

# **ЛІКУВАЛЬНИЙ МАСАЖ**

Тернопіль  
“Укрмедкнига”  
2005

ББК  
А  
УДК

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

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

Вакуленко Л.О. та ін.

А **Лікувальний масаж.** – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 448 с.

ISBN

У підручнику висвітлені загальні анатомічні та фізіологічні основи, види та техніка лікувального масажу, правила призначення та проведення процедури масажу, основи лікувальної фізкультури, особливості поєднання масажу з іншими немедикаментозними методами лікування. Описані клінічна характеристика, методичні особливості, техніка і методика масажу при захворюваннях та травмах опорно-рухового апарату, нервової системи, внутрішніх органів, шкіри, статевої та ендокринної систем, при порушеннях обміну речовин, після оперативних втручань, в урології, педіатрії. Велика кількість схем, рисунків, таблиць робить підручник більш доступним і зрозумілим.

Для післядипломної підготовки (спеціалізація та удосконалення) спеціалістів із масажу, викладачів та студентів вищих медичних навчальних закладів, масажистів, спеціалістів із сімейної медицини, лікарів-реабілітологів та всіх, хто цікавиться масажем.

**Автори висловлюють щирю вдячність: Ірині Березі, Руслані Осовалюк, Ользі Шевчук, Олегу Грималюку, Захару Прилуцькому, Павлу Прилуцькому за допомогу у підготовці підручника.**

ББК  
УДК

ISBN

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

## Зміст

**Вступ** .....

### З а г а л ь н а ч а с т и н а

Розділ 1. **Загальні анатомічні та фізіологічні основи масажу** .....

Розділ 2. **Види масажу** .....

Розділ 3. **Техніка масажу** .....

Розділ 4. **Анатомо-топографічні дані та техніка масажу окремих ділянок тіла** .....

Розділ 5. **Організація праці масажиста. Піголовка спеціалістів з масажу** ....

Розділ 6. **Призначення масажу. Проведення процедури масажу** .....

Розділ 7. **Лікувальна фізична культура** .....

Розділ 8. **Поєднання масажу з іншими методами лікування** .....

### С п е ц і а л ь н а ч а с т и н а

Розділ 9. **Окремі методики і техніка лікувального масажу**

9.1. Масаж при травмах опорно-рухового апарату .....

9.2. Масаж при захворюваннях суглобів .....

9.3. Масаж при захворюваннях і травмах центральної та периферійної нервової системи .....

9.4. Масаж при захворюваннях серцево-судинної системи .....

9.5. Масаж при захворюваннях дихальної системи .....

9.6. Масаж при захворюваннях травної системи .....

9.7. Масаж при захворюваннях ендокринної системи та порушенні обміну речовин .....

9.8. Масаж після оперативних втручань на органах черевної та грудної порожнини .....

9.9. Масаж при захворюваннях статевих систем .....

9.10. Масаж в урології .....

9.11. Масаж при захворюваннях шкіри .....

9.12. Масаж у дитячій практиці .....

Розділ 10. **Термінальні стани, їх класифікація, основи реанімації** .....

**Додаток** .....

**Література** .....

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

**Dollinger, 1899**

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

**Захар Прилуцький, 2003**

## ВСТУП

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

### Розділ 1

#### ЗАГАЛЬНІ АНАТОМІЧНІ ТА ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МАСАЖУ

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

##### **Відмінні особливості масажу.**

Природний метод впливу на організм.

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

Має загальнозміцнювальний та місцевий вплив.

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

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

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

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

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

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

#### **Фізіологічний механізм впливу масажу**

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

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

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

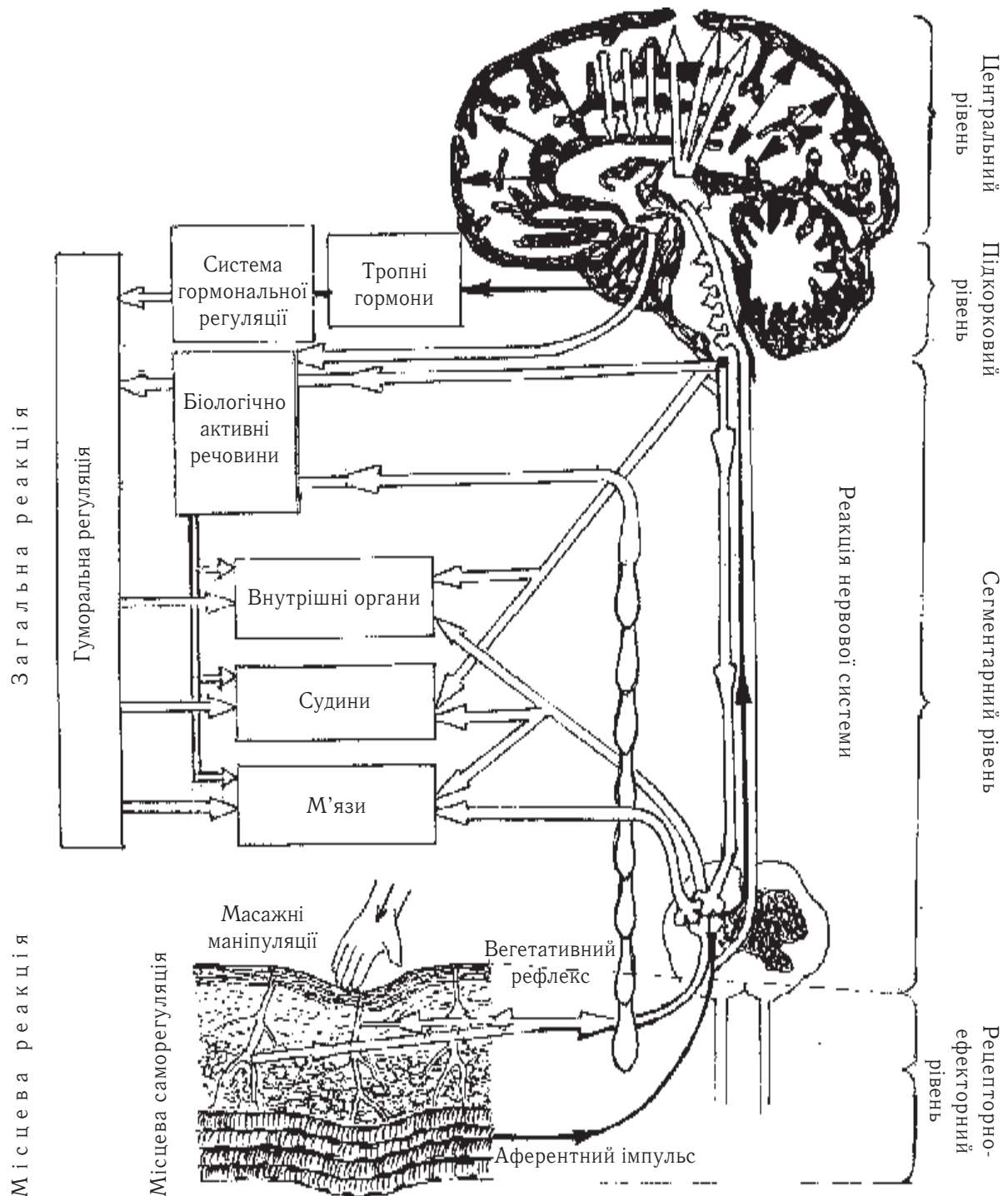


Рис. 1. Схема реакцій організму на застосування лікувального масажу.

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

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

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



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

### Вплив масажу на шкіру

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

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

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



залоз, які можуть виділити за добу від 600 і навіть до 1 400 г поту. Загальна потовидільна поверхня шкіри становить близько 5 м<sup>2</sup>, тоді як у нирок вона складає близько 8 м<sup>2</sup>. Число сальних залоз, розміщених у шкірі, становить близько 25 000. За добу здорова людина може виділити до 20 г сала. Шкіра бере участь у теплорегуляції організму, обміні речовин, виконує функцію дихання. Це депо енергетичних запасів.

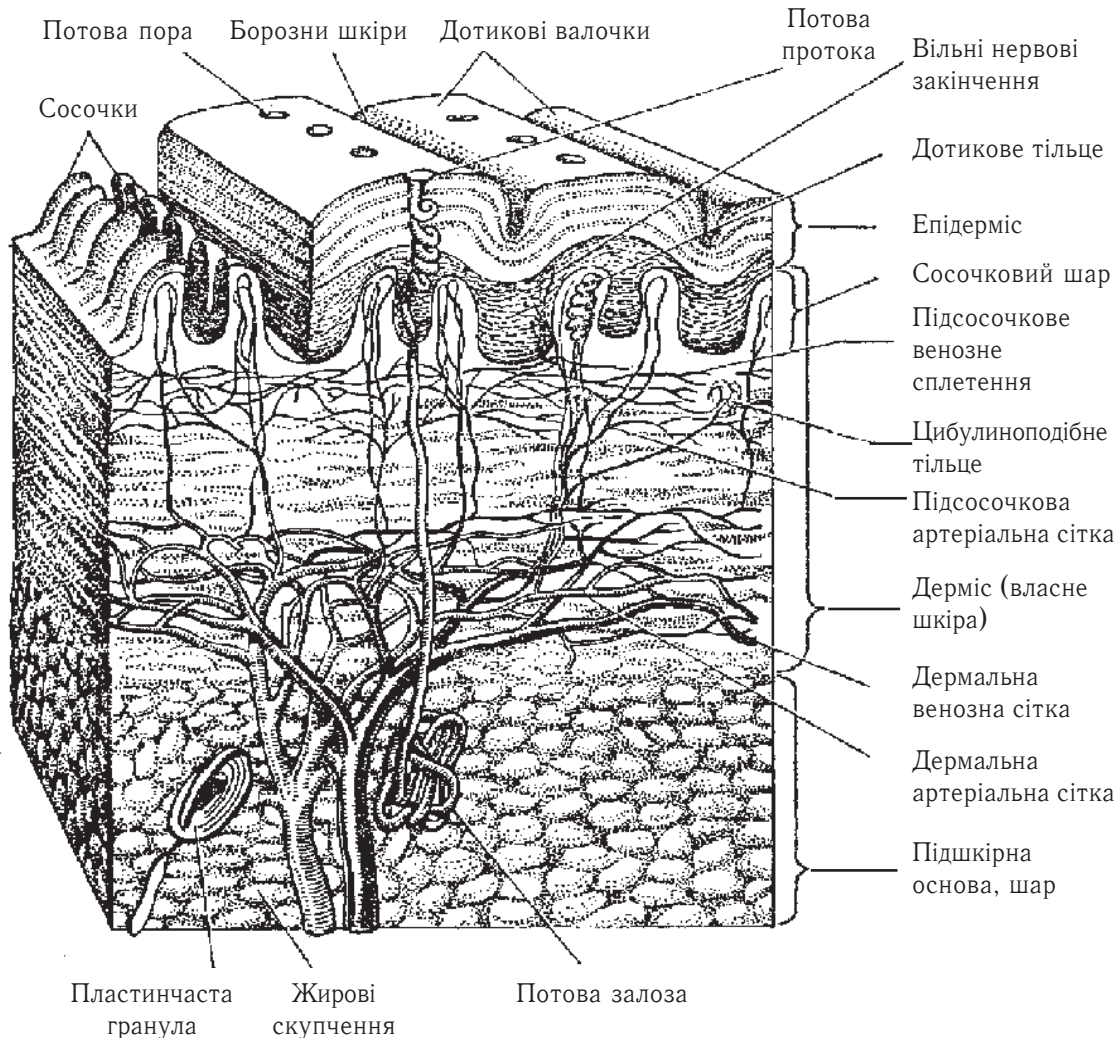


Рис. 2. Будова шкіри (Kiss, Srentagothai).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Вплив масажу на шкіру такий:

