массу тела и объем, который крайне противопоказан при диагнозе «артроз». Больная применяла несколько раз различные методы: физиотерапию, медикаментозное лечение. Медиками была предложена операция по замене коленных суставов. После проведения терапии, основой которой являлся заявленный способ массажа, была восстановлена подвижность в суставах, выведена лишняя жидкость из организма. Больная значительно снизила массу тела, ушел отек нижних конечностей. В результате женщина отказалась от операции, так как необходимость в ней отпала. В настоящее время больная проходит профилактический массаж заявленным способом 2 раза в год по 10 сеансов.

Пример 3. Больной Ю., 43 года, предприниматель, водитель. Диагноз: перелом в области голеностопного сустава. Пациент имел осложнения вследствие перелома, хронический отек голеностопного сустава, отсутствовала подвижность. Были нарушены кровоснабжение и обмен веществ. По причине хронического отека одна нога была значительно больше другой, что мешало при ходьбе.

Лечился несколько раз различными методами, прошел курс физиотерапии, применял медикаментозное лечение. После проведения терапии заявленным способом отек в области голеностопного сустава значительно уменьшился, была восстановлена подвижность.

Больной прошел курс из 10 сеансов массажа заявленным способом.

Пример 4. Больная В., 50 лет, предприниматель. Диагноз: шейно-плечевой радикулит, вследствие чего развилась потеря чувствительности и атрофия верхней конечности. Лечилась несколько раз различными методами, после проведения терапии заявленным способом была восстановлена чувствительность верхней конечности, ее

подвижность, ушла боль. Пациентка стала поворачивать голову.

Прошла курс общего массажа 10 сеансов (2 сеанса).

Пример 5. Больная Г., 55 лет, домохозяйка. Диагноз: радикулит пояснично-крестцового отдела. Характер заболевания: хронический остеохондроз позвоночника. Воспалительный процесс корешков спинного мозга был вызван переохлаждением.

При передвижении боль усиливалась, больная была вынуждена переносить тяжесть тела на здоровую сторону, что приводило к искривлению позвоночника и перенапряжению мышц спины. Лечилась несколько раз различными методами, в том числе иглоукалыванием. После проведения терапии заявленным способом функция спинномозговых корешков пояснично-крестцового отдела была восстановлена. Боль, локализуемая в данном отделе позвоночника по ходу седалищного нерва, купирована, перенапряжение мышц снято. Больная могла осуществлять передвижение беспрепятственно. Прошла трехкратный курс массажа из 10 сеансов.

Пример 6. Больная А., 32 года, домохозяйка. Диагноз: болезнь Крона, нарушена функция кишечника, вследствие того что на внутренних стенках кишки отсутствуют ворсинки. Так как больная принимает препараты, жизненно необходимые для функции кишечника, это приводит к побочным эффектам – оказывает негативное влияние на периферическую нервную систему шейно-грудного отдела позвоночника.

При воспалении спинномозговых корешков данного отдела боль локализовалась также в верхней конечности по ходу срединного нерва, что нарушало функцию верхних конечностей. Была ограничена подвижность в шейно-грудном отделе, поэтому возникала боль при повороте головы в сторону. Лечилась несколько раз различными методами, прошла курс физиотерапии, применяла медикаментозное лечение. После проведения терапии заявленным способом побочные эффекты от приема препаратов на периферическую и центральную нервную систему были устранены. Больная проходит курс общего массажа 10 сеансов через каждые 2–3 мес.

Пример 7. Больная Л., 48 лет, домохозяйка. Диагноз: ожирение из-за обменных дегенеративных изменений в климактерическом периоде. Женщине была проведена пластическая операция в области живота. Так как она имеет болезнь в виде грыжи дисков поясничного отдела позвоночника, ей было назначено медикаментозное лечение гормональными препаратами, в результате приема которых она вновь приобрела лишний объем и массу тела. После проведения лечения заявленным способом был восстановлен обмен веществ, что привело к выведению лишней жидкости из организма, а также был налажен обмен веществ в жировой клетчатке.

Больная проходит курс общего массажа 10 сеансов 2 раза в год, но при этом не затрагивается пораженный грыжей участок позвоночника.

Е.П. Мустафаева,

специалист в области массажных технологий,

Ростов-на-Дону

Использование светозвуковой стимуляции в массажной практике

В последнее время специалисты ищут новые средства и методы, которые могли бы способствовать повышению эффективности массажных процедур без дополнительных напряжений и затраты энергии, что представляет особую актуальность.

Вместе с тем в психологии известны методы для достижения психомышечной релаксации, которые практически не используются в массажной практике. Одним из таких методов является светозвуковая стимуляция (см. рисунок).

Работы по изучению ритмической световой и звуковой стимуляции начались с исследований Л.А.Орбели и Г.И.Кармановой (1964 г.) фотогенной каталепсии у животных в 1940-х годах. Наблюдение за животным во время действия светового раздражителя показало, что феномен обездвиженности получается при действии на животное не сплошного, а прерывистого света. Прием получения обездвиженности состоял в ежедневном 30-минутном действии ритмического света. Никакие другие добавочные раздражители во время ритмического света не применялись. Применение ритмического света в темной клетке приводило к развитию сонного торможения: двигательная активность снижалась, глаза животного закрывались, мышцы расслаблялись, пластический тонус шейных мышц отсутствовал.



Рис. Система светозвуковой стимуляции.

Воздействие ритмическим светом приводит вначале к повышению двигательной активности, затем наступает ее снижение. В этот период можно также наблюдать явление сна. Следовательно, возникающее в этот момент торможение широко иррадирует по центральной нервной системе. И, наконец, дальнейшее применение ритмического света приводит, с одной стороны, ко все большему нарастанию процесса торможения фазной активности, с другой – ко все большему увеличению пластического тонуса. В этот период возникает состояние каталепсии, которое характеризуется появлением восковидной гибкости; животное стоит с открытыми глазами, все скелетные мышцы приобретают высочайшую степень пластичности. Появившиеся в последние годы технологии, реализованные в приборе «Лингвостим», способствуют эффективно изменению психоэмоционального состояния за счет применения различных режимов светового сопровождения (например, моделирующих блики солнца на море, пламени костра и т.п.), аудиозаписей различной направленности, таких как музыка для релаксации, естественные звуки природы и т.д. (И.Н.Гурвич, 1999; Г.Тимошенко, Е.Леоненко, 2006; Я.В.Голуб, О.М.Шелков, А.К.Дроздовский, 2010).

Задача исследования: оценить эффективность использования сочетанного воздействия массажа и светозвуковой стимуляции.

Методы исследования

Исследование по изучению сочетанного влияния массажа и светозвуковой стимуляции на психофизиологическое состояние проводилось с мая по сентябрь 2014 г. в ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры».

Все испытуемые (24 человека) были разделены на 3 группы. Испытуемые 1-й группы получали сеансы светозвуковой стимуляции, 2-й – сеансы массажа и 3-й группы испытывали сочетанное воздействие массажа и светозвуковой стимуляции. В качестве попытки стандартизации используемых массажных воздействий мы использовали сеанс классического массажа продолжительностью 60 мин. В 3-й группе сочетанное действие массажа и светозвуковой стимуляции осуществлялось в конце сеанса массажа в течение 15 мин. Все приемы выполнялись мягко, безболезненно, в среднем темпе. Разминание составляло 60–70% от времени всего сеанса.

Входная и выходная оценка психофизиологического состояния осуществлялась с помощью динамической регистрации температуры (бесконтактный ИК-термометр) кожи массируемых областей (отмеченная маркером фиксированная точка в воротниковой области), электрокожного сопротивления (электроды располагались на дистальных фалангах среднего и указательного пальцев правой руки), миотонотрии (глубина погружения пробного щупа в фиксированной точке, отмеченной маркером, в воротниковой области при заданном усилии, развиваемом на тензометрическом датчике), а также психофизио-

Результаты регистрации изменения показателей температуры кожи и миотонетрии после сочетанного и раздельного сеансов массажа и светозвуковой стимуляции

Используемая методика	Изменение температуры кожи, °C	Изменение глубины погружения щупа диаметром 5 мм при усилии 1 кг, %
Массаж	+0,8±0,1	+30±5
СЗС	+0,3±0,1	+9±5
Массаж + СЗС	+1,3±0,2	+42±6

логического (тест реакции на движущийся объект, воспроизведение временных интервалов, теппинг-тест) тестирования (в ряде случаев). Для оценки психофизиологических показателей использовали прибор ПАКПФ-02.

По завершении сеанса были заданы вопросы о субъективном состоянии и пережитых ощущениях.

Результаты исследования

При анализе направленности изменений данных психофизиологических тестов выявлено, что все используемые методики, как в комбинации, так и по отдельности, оказывают нормализующее воздействие на баланс процессов возбуждения-торможения после воздействия, вместе с тем после сеанса массажа отмечено преобладание процессов торможения при использовании массажа, что свидетельствует о целесообразности использования этих методик у пациентов с исходным доминированием процессов возбуждения. А сочетание массажа со СЗС на первом сеансе приводило к небольшому доминированию процессов возбуждения, что, вероятно, связано с вовлечением большего числа сенсорных входов и свидетельствует о возможности применения таких сочетаний у пациентов с исходным доминированием процессов торможения.

Также следует отметить нормализацию воспроизводимого временного интервала при курсовом использовании всех методик, что косвенно свидетельствует о снижении уровня тревожности и уровня психоэмоционального напряжения (Н.Н.Данилова, 1990).

При курсовом применении изучаемых методик по отдельности и в различном сочетании наблюдается тенденция к увеличению времени релаксации мышц в структуре циклического двигательного акта.