- під впливом масажу злущуються і видаляються змертвілі клітини епідермісу;

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

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

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

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

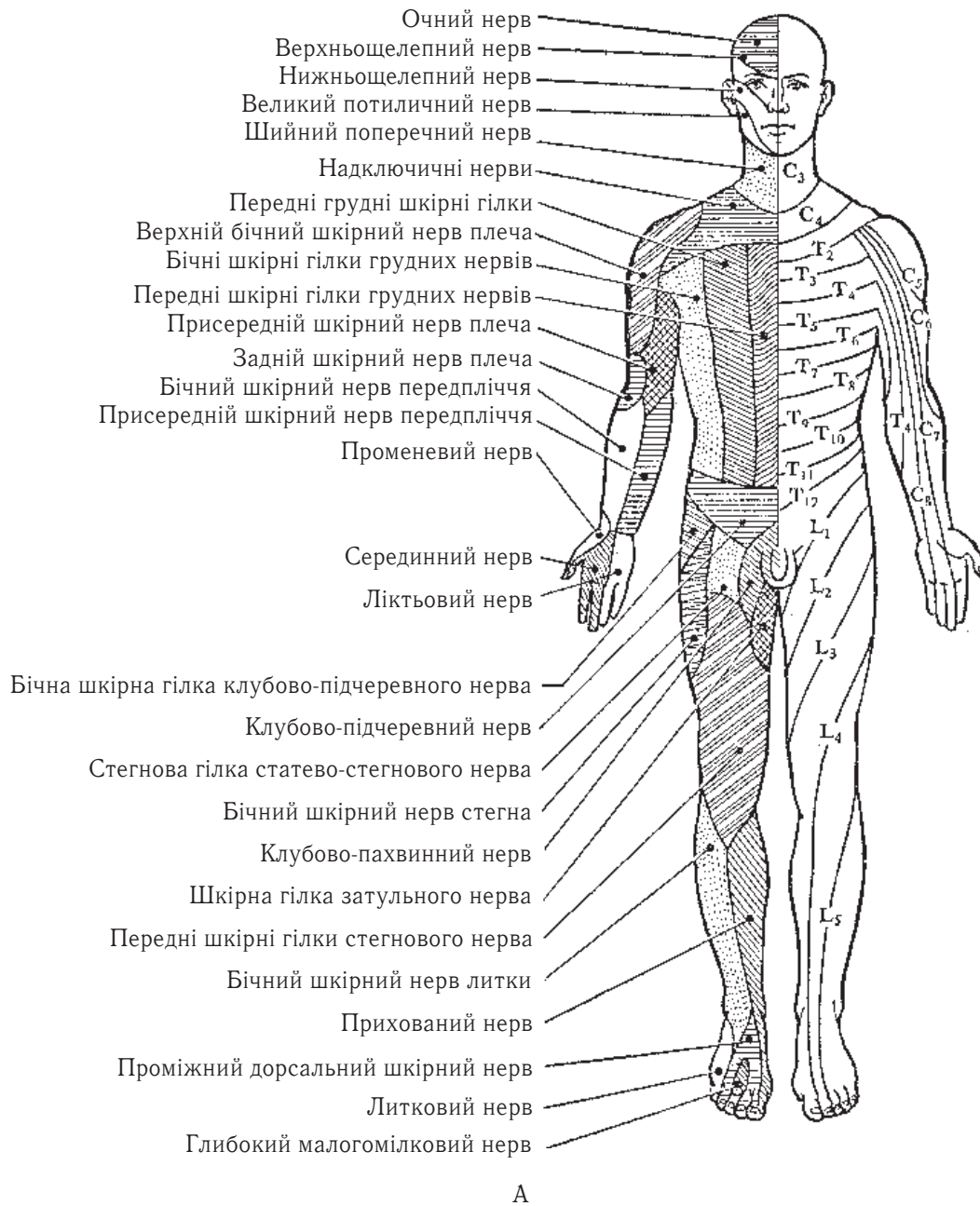


Рис. 3. Схема сегментарної та шкірної іннервації (А.П. Ромоданов та співавт., 1979): А – спереду.

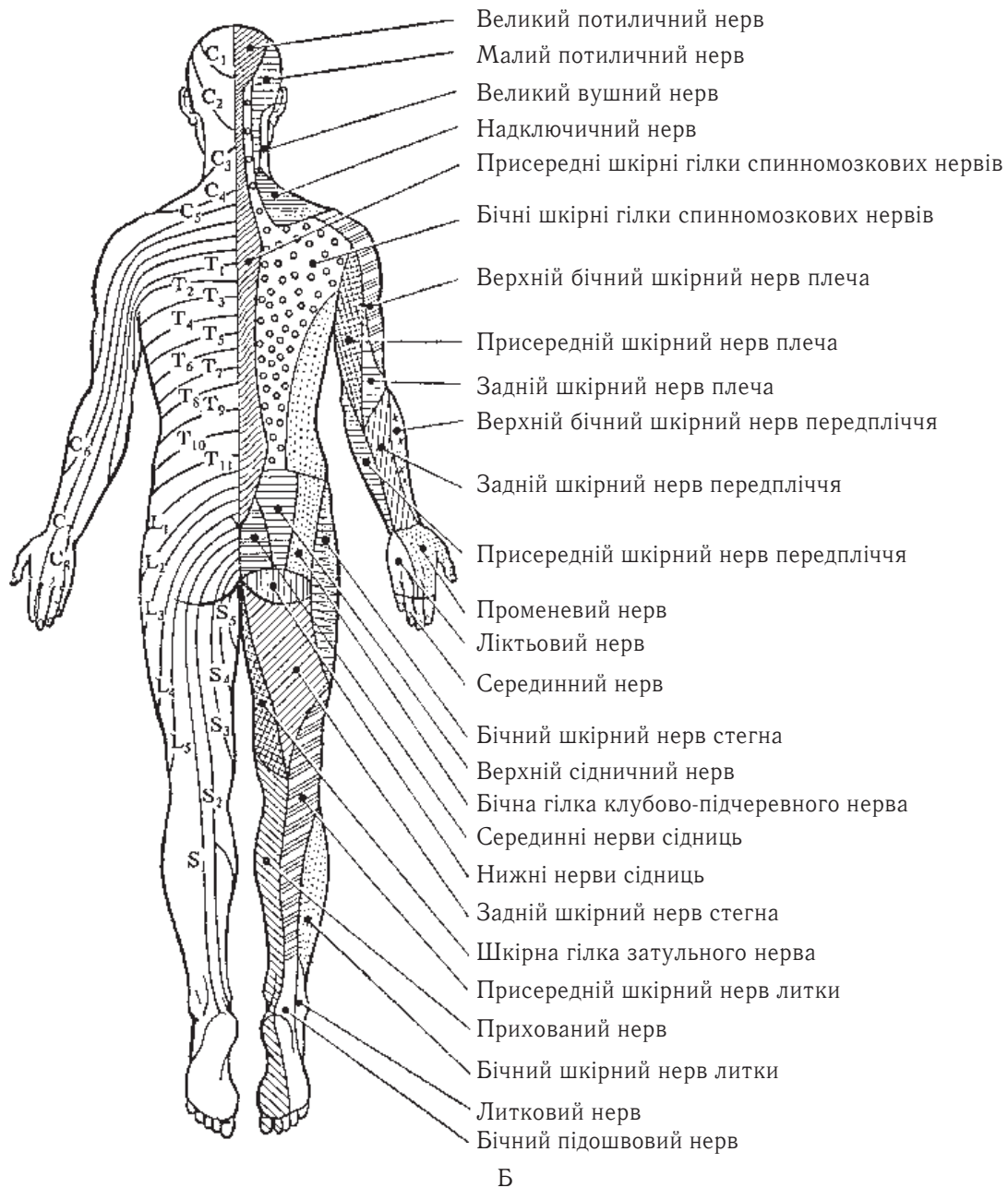


Рис. 3 (продовження). Схема сегментарної та шкірної іннервації (А.П. Ромоданов та співавт., 1979):  
 Б – ззаду.

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

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

### Вплив масажу на нервову систему

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

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

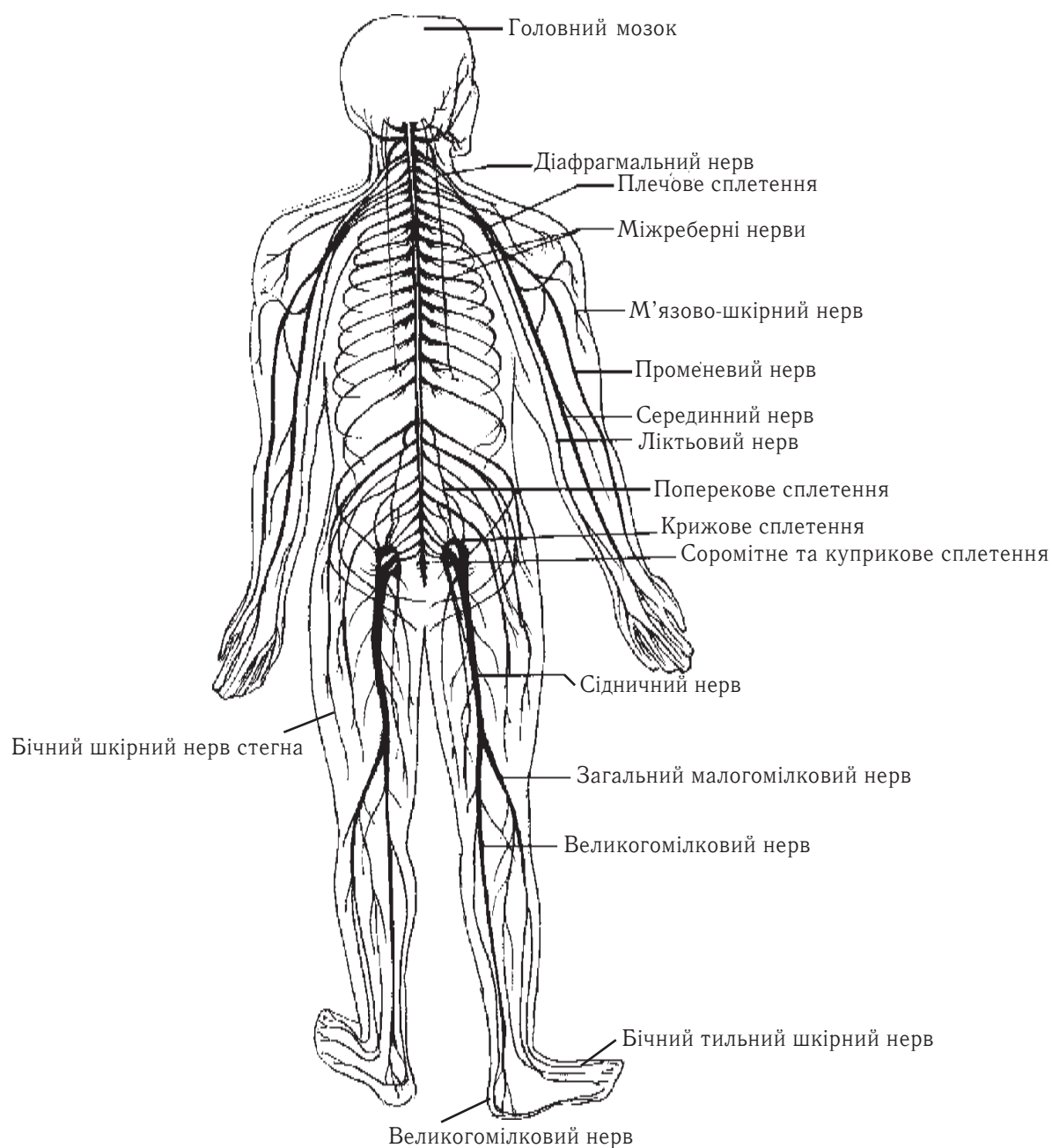


Рис. 4. Центральна і периферійна нервова система.