Оценка динамики электрокожного сопротивления показала, что на первых сеансах отмечалось небольшое снижение ЭКС, что связано с доминированием ориентировочного рефлекса и активизацией эмоций, а в дальнейшем, по мере привыкания к процедуре (1–3-й сеанс) отмечалось повышение ЭКС, что расценивается как состояние релаксации. Более выраженное повышение ЭКС (эффект релаксации) отмечалось при сочетанном использовании СЗС и массажа.

Полученные данные (см. таблицу) свидетельствуют о достоверном снижении тонуса мышц при сочетанном ис-

пользовании СЗС и массажа по сравнению с изолированным применением массажа, вместе с тем только при применении СЗС отмечалось менее выраженное снижение тонуса мышц, субъективно описываемое как расслабление.

Также отмечено более выраженное повышение температуры кожи, в среднем на 0,5°, при сочетанном использовании массажа и СЗС по сравнению с простым массажем. Таким образом, на основании выявленных тенденций изменения психофизиологических показателей при проведении процедур можно сделать вывод о повышении эффективности деятельности после их применения.

При описании своих состояний во время сеанса испытуемые чаще всего использовали такие определения, как: «потеря контроля», «защищенность», «уверенность», «спокойствие», «провалы», «перемещение в пространстве», «потеря ощущения своего тела». После сеанса чувствовали себя отдохнувшими, отмечали, что у них повысился тонус, улучшилось эмоциональное состояние, появилась уверенность в своих силах.

Выводы

Выявленная динамика изменений психофизиологических показателей свидетельствует о позитивном влиянии используемого комплекса методик на функциональное состояние организма человека.

За счет использования однонаправленного сочетанного воздействия световой (визуальный канал), звуковой (аудиальный канал) стимуляции и массажа (кинестетический канал) достигается более выраженный эффект релаксации, формируются ассоциации, что способствует ускоренному восстановлению, профилактике психосоматических расстройств, формированию способности противостоять различным стрессорным воздействиям.

Полученные результаты, на наш взгляд, могут представлять научный и практический интерес, так как дают стимул для разработки новых программ сочетанного использования массажа, светозвуковой стимуляции и других аппаратных психокоррекционных методик.

Я.В.Голуб, А.И.Гребенников,

ФГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры

Реабилитация больных остеохондрозом позвоночника с помощью экотренажера-массажера Разумовского

По данным разных авторов (A.Nachemson, 2001; В.Я.Фищенко и соавт., 2007 и др.) у 30–80% трудоспособного населения отмечаются симптомы и синдромы остеохондроза позвоночника, обусловленные старением его морфологических структур, вызывающих различные медицинские и социальные проблемы. Существующие методы консервативного и оперативного лечения для устранения клинических проявлений заболевания не решают полностью проблему лечения и реабилитации этой категории больных. Поэтому на сегодняшний день актуальными остаются разработка и внедрение новых эффективных и недорогих профилактических и лечебных методов, которые можно применять на всех этапах – стационарном, амбулаторно-поликлиническом, санаторном. Остеохондроз позвоночника относится к деструктивно-дегенеративным заболеваниям, обусловленным изменениями в хрящах позвоночных суставов, сумочно-связочного аппарата, мышцах, костях. Одной из причин возникновения остеохондроза является нагрузка на позвоночник по его вертикальной оси. При этом от нагрузки в первую очередь страдают межпозвоночные диски, которые плохо снабжаются кровью и поэтому в них развивается дегенерация хряща. Травмы, инфекции, интоксикация ускоряют развитие дегенеративных процессов. При остеохондрозе студенистые ткани диска теряют свои фиксирующие свойства. Возникает патологическая подвижность тел позвонков. Так, в момент разгибания тело позвонка, расположенного выше, смещается назад, чего в норме не наблюдается. При этом травмируется связочный аппарат позвоночника, имеющий большое количество нервных окончаний. При функциональной неполноценности дисков связочного аппарата позвоночника мышцы (в основном разгибатели) берут на себя дополнительную нагрузку. Длительное статическое напряжение мышц приводит к их усталости, спазмированию и вторичным трофическим изменениям.

Для профилактики развития клинических проявлений остеохондроза у лиц среднего и пожилого возраста кроме лечебной гимнастики использовался экотренажер-массажер Разумовского (tremass), который может применяться для самостоятельного массажа мышц воротниковой зоны, спины, ягодиц и выполняет мягкое вытяжение позвоночника. Данный тренажер изготавливается из ценных пород деревьев (дуб, сосна, ясень, бук, граб и др.). Экотренажер состоит из деревянной рамки с пазами, в которые вставляются 5 пар разновеликих роликов (рис. 1).

Ролики по размерам соответствуют кулакам массажиста. Самый большой ролик называется активным. Он совершает наиболее глубокое нажатие в необходимом участке тела. Изменение роликов массажера способствует большему контакту с пораженным сегментом позвоночника. Когда человек ложится спиной на аппарат, ролики про-

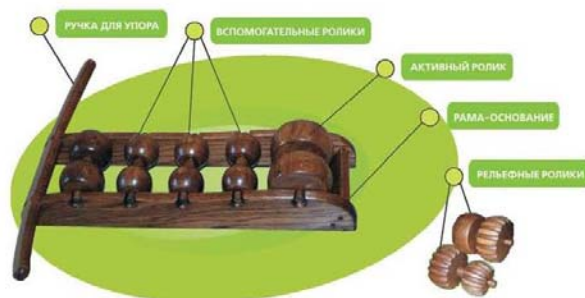


Рис. 1.