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

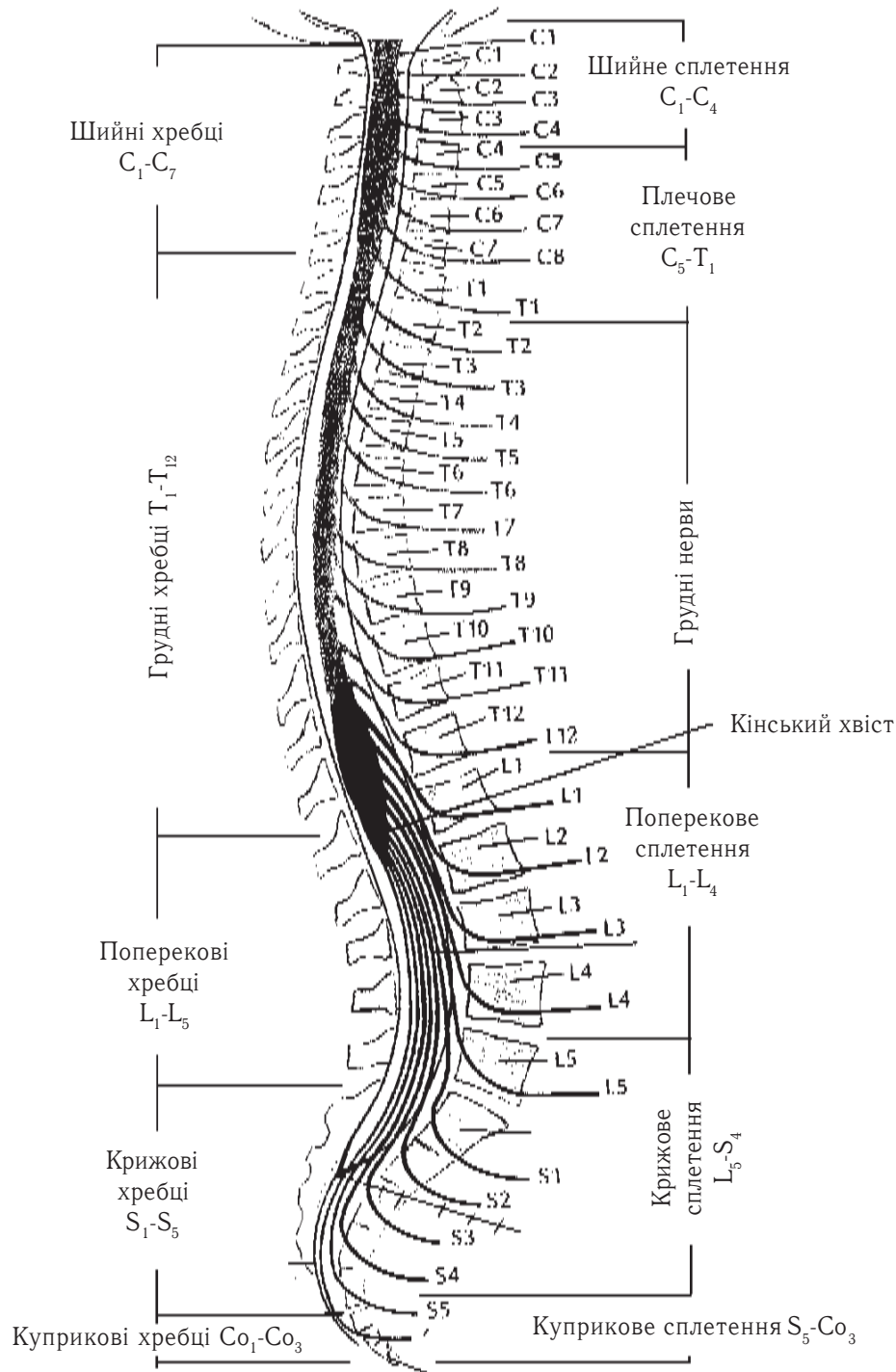


Рис. 5. Спинний мозок (вигляд збоку). Сплетення спинномозкових нервів.

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

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

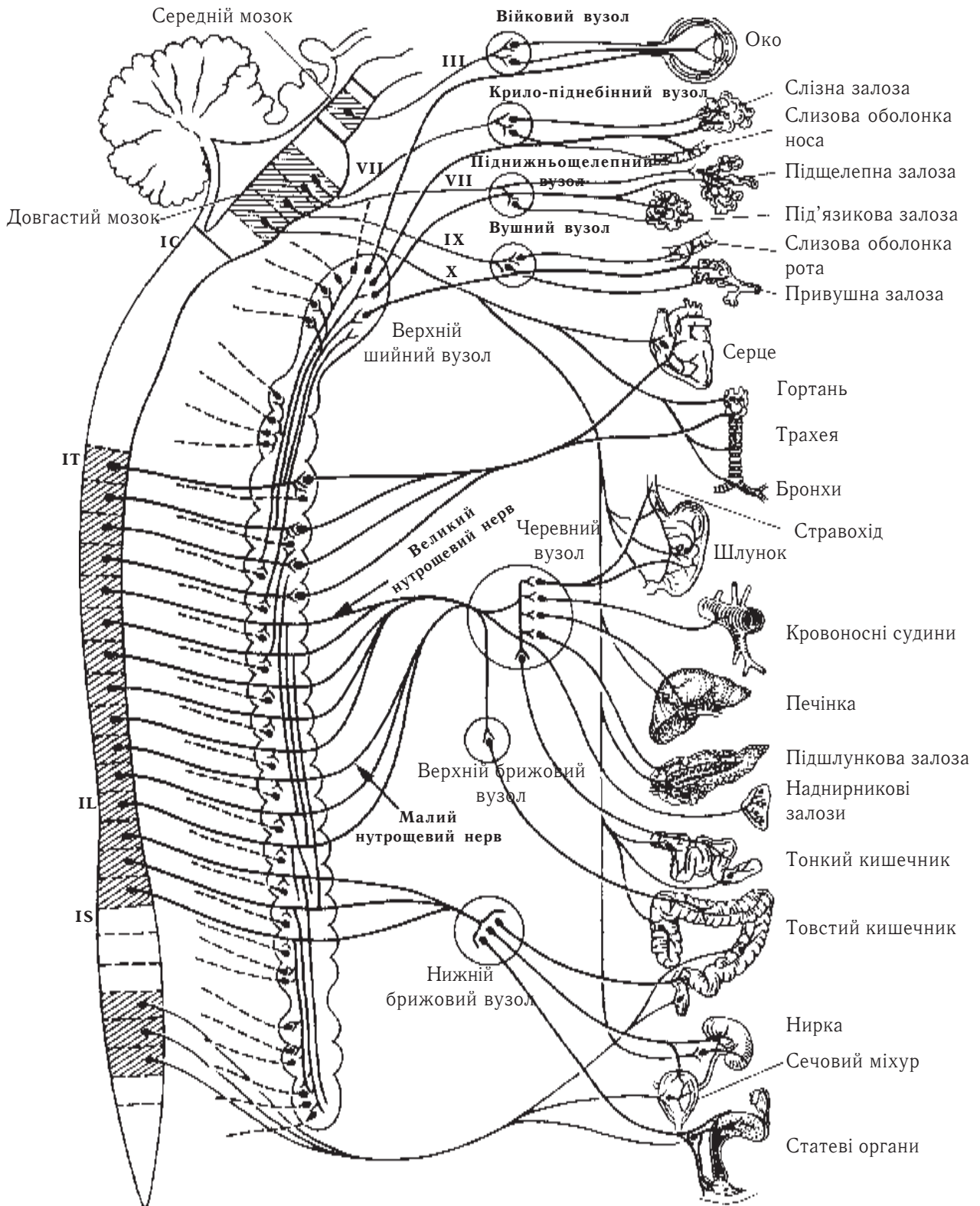


Рис. 6. Схема будови і зв'язків вегетативної нервової системи.

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

Таблиця 1

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

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

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

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

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

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



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

Таблиця 2

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

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

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

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

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

### Механізм гуморального впливу масажу на організм

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

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

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

### Вплив масажу на лімфатичну систему

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

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

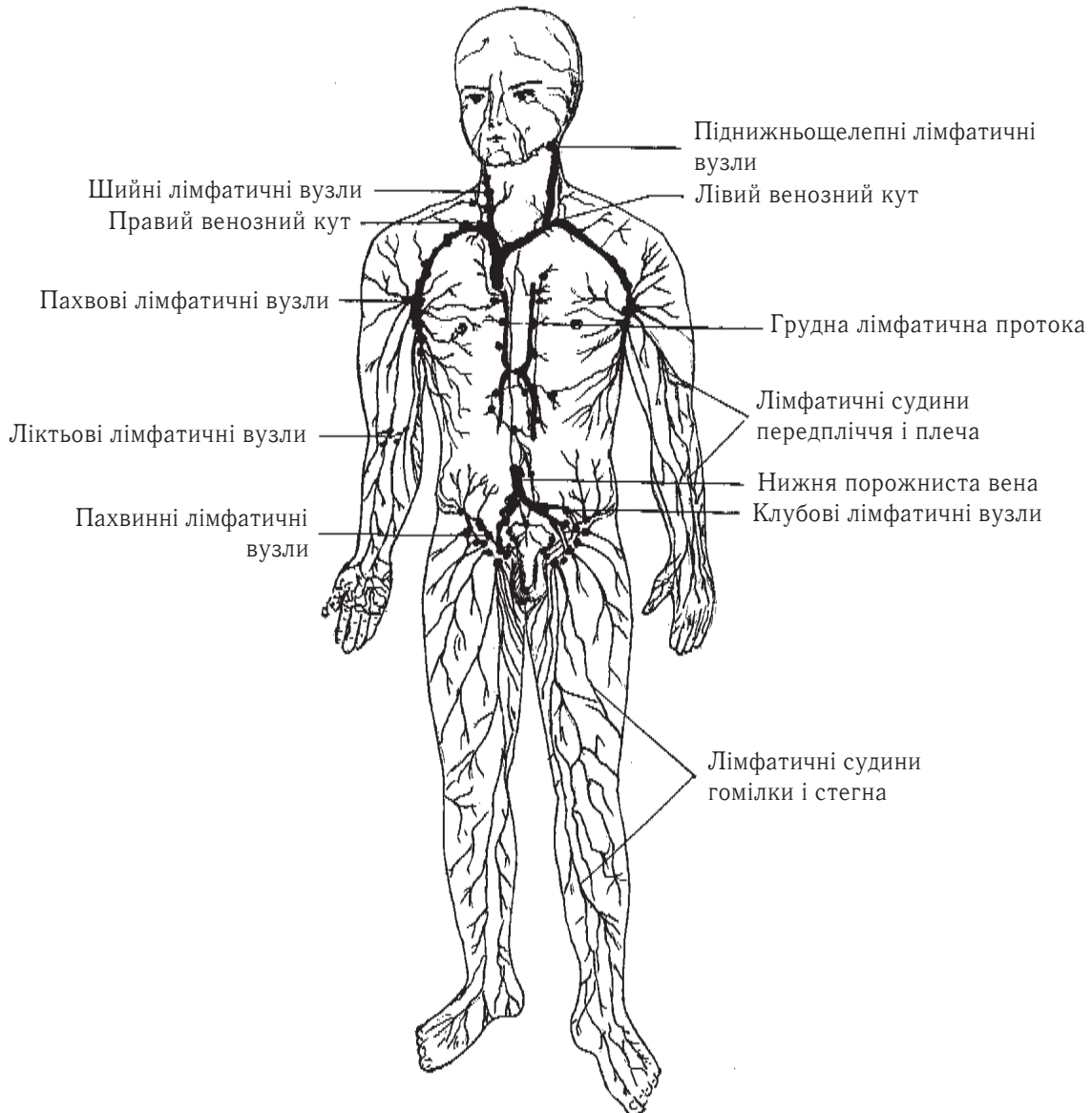


Рис. 7. Лімфатична система.