давливают мышцы и связки тела, начиная снизу. При этом одновременно происходит тракция – растяжение всего позвоночника с одновременным массажем спины и ягодиц. Метод направлен на разгрузку позвоночника при помощи аутогравитационной тракции по всей длине позвоночника в горизонтальном положении и регенерации дегенеративно-дистрофических тканей после массажного воздействия округлых деревянных роликов аппарата.

Биомеханическая модель тракционной терапии позвоночника при помощи экотренажера Разумовского

Биомеханический анализ компрессионно-дистракционных усилий на структуры двигательных сегментов позвоночника.

Исследуем экотренажер Разумовского и лежащего на нем человека как систему, на которую действуют внешние силы. Определяем величину действующих сил, линии их действия, направления и точки приложения. Для изображения сил и установления их действия в кинезотерапии используются векторы-линии с направлением данной силы и длиной, соответствующей ее величине (рис. 2.1).

Биомеханический анализ упражнений для тракционной кинезотерапии на экотренажере-массажере Разумовского

Биомеханика движений человека на экотренажере дает теоретическое обоснование для практического применения в процессе профилактики и лечения остеохондрозов шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника. Так как точного определения силы тяги отдельных групп мышц не существует, исследования описываются при помощи моделей процессов, имеющих взаимно – однозначное соответствие.

Основной особенностью данной методики является естественное расслабление всех мышечных групп околопоз-

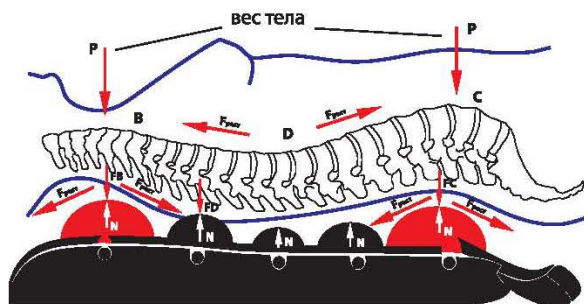


Рис. 2.1. Для анализа нагрузок условно разделим тело человека на отдельные сегменты: В – шейный сегмент позвоночника, С – поясничный сегмент позвоночника, D – грудной сегмент позвоночника, P – сила тяжести, FB – сила реакции сегмента В, FD – сила реакции сегмента D, FC – сила реакции сегмента С, N – сила реакции роликов, Fраст. – сила растяжения позвоночника.



Рис. 2.2.

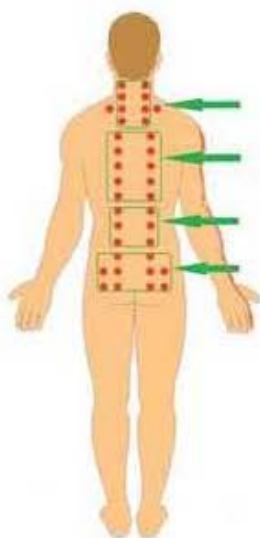


Рисунок 2.3. Зоны массажного воздействия.

воночных мышц в горизонтальном положении. При этом естественно ликвидируется компрессия позвоночно-двигательных сегментов позвоночника. Необходимо отметить, что в случае нахождения тела на плоскости мягкой кровати или любой широкой плоскости для сна на тело действуют силы трения, препятствующие эффективному растяжению позвоночника. Когда сегменты позвоночника находятся на 5 парах роликов экотренажера-массажера, ролики продавливают мышечные ткани, выделяя и растягивая основные участки позвоночных сегментов без ограничивающей силы трения соседней поверхности тела и конечностей. Самые большие ролики находятся в местах двух анатомических изгибов позвоночника, способствуя

плавному дугообразному растяжению шейного и поясничного сегментов. Возможность самостоятельного передвижения тела по роликам позволяет изменять локальное продавливание сегментов по всей длине позвоночника, крестцового сочленения и массивных ягодичных мышц. Вместе с растягивающим действием самостоятельное передвижение по жесткой поверхности роликов создает активное массажное воздействие для разминания спазмированных мышц и кровеносных сосудов. Системное массажное воздействие во время упражнений усиливает кровообращение в атрофированных мышцах и прилегающих костных тканях, ликвидируя местные явления атрофии и остеопороза (рис. 2.2, 2.3).

Опыт применения методики

Применение TREMASS проводилось на базе ГП «Украинский медицинский центр спортивной медицины» Минздрава Украины совместно с кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л.Шупика течение 2012 г. Под наблюдением находились 20 пациенток – ветеранов спорта в возрасте от 55 до 65 лет с жалобами на тугоподвижность и болезненность в области шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, что по шкале боли соответствовало 6–7 баллам. Занятия проводились 2 раза в неделю продолжительностью 20–30 мин. На курс предназначалось до 20 процедур.