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

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

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

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

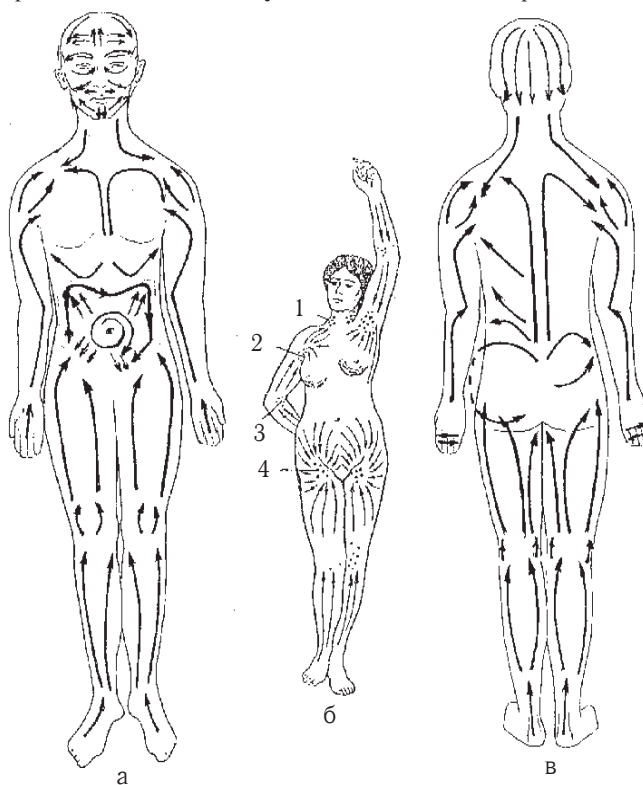


Рис. 8. Схема розміщення груп регіональних лімфатичних вузлів та напрямку руху лімфи по них (б): 1 – шийні лімфатичні вузли; 2 – пахвові лімфатичні вузли; 3 – ліктьові лімфатичні вузли; 4 – пахвинні лімфатичні вузли. Напрямок масажних рухів на передній (а) та задній (в) поверхнях тіла.

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

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

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

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

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

### **Вплив масажу на серцево-судинну систему**

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

Вплив масажу на серцево-судинну систему здійснюється нервово-рефлекторним, гуморальним та механічним шляхами. Це проявляється перш за все розширенням судин та збільшенням кількості функціональних капілярів. Krogh (1922) показав, що під впливом масажу в м'язі число розкритих капілярів на 1 мм<sup>2</sup> поперечного розрізу збільшується з 31 до 1400, а загальна місткість капілярів зростає у 140 і більше разів. На стан судинних стінок впливають хімічні речовини, що появляються в крові в процесі масажу (адреналін, гістамін, гістаміноподібні речовини, ацетилхолін, аденозинтрифосфорна кислота та ін.). Увесь складний комплекс, що відбувається під час масажу і впливає на кровообіг, координується центральною нервовою системою, яка регулює не тільки величину просвіту судин, але і проникність стінок капілярів, змінюючи обмін між кров'ю та тканинами навіть у ділянках, віддалених від місця масажу.

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

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

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



Рис. 9. Кровоносна система.

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

### Вплив масажу на м'язи

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



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

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

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

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

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

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

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

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

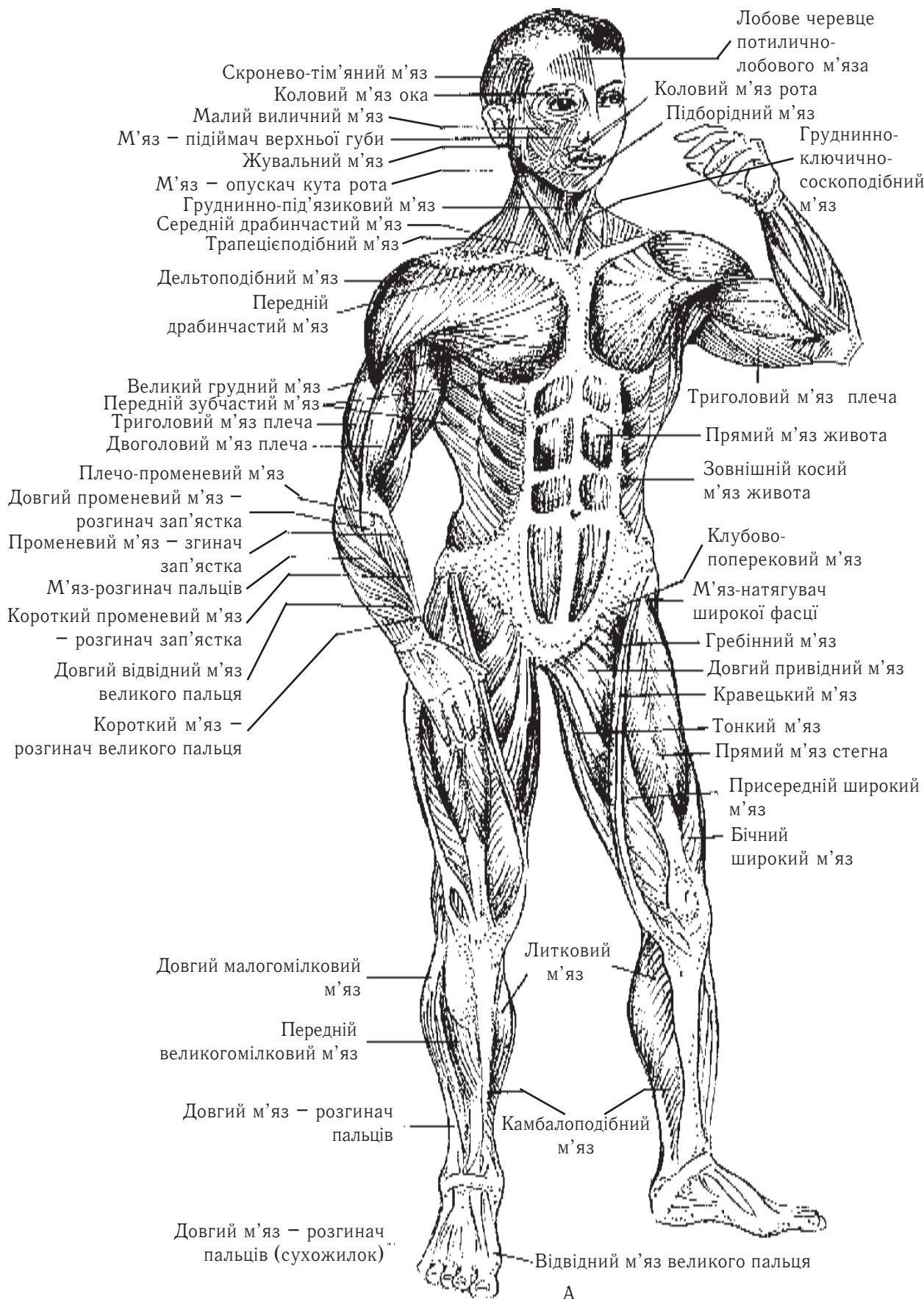


Рис. 10. М'язи тіла людини: А – вигляд спереду.

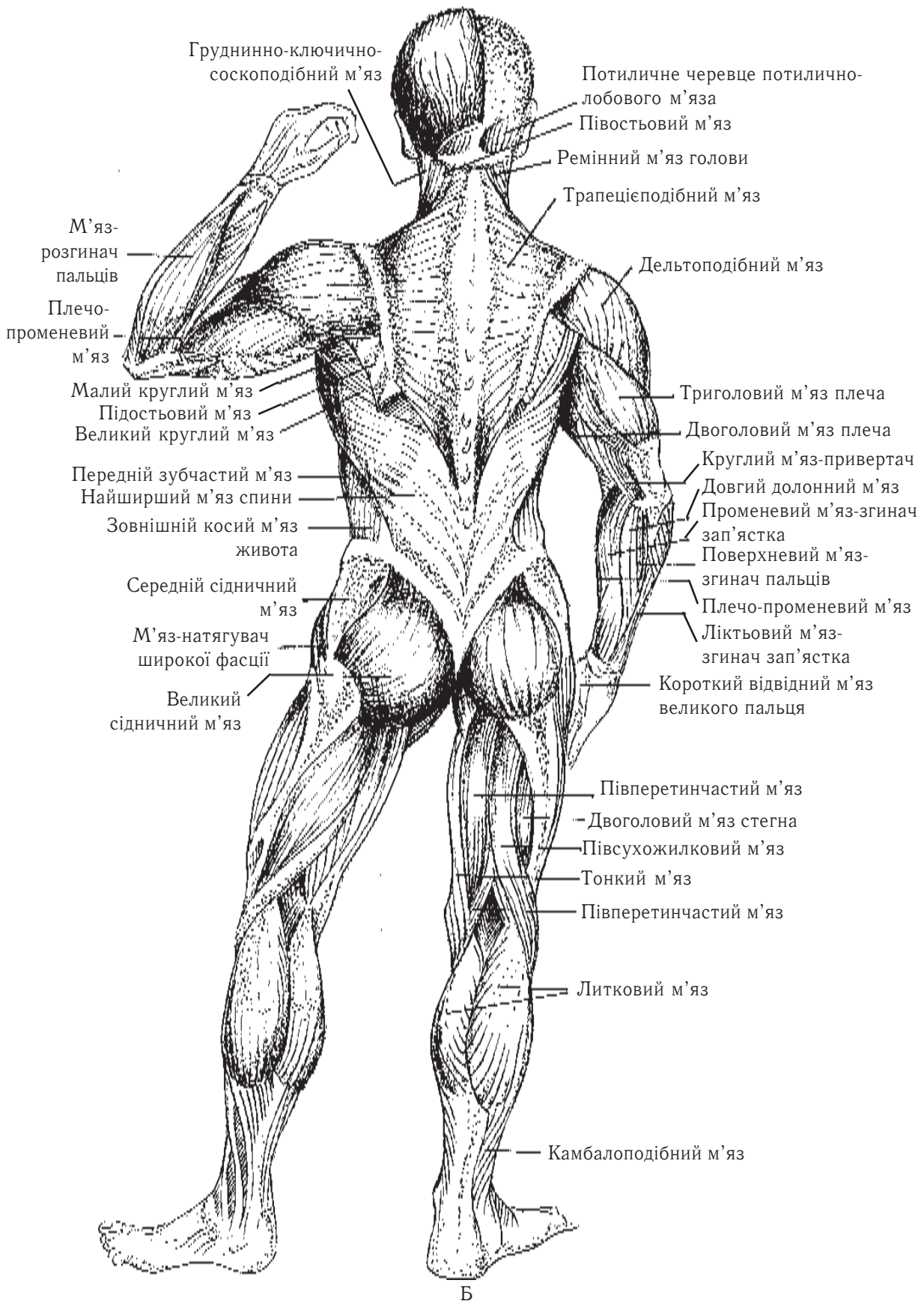


Рис. 10 (продовження). М'язи тіла людини: Б – вигляд ззаду.