Функциональные тесты

Перед началом занятий и в конце курса были проведены следующие функциональные тесты. Подвижность поясничного отдела вперед определяли с помощью измерения расстояния «пальцы–пол» при максимальном сгибании вперед. Данный тест позволял оценить суммарную подвижность, которая достигалась за счет движения в позвоночнике и тазобедренных суставах. Тест использовали для оценки эффективности лечения. Подвижность поясничного отдела в стороны определяли, измеряя расстояние от пальцев рук до пола при максимальном наклоне вправо и влево. Объем движений грудного отдела позвоночника при помощи оценки симптома Отта, когда в положении стоя замеряли расстояние от остистого отростка CVII и отмеряли вниз 30 см. После чего больной делал разгибания и сгибания в грудном отделе позвоночника. Оценивали увеличение и уменьшение расстояния. Подвижность шейного отдела позвоночника в стороны измеряли при помощи измерительной ленты посредством замера расстояния от сосцевидного отростка до плечевого отростка лопатки при выполнении максимального наклона головы вправо и влево. Также проводили контроль артериального давления и пульса до и после занятий, оценку самочувствия.

Клинические проявления

Клиническими проявлениями остеохондроза у больных были: боль в пояснично-крестцовой области и тугоподвижность пораженного сегмента позвоночника. С возрастом данные изменения усугублялись корешково-сосудистым синдромом.

Комплекс упражнений

Больным рекомендовалось выполнять следующий комплекс упражнений.

Упражнение 1. Тракция поясничного отдела позвоночника. Способствует растяжению и укреплению поясничного подвижно-двигательного сегмента (ПДС). Активный ро-



Рис. 3.



Рис. 4.



Рис. 5.



лик ставили в пазы на области поясницы. Руки больной располагал на ручке аппарата. С помощью согнутых в коленных суставах ног ритмично приподнимал и опускал область таза поясницы на активный ролик. Самостоятельный контроль по ощущениям. Продолжительность упражнения – 1 мин, или 30–50 повторений (рис. 3).

Упражнение 2. Тракция грудного отдела позвоночника. Способствует растяжению и укреплению грудного ПДС. Активный ролик располагали в пазы для воздействия на межлопаточную область спины. Руки ладонями охватывают затылок. Согнутыми в коленях ногами больной помогает туловищу делать короткие движения по роликам. Продолжительность упражнения – 1 мин, или 30–50 повторений (рис. 4).

Упражнение 3. Тракция шейного отдела позвоночника. Способствует растяжению и укреплению шейного ПДС. Активный ролик располагали в аппарате на уровне основания шеи. Ладони на затылке. Приподнимая и опуская голову при помощи рук, растягиваем мышцы и связки воротниковой зоны. Согнутыми в коленях ногами, помогаем туловищу делать короткие движения по роликам. Продолжительность упражнения – 1 мин, или 30–50 повторений (рис. 5).

Упражнение 4. Абдоминальная компрессия мышц брюшной стенки (продавливание живота). Способствует расслаблению мышц позвоночника со стороны висцеральных органов. Лежа на тренажере животом, нужно поставить активный ролик на нижнюю часть живота. Плавно опускаться животом на большой ролик. На вдохе расслабить мышцы живота на 3–5 с. На выдохе напрягать мышцы 3–5 с. Сделать 10–15 повторов. Передвигаться живо-

том по роликам не рекомендуется. Только плавное продавливание брюшной стенки (рис. 6.1, 6.2).

Упражнение 5. Проводится в конце цикла. Способствует растяжению и укреплению мышц ног и спины. Сидя на полу, ноги расставить как можно шире, наклониться вперед, стараясь дотянуться грудью к каждой ноге по 10 раз (рис. 7).

Упражнение 6. «Кошечка». Способствует растяжению и укреплению мышц спины. Стоя на коленях и ладонях, максимально выгибаться, опуская голову – «выдох» и прогибаться, запрокинув голову к лопаткам, – «вдох». Повторить 10–15 раз (рис. 8).

Упражнение 7. «Кошечка с хвостиком». Способствует растяжению и укреплению мышц поясницы и ног. Стоя на коленях и ладонях, стараться двигать тазом, как бы махая хвостом из стороны в сторону. 10–20 раз. Дыхание при выполнении ритмичное, спокойное. Основной принцип дыхания: во время расслабления – вдох, во время напряжения – выдох (рис. 9).

Дополнительные упражнения

Упражнение 8. Ротация (поворот) туловища в положении сидя. Способствует растяжению и укреплению мышц поясницы. Плавно поворачивать туловище в стороны. 10–20 раз (рис. 10).

Упражнение 9. Укрепление мышц живота. Способствует укреплению мышц брюшной стенки и самомассажу поясницы. Вариант 1 (для пожилых и ослабленных). Руками держаться за рукоятки экотренажера и помогать себе выполнять упражнение. 10–20 раз (рис. 11.)