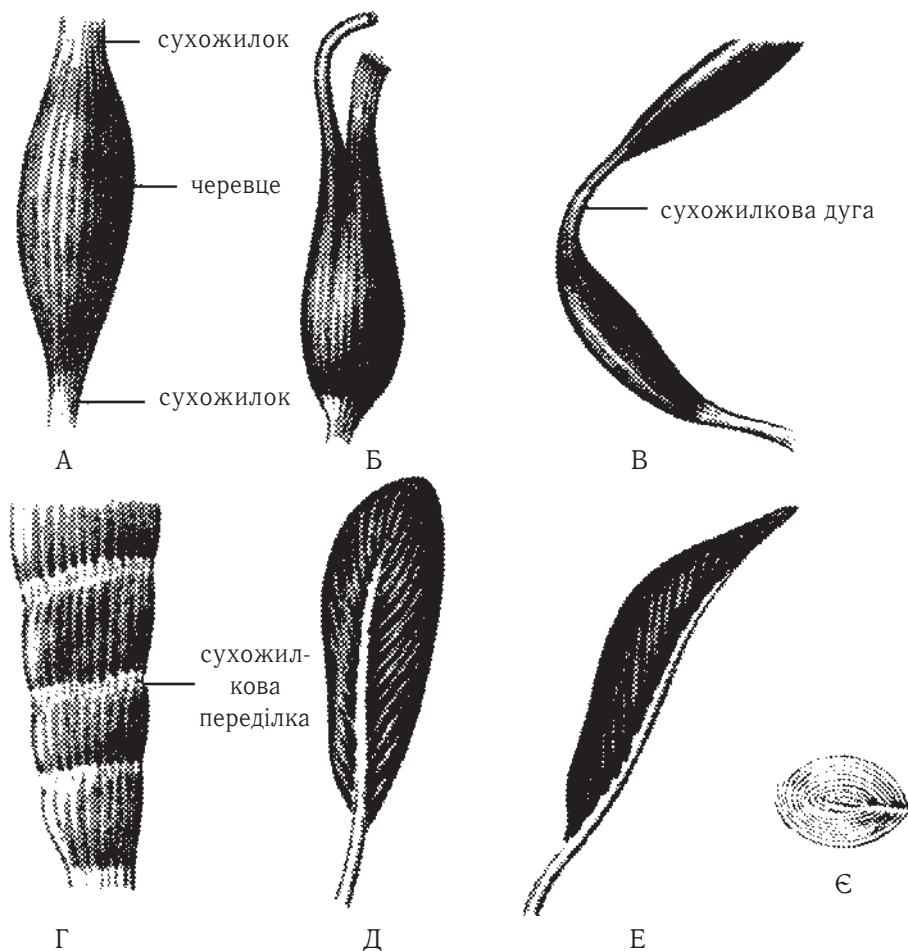


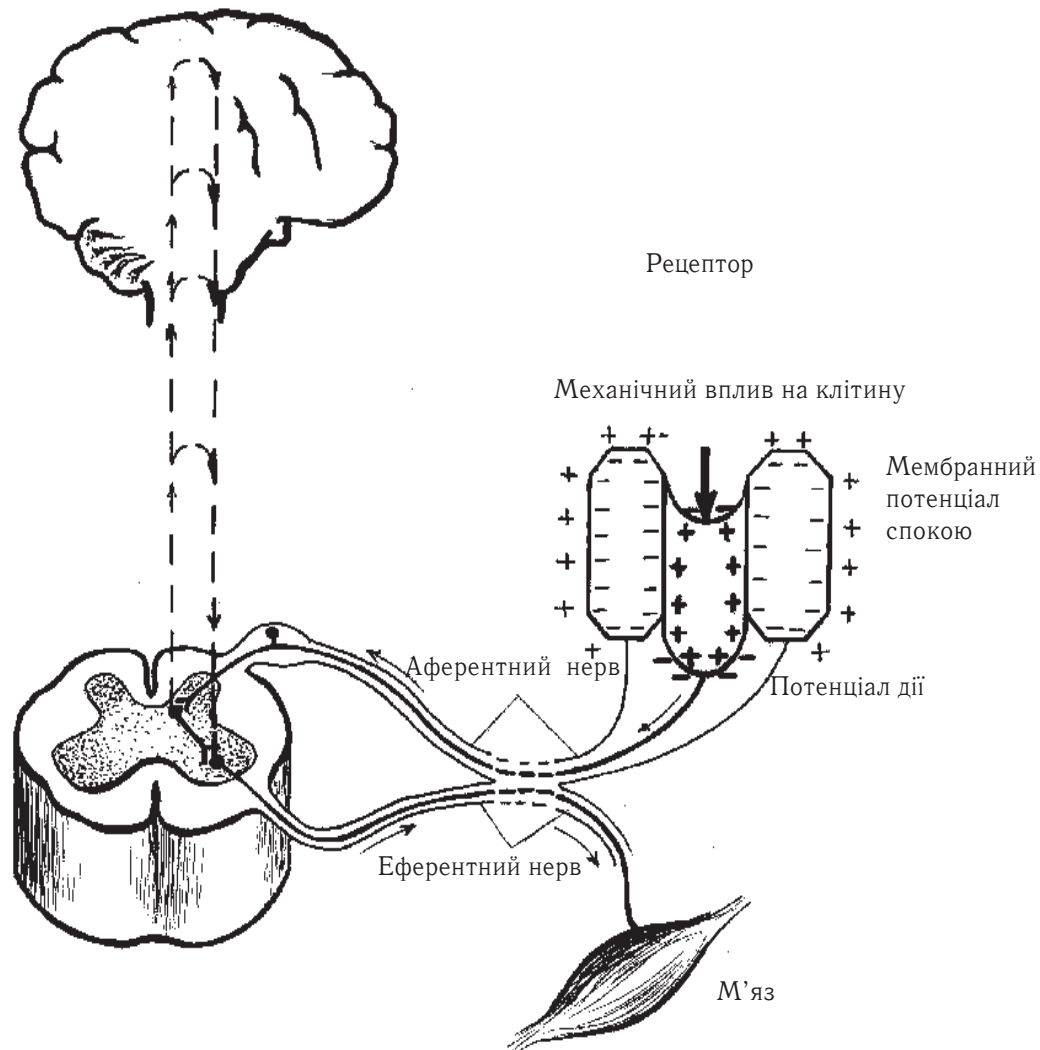
Рис. 11. Форма м'язів та напрямок м'язових пучків: А – веретеноподібний м'яз; Б – двоголовий м'яз, В – двочеревцевий м'яз, Г – м'яз з сухожилковими переділками; Д – двоперистий м'яз, Е – одноперистий м'яз, Є – коловий м'яз.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

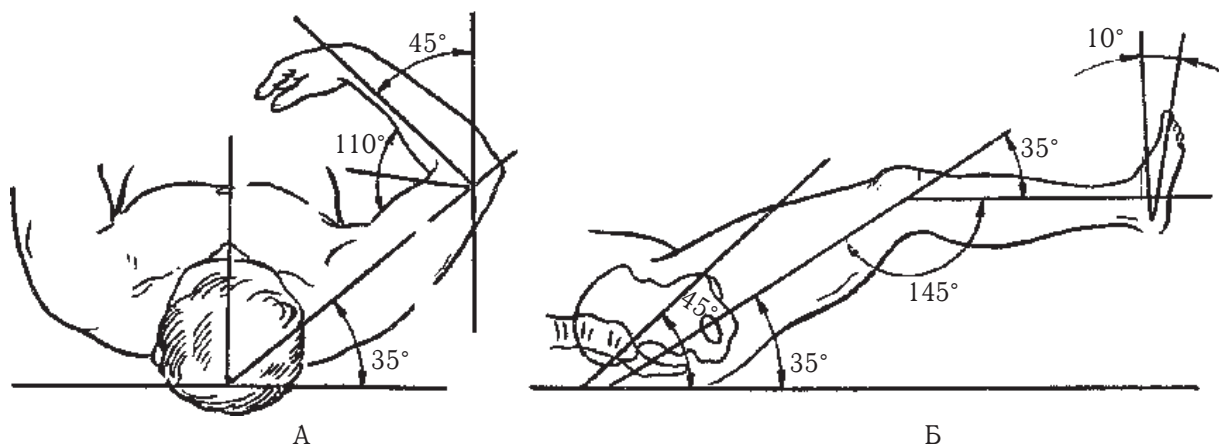


Рис. 13. Середнє фізіологічне положення: А – верхньої кінцівки; Б – нижньої кінцівки.

Для м'язів верхньої кінцівки середньофізіологічне положення буде:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Вплив масажу на внутрішні органи**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Вплив масажу на обмін речовин, газообмін, видільну функцію**

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

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

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

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

### **Вплив масажу на зв'язково-суглобовий апарат**

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



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

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

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

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

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

У результаті цього:

- покращуються окисно-відновні процеси, що попереджує розвиток дистрофічних змін у суглобах;

- прискорюється виділення продуктів обміну, розсмоктування набряків, випотів та патологічних відкладень у суглобах, зменшуються застійні явища в них;

- стимулюються регенеративні процеси в суглобах та навколишніх тканинах при травмах, попереджується розвиток атрофій;

- збільшуються еластичність та рухомість суглобів, зміцнюються м'язово-сухожилко-періартикулярні комплекси;

- прискорюється відновлення функції суглобів, попереджується розвиток контрактур;

- використання масажу перед тренуванням і змаганням є ефективним засобом підвищення функціональної здатності суглобів та попередження травматизації в спорті.

### **Вплив масажу на психоемоційний стан**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Масаж зменшує чутливість людини до негативного впливу факторів зовнішнього середовища.

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

#### Контрольні питання і завдання до розділу

### “ЗАГАЛЬНІ АНАТОМІЧНІ ТА ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МАСАЖУ”

#### Контрольні питання

1. Визначення поняття “масаж”. Відмінні особливості масажу.
2. Механізм перетворення механічної енергії масажних маніпуляцій в нервеве збудження. Значення сили, тривалості та глибини впливу при виконанні прийомів масажу.
3. Вплив масажу на шкіру. Чутливість шкіри в різних ділянках тіла людини. Зони Захар'їна-Геда на шкірі.
4. Вплив масажу на нервову систему. Фізіологічна дія симпатичного та парасимпатичного нервів.
5. Сегментарна іннервація внутрішніх органів. Рефлекторні зони, сегментарно пов'язані з внутрішніми органами.
6. Механізм гуморального впливу масажу на організм.
7. Вплив масажу на лімфатичну систему. Напрямок масажних рухів при проведенні масажу.
8. Вплив масажу на серцево-судинну систему.
9. Вплив масажу на м'язи та зв'язково-суглобовий апарат. 10. Середньофізіологічне положення при проведенні масажу кінцівок.
11. Вплив масажу на внутрішні органи та обмін речовин.
12. Вплив масажу на психоемоційний стан.

#### Завдання

1. Навчіться надавати середньофізіологічного положення для проведення масажу кінцівок.
2. Навчіться натискати першим, другим, другим-четвертим пальцями та опорною частиною кисті правої руки на передпліччя лівої руки і навпаки з різною силою, глибиною, швидкістю, тривалістю. Зверніть увагу на відчуття в пальцях і місцях натискування, які виникають при цьому.