Упражнение 10. Укрепление мышц живота. Способствует укреплению мышц брюшной стенки и самомассажу зоны



Рис. 6.



Рис. 7.



Рис. 9.



Рис. 8.



Рис. 10.

крестца. Вариант 2 (спортивный). Убрать предпоследний ролик экотренажера. Постелить на его место коврик или сложенную в несколько раз простынь. Ступни ног под ручьями экотренажера. Задний ролик создает полукруглый упор для крестца и массирует поясницу во время выполнения упражнения. 5–10 раз (рис. 12).

Упражнение 11. Растягивание тазобедренных суставов лежа на экотренажере. Держаться за рукояти экотренажера. Захват ладонями снизу. Локти упираются в пол, фиксируя плечевой пояс. Плавно растягивать область поясницы, заводя каждую из ног вправо и влево. 1–2 раза. Экспозиция 2–3 с (рис. 13).

Результаты

Были получены следующие данные. Артериальное давление до начала курса у большинства больных было или на верхней границе, или несколько выше нормы, составляя в среднем 140/78,3 мм рт. ст. После проведенного курса наблюдалась тенденция к нормализации как систолического, так и диастолического давления. Средние значения достигали 131,3/76 мм рт. ст. Показатели подвижности позвоночника также имели тенденцию к улучшению результатов. Наклоны головы вправо до начала курса были в среднем 4,2 см, в конце курса – 4,6 см. Наклоны головы влево в начале курса – 4,3 см, в конце курса – 4,8 см. Наклоны туловища вперед в начале курса – 12,7 и в конце курса – 11,7 см соответственно. Наклоны туловища назад в начале курса – 38,0 и в конце курса – 39,3 см соответственно. Наклоны туловища вправо в начале курса – 41,7 и в конце курса – 42,1 см соответственно. Наклоны туловища влево в начале курса – 42,3 и в конце курса – 42,9 см.



Рис. 11.



Рис. 12.



Рис. 13.

Выводы

Таким образом, можно сделать вывод о том, что самостоятельное использование экотренажера-массажера Разумовского у лиц старших возрастных групп при поясничном, грудном, шейном остеохондрозе дает возможность улучшить клиническое состояние больных и имеет тенденцию к нормализации показателей артериального давления и улучшению двигательной активности больных.

**Ю.П.Дехтярев, К.В.Разумовский, С.К.Копчак,
Н.Н.Слаутенко, Е.Г.Рибьякова,**

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л.Шупика, Ассоциация специалистов по спортивной медицине и лечебной физкультуре Украины, ГП Украинский медицинский центр по спортивной медицине МОЗ Украины, Киев



*Соединяя наши руки,
объединяем наши сердца*

Массажные школы и курсы, рекомендуемые Национальной Федерацией массажистов:



ГБОУ СПО «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России

Ставропольский край, г. Кисловодск,
ул. Умара Алиева, д. 37
+7 (87937) 3-26-14
kmkmetod@yandex.ru
www.medcol.ru

Образовательные программы:

- профессиональная подготовка медицинских сестер по массажу из числа инвалидов по зрению;
- классический медицинский массаж, элементы мануальной диагностики и терапии, медицинский массаж и кинезотерапия в вертеброневрологии, медицинский массаж в педиатрии, косметический массаж и основы косметологии, медицинский массаж в клинике нефрологии и урологии, гинекологический массаж;
- антицеллюлитный массаж, Ю-мэй-хо – японский массаж, шиацу, лечебная физкультура, соединительнотканый массаж, рефлекторно-сегментарный массаж, гигиенический массаж без медицинского образования, лимфодренажный массаж, спортивный массаж, аюрведический массаж, тайский массаж,

тайфут (тайский массаж стопы),
стоун-массаж, спа-технология
коррекции фигуры и др.



АНО «Международная Школа Спа» (SPASCHOOL international)

Москва, ул. Новослободская, д. 31,
корп. 1, под. 3
+7 (495) 979-87-05,
+7 (916) 775-85-95
spamassage@mail.ru
www.spaschool.ru

Образовательные программы:

- тайский массаж, миопластика, русский спа-массаж;
- массажные технологии коррекции фигуры: динамический лимфодренаж, антицеллюлитный массаж, липолитический массаж, фитнес-массаж;
- психофизиологический ребаланс, альгоминеральный массаж, медовое глазирование, Саматва-терапия, Лада-массаж и др.



ОЧУ «Международная школа стоун-терапии и экзотических видов массажа – МЕГАСПА»

Москва, Комсомольский пр-т, д. 23/7
+7 (495) 737-75-05
www.megaspa.ru

Образовательные программы:

- профессиональный уход за лицом и телом с применением косметики Yon-Ka (фирменный массаж Yon-Ka, французский антицеллюлитный лимфодренажный массаж, ароматический спа-массаж горячими камнями);
- тайский массаж травяными мешочками, традиционный тайский массаж, балинезийский массаж, китайский массаж, японский массаж, шиацу, аюрведический массаж, индийский массаж, полинезийский массаж, гавайский массаж;
- моделирующий массаж горячими и холодными камнями, ароматический спа-массаж, стоун-терапия, ви-нотерапия, шоколадотерапия и др.



Школа массажных технологий «Эстмастер»

Москва, ул. Большая Семеновская,
д. 40, стр. 4

+7 (499) 713-40-82,
+7 (901) 183-40-82,
+7 (905) 777-81-82

www.estmaster.ru

Образовательные программы:

- хиромассаж;
- нейрорецепторный (антистрессовый) массаж, биоваскулярный (биосмотический дренажный) массаж, миоструктурный массаж, спа-массаж (психобиоструктуральный массаж), реафирмирующий массаж;

- антицеллюлитный массаж, микро-старение кожи лица, циркуляторный массаж, массаж груди, стоун-массаж, китайский оздоровительный массаж рефлекторных зон стоп и др.



АНО «Школа массажа Елены Земсковой»

Москва, пр-т Мира, д. 89

+7 (906) 069-69-05,

+7 (495) 687-87-20

inmaster@mail.ru

www.inmaster.ru

Образовательные программы:

- хиромассаж, структурный (миорелаксирующий) хиромассаж, лифтинговый хиромассаж, миотензивная техника, миорелаксирующий хиромассаж, мышечно-васкулярный хиромассаж;
- гемолимфодренаж, тиссулярный дренаж и биоосмотическое обертывание, нейрофизиологический массаж, нейроседативный массаж, соматоэмоциональный массаж и др.



НОЧУ ДО «Институт массажа и косметологии»

Москва, ул. Народная, д. 14, стр. 3

+7 (495) 364-08-66

Kviktoriy6@gmail.com

www.message-cosmetology.ru

Образовательные программы:

- медицинский массаж, медицинский массаж в педиатрии;
- постизометрическая релаксация мышц, холистический массаж (палсинг), антицеллюлитный массаж, стоун-массаж и др.

ООО «Центр подготовки и развития массажистов»

Москва, ул. Ткацкая, д. 17

+7 (495) 641-77-10,



+7 (917) 566-41-31

www.cprm.ru

Образовательные программы:

- медицинский массаж, медицинский массаж в педиатрии;
- постизометрическая релаксация мышц, сегментарный массаж, криомассаж, холистический массаж, антицеллюлитный массаж, медовый массаж, турецкий банный массаж, точечный цигун-массаж, баночный массаж и др.



Общественная организация массажистов и фитнес-инструкторов Пензенской области

Пензенская обл., г. Заречный,

ул. Комсомольская, д. 14-47

+7 (927) 382-29-12,

+7 (902) 208-26-46

penzorgkom@yandex.ru

www.penzamassage.ru

Образовательные программы:

- резонансный массаж бамбуковыми вениками, реверсивный массаж и др.



Школа массажа «Аватара»

Новосибирск, ул. Нарымская,

д. 27, оф. 901

+7 (913) 942-24-19

www.avataransk.ru

Образовательные программы:

- фитнес-формирующий массаж, глубокий мышечный массаж, ману-

альный моделирующий массаж, абдоминальная пластика с коррекцией внутренних органов, пероральный миоструктурирующий массаж лица, тайский йога-массаж, скульптурирующий массаж, стоун-терапия, миоластика и др.



АНОО ДОДВ «Воронежская школа массажа»

Воронеж, ул. Студенческая, д. 17,

оф. 1

+7 (473) 228-47-77

www.kursymassazha.ru

Образовательные программы:

- классический массаж, перистальтический массаж, перкуссионный массаж, косметический массаж, основы детского массажа, криомассаж, сегментарно-рефлекторный массаж, баночный массаж, медовый массаж, точечный массаж и др.



Центр восточно-оздоровительных практик и массажей

Роберта Илинскаса

Санкт-Петербург,

аллея Котельникова, д. 4, кв. 345

+7-904-648-37-15

ilinskas-school@yandex.ru

www.message-fest.ru

- тайский массаж, индийский масляный массаж и др.

Школа рефлекторного детского массажа доктора Сандакова

Москва

www.nevronet.ru, nevronet@rambler.ru



Образовательные программы:

- методика рефлекторного массажа и лечебная физкультура при различных формах детского церебрального паралича, стимулирующий, возрастной рефлекторный массаж детям первого года жизни, метод кинезиотейпирования в педиатрической практике и др.

Школа детского массажа Елены Гореликовой

Москва

+7 (903) 77-88-154

<http://massageonline.ru/>

Образовательные программы:

- детский массаж, детская гимнастика, мягкотканые техники мануальной терапии и остеопатической коррекции, адаптированные для детского возраста, и др.