## Розділ 2

### ВИДИ МАСАЖУ

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

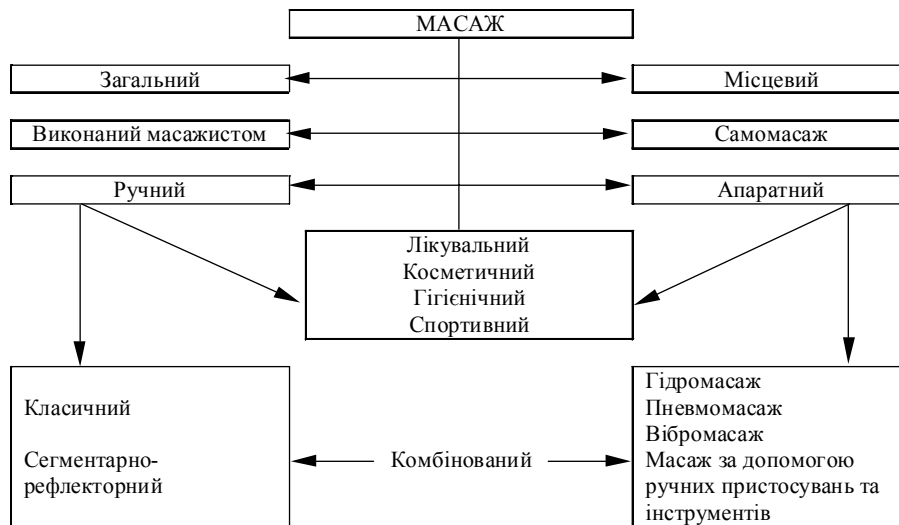


Схема 2. Основні види масажу.

### Лікувальний масаж

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

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

#### Ручний (мануальний) масаж

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

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



### **Класичний масаж**

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

### **Сегментарно-рефлекторний масаж**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

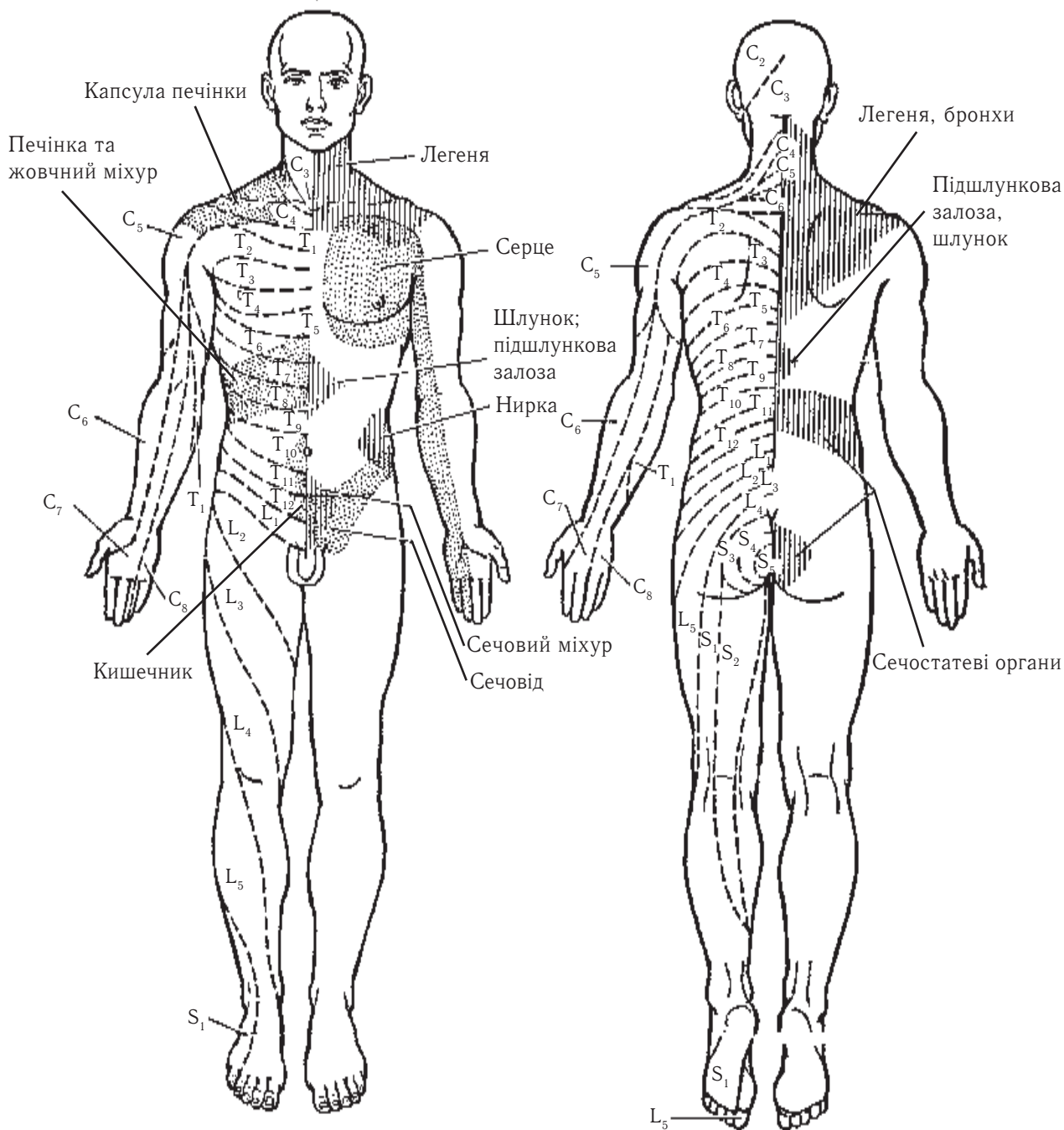


Рис. 14. Зони Захар'їна-Геда на тулубі.

Таблиця 3

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

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

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

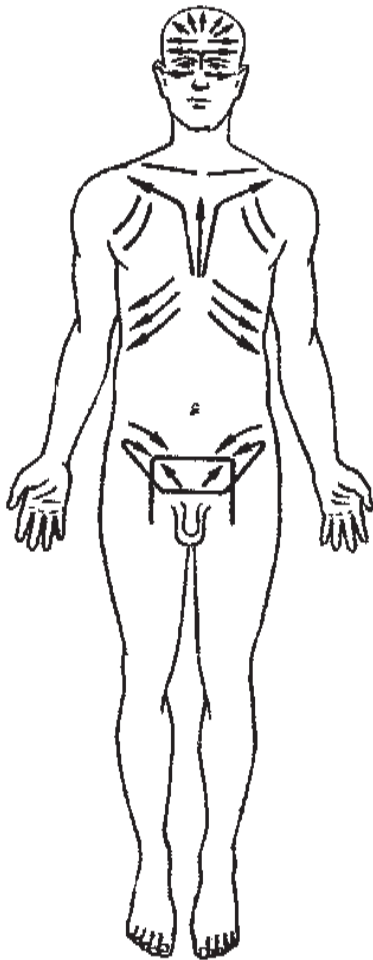


Рис. 15. Масажні лінії для проведення сегментарного масажу спереду.

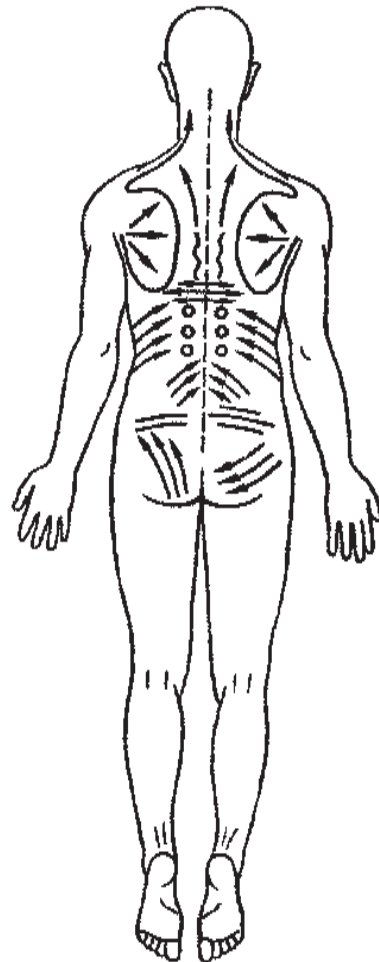


Рис. 16. Масажні лінії для проведення сегментарного масажу ззаду.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

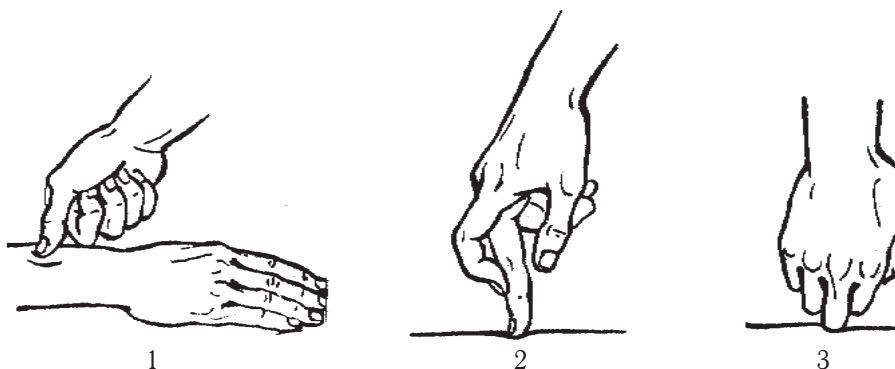


Рис. 17. Точковий масаж: 1 – великим пальцем; 2 – середнім пальцем, 3 – середньою фалангою зігнутого пальця.



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

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

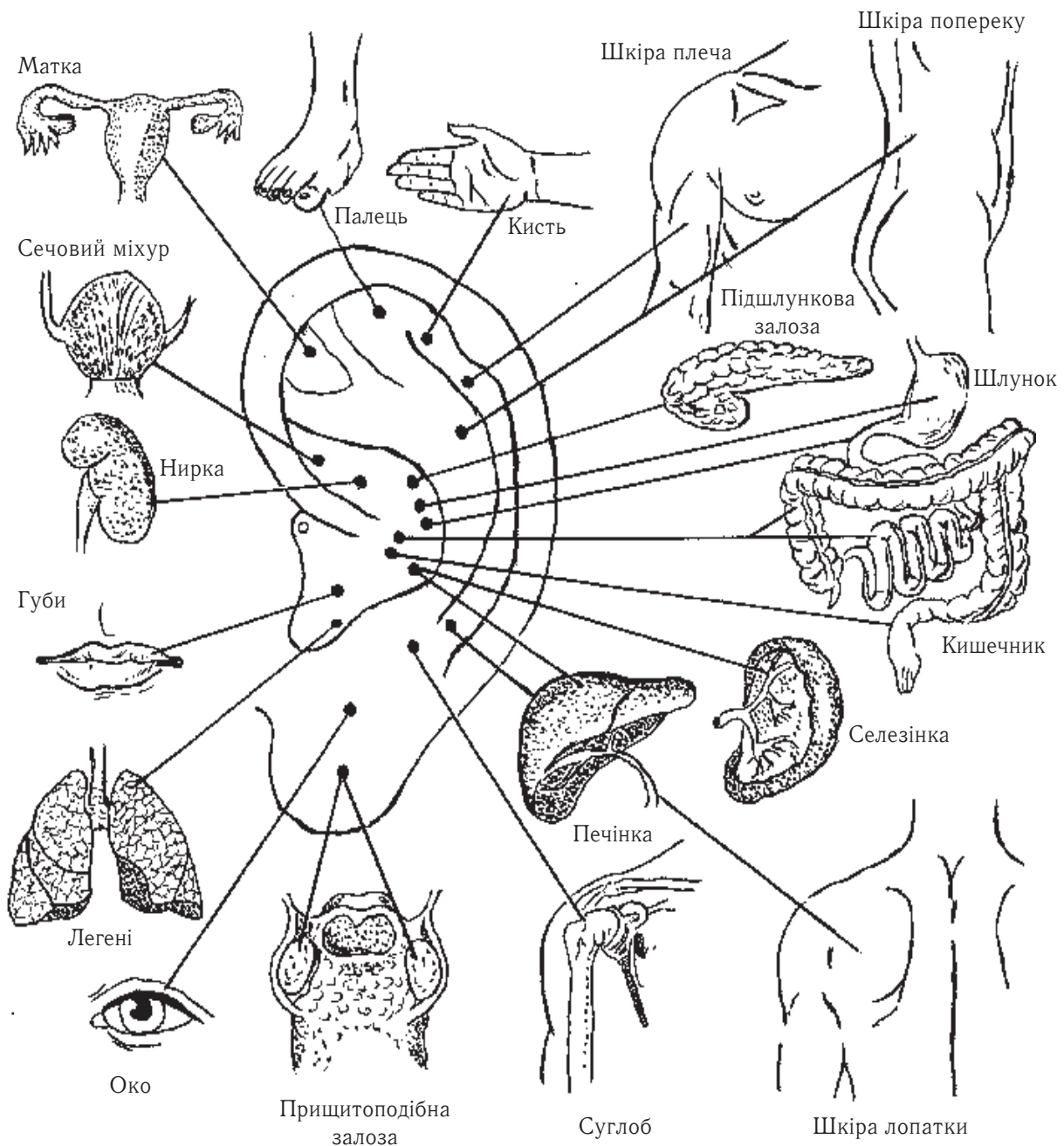


Рис. 18. Проекційні зони внутрішніх органів та частин тіла людини на вушній раковині (В.Ф. Корягін, 1981).

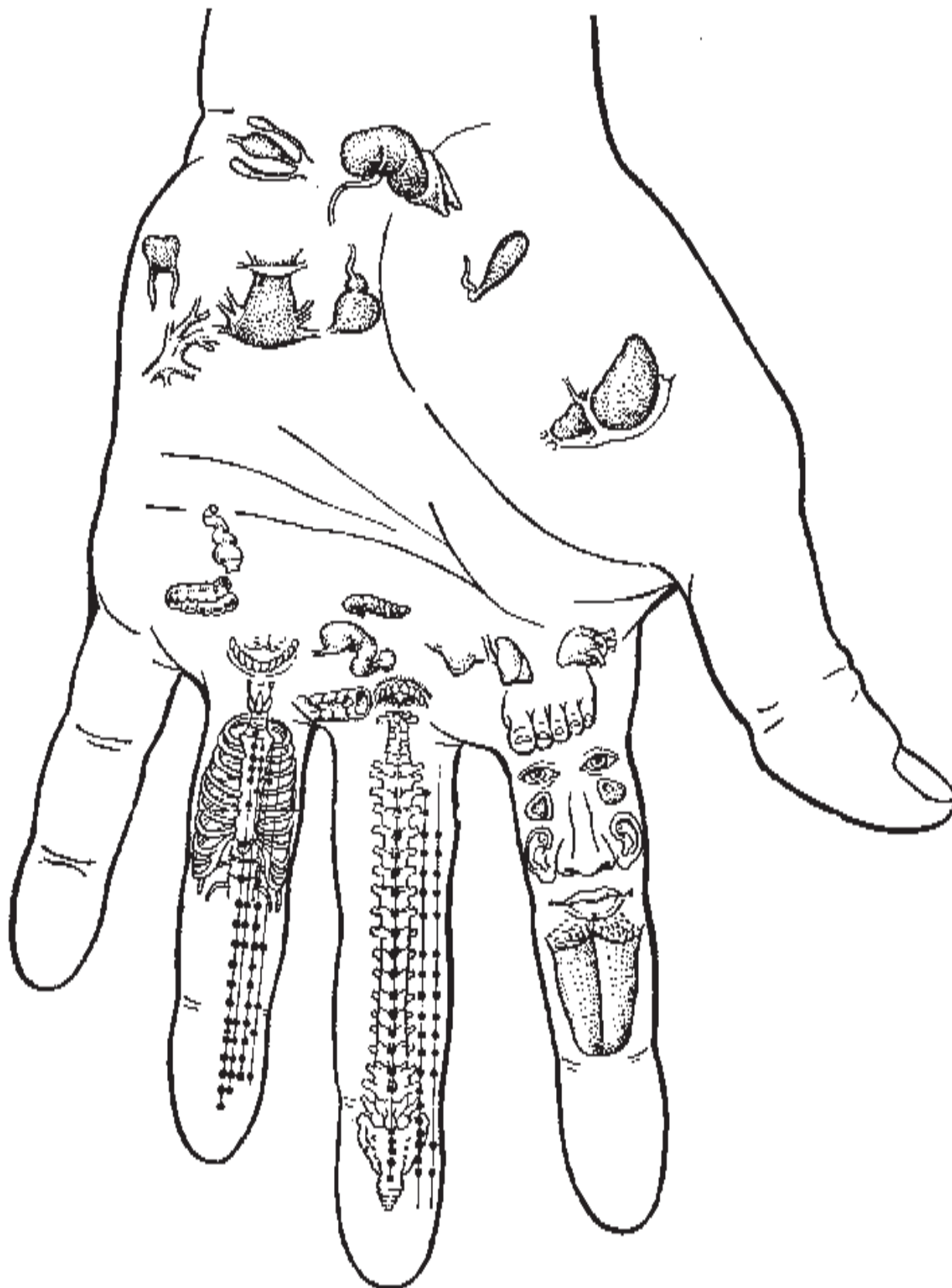


Рис. 19. Проекційні зони внутрішніх органів та частин тіла людини на кистях рук (Ф. Кондаров, 1985).

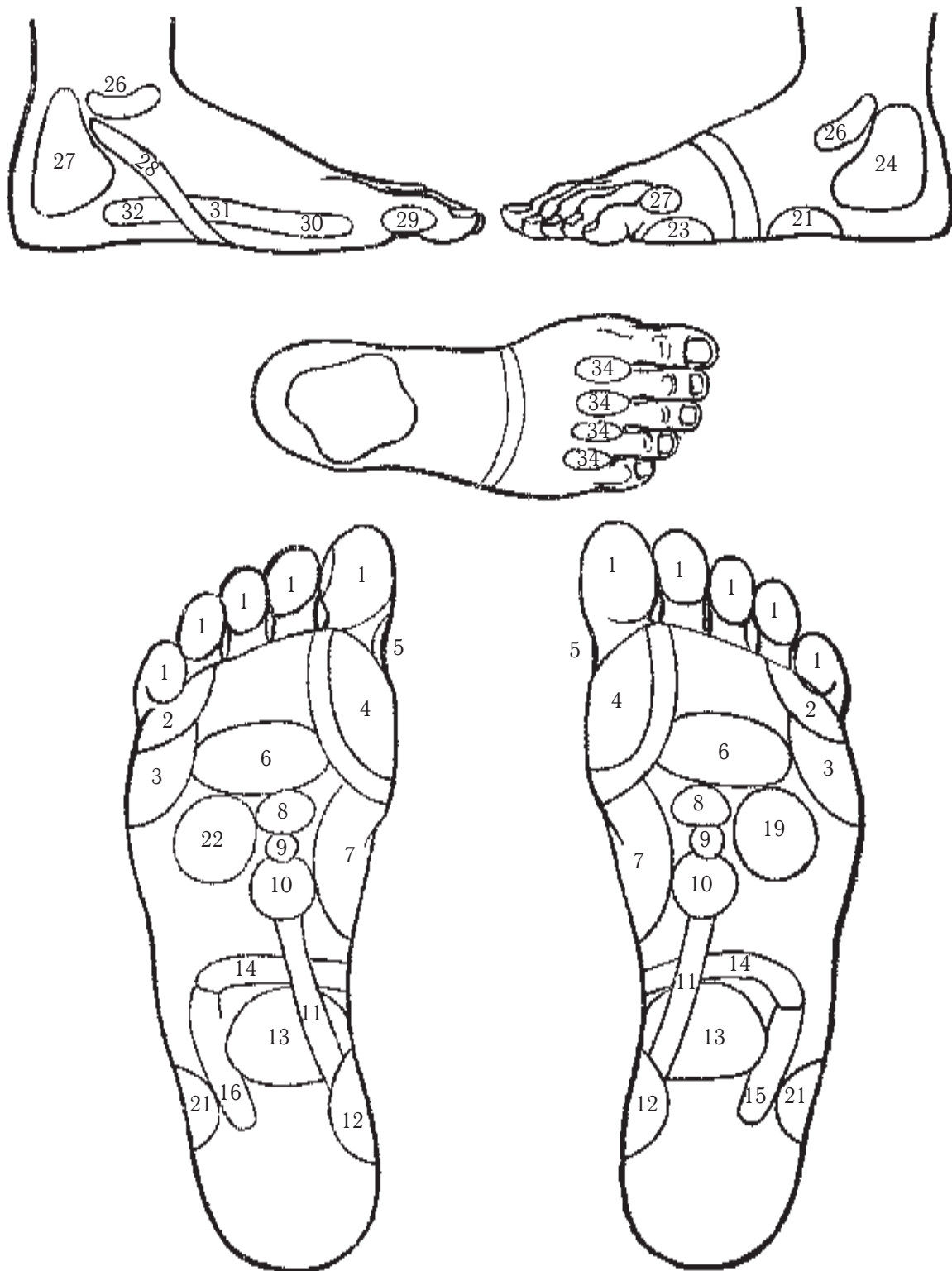


Рис. 20. Рефлексогенні зони стопи (А. Бірах, 1985):

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



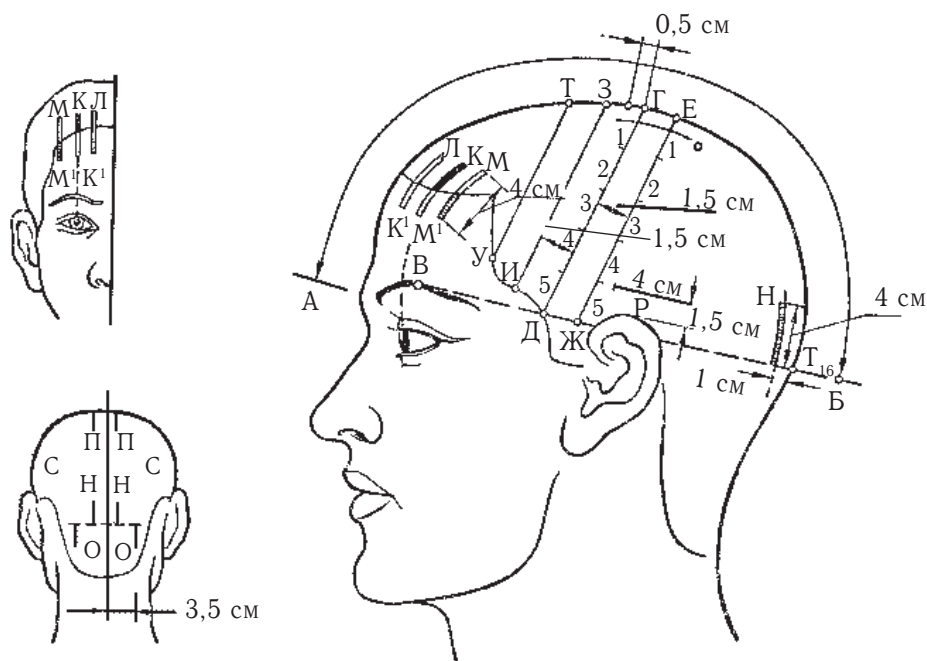


Рис. 21. Основні зони краніопунктури (Є.Л. Мачерет, І.З. Самосюк, 1986): Г-Д – моторна зона (4,5 – мовна зона №1); Є-Ж – сенсорна зона; З-И – антипаркінсонова зона; Т-У – судинна зона; К – зона шлунка; К<sup>1</sup> – зона печінки і жовчного міхура; Л – зона грудної клітки; М – зона геніталій; М<sup>1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