Центр повышения квалификации специалистов здравоохранения Департамента здравоохранения г. Москвы

Москва, ул. Профсоюзная, д. 136, корп. 5

+7 (495) 339-43-33

<http://crkmoszdrav.ru>

Образовательные программы:

- профессиональная подготовка и тематическое усовершенствование для медицинских сестер по массажу



ООО «Западно-Сибирский центр массажных технологий»

Тюмень, ул. Николая Чаплина,

д. 113, оф. 254

+7 (345) 254-75-72

+7 (902) 818-07-00

E-mail: massage.72@mail.ru

www.mass72.ru

Образовательные программы:

- стоун-массаж, миофасциальный релиз, миоструктурный массаж, антицеллюлитный контур-массаж, спа-программы и др.



НОУ «Учебный центр Лаки Хаус»

Краснодар, 1-й проезд Филатова, д. 2/1

+7 (861) 274-18-83,

+7 (861) 274-52-44

E-mail: lucky_office@mail.ru

www.lucky-house.ru

Образовательные программы:

- спа-мастер, спа-технолог, спа-массажист, аппаратная косметология и др.



Школа «ИнтерМастер» (ООО «Профессиональные курсы»)

Калининград, ул. Талбухина, д. 6, оф. 8

+7 (952) 799-28-41;

+7 (906) 216-24-45

E-mail: s.dobrotvorskiy@yahoo.com

www.spa-guild.ru

Образовательные программы:

- классический массаж, банные технологии, спа-технологии

Автономная некоммерческая организация содействия обучению и популяризации физиотерапии «Рютмос–Ритмус–Ритм»

Москва, Авиационный пер., д. 8, оф. 100

+7 (499) 151-46-39,

+7 (903) 971-63-52

E-mail: ritm-massage@yandex.ru

www.ritma.ru

Образовательные программы:

- метод мануального лимфатического дренажа по Фоддеру, ритмический массаж



Академия инновационных технологий «Золотое сечение»

Москва, ул. Зоологическая, д. 4

+7 (916) 269-96-74,

+7 (495) 952-77-78

E-mail: igolden-section@mail.ru

www.golden-section.tv

Образовательные программы:

- психология личностного роста массажиста;
- психология личностного роста оказания массажных услуг.



ООО «Школа массажных технологий»

Москва, Варшавское ш., д. 132, стр. 2

+7-917-545-54-53

galaguza@narod.ru

www.galaguza.ru, www.maschool.ru

Образовательные программы:

- классический массаж
- постизометрическая релаксация
- сегментарно-рефлекторный массаж
- китайский массаж

Студия интегративного массажа NIM

Москва

+7 (916) 722-48-09

www.integra-massage.ru

integra-massage@mail.ru



Образовательные программы:

- эргономика в работе массажиста (2 семинара);
- риацу – противоболевой миофасциальный массаж (интеграция современного шиацу, мягкотканевой остеопатии и кинезиологической диагностики – 3 уровня подготовки, включающие в себя 9 семинаров);
- эстетический массаж – комплексный подход в мануальной коррекции фигуры (3 семинара).



Ерёмушкин М.А. Медицинский массаж. Базовый курс: классическая техника массажа (для СПО). – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 184 с.

В учебном пособии изложены начальные базовые принципы составления дифференцированных методик применения классической техники массажа, используемых при лечении и профилактике различных травм и заболеваний. Дано описание унифицированной системы дозирования массажного воздействия, благодаря которой можно более четко определять интенсивность как отдельных приемов, так и процедуры и всего курса массажа в целом. Учебное пособие включает общую часть с иллюстрированным описанием основных массажных приемов, используемых в классической технике массажа, а также дает представление о частных методиках, знание и реализация которых в процессе проведения лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий необходимы для соответствующих специалистов со средним медицинским образованием. Учебное пособие разработано согласно профессиональному стандарту по специальности «Медицинская сестра по массажу» и составлено в соответствии с программой профессионального модуля ПМ.02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах», созданного на основе федерального государственного образовательного стандарта по специальности среднего профессионального образования 060501 «Сестринское дело». Предназначено для массажистов – медицинских сестер по массажу, студентов медицинских колледжей и училищ. Учебное пособие будет полезно для работающих в практическом здравоохранении медицинских сестер, а также для преподавателей соответствующей дисциплины при подготовке и проведении занятий.



Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и массаж. 2-е изд., перераб. и доп. (для СПО). – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 528 с.

В учебнике представлены основные механизмы влияния различных средств лечебной физкультуры и массажа на организм пациента, классификация физических упражнений. Выделены показания и противопоказания к применению физических упражнений и массажа, а также частные методики лечебной гимнастики при той или иной патологии, даны методические рекомендации.

Механизмы влияния средств лечебной физкультуры на органы и системы представлены схемами и таблицами. Раздел, посвященный массажу, обосновывает его применение при различных заболеваниях, травматических повреждениях. Перечислены основные виды массажа, дана классификация его приемов. Определены показания и противопоказания к применению массажа. Рассказано о сочетании приемов лечебного, рефлекторно-сегментарного и точечного массажа. Описаны приемы массажа при заболеваниях отдельных органов и систем. Издание предназначено учащимся медицинских училищ и колледжей.