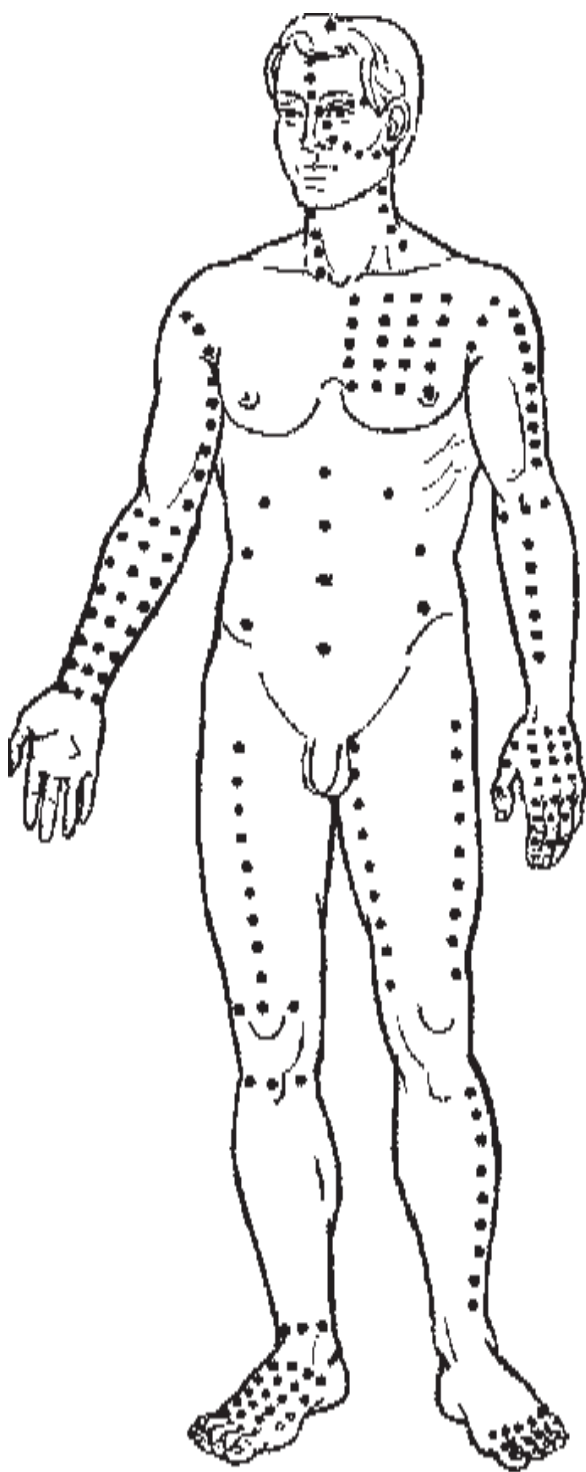
Рис. 22. Положення пальців при проведенні скальпотерапії.

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

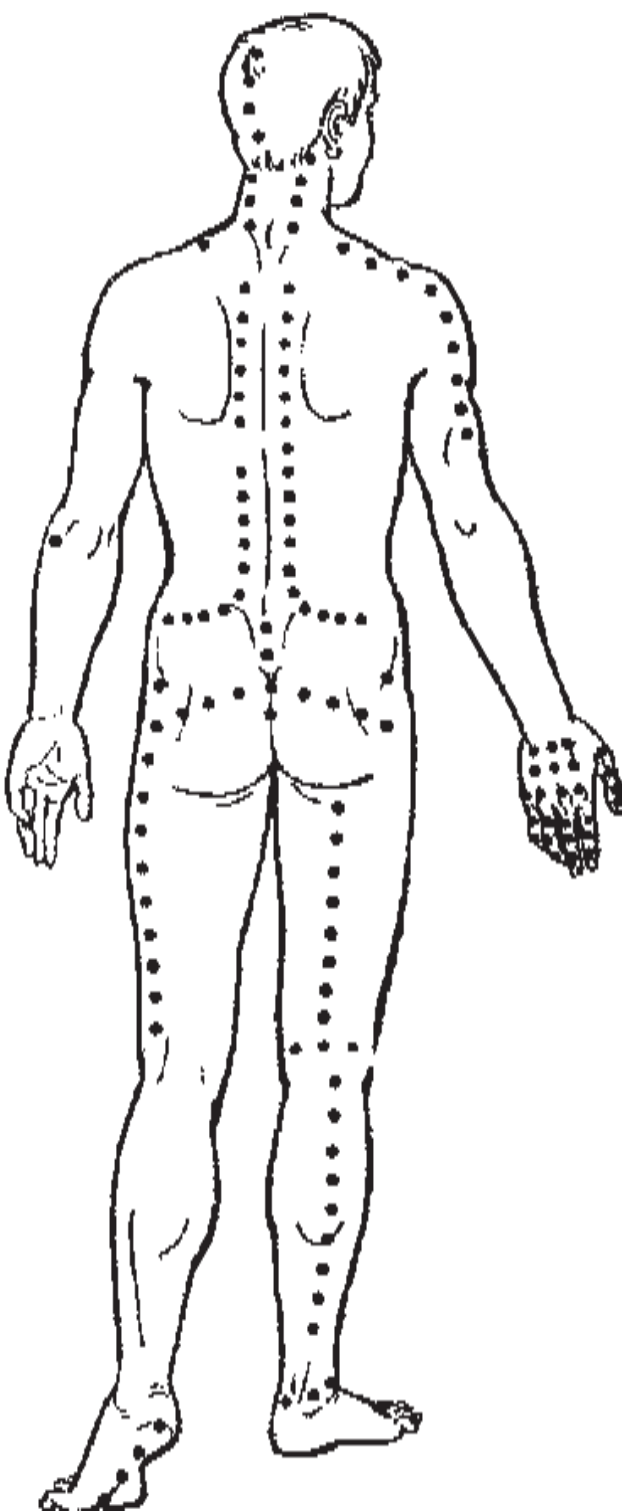
**Лінійний масаж.** Однією з різновидностей східного масажу є лінійний масаж, який виконується в напрямку руху енергії. Існує теорія, що в організмі є система меридіанів, які з'єднують точки для акупунктури (пальцевого натискування). Вплив на ці точки має лікувальний ефект. Описують 14 основних (12 парних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

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

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



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



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

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

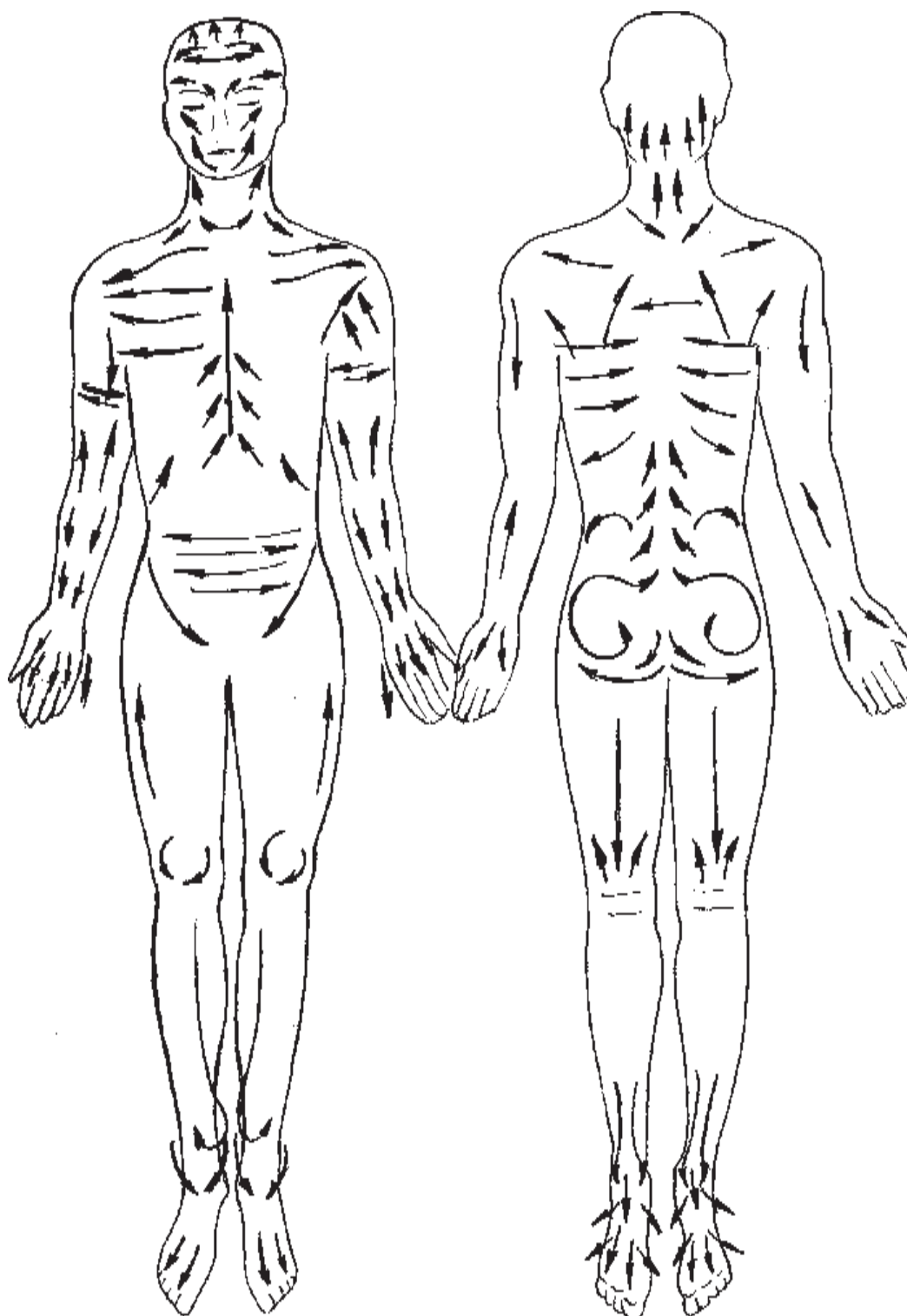


Рис. 25. Напрямок масажних рухів при проведенні сполучнотканинного масажу.

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

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

### Апаратний масаж

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

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

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

### Вібраційний масаж

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

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

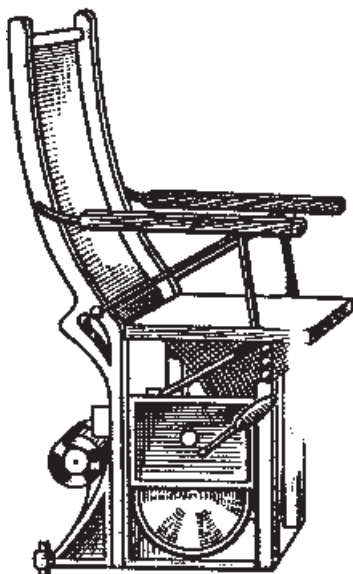


Рис. 26. Вібраційний стілець.

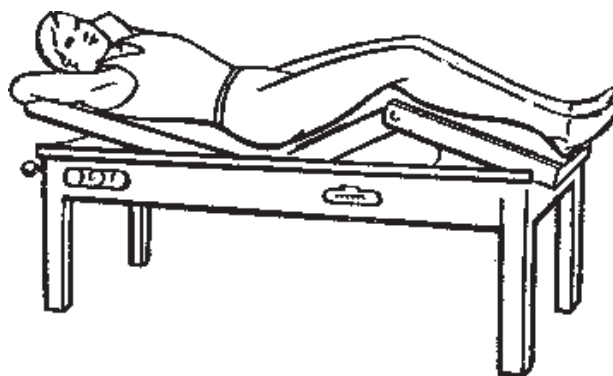


Рис. 27. Вібраційна кушетка.

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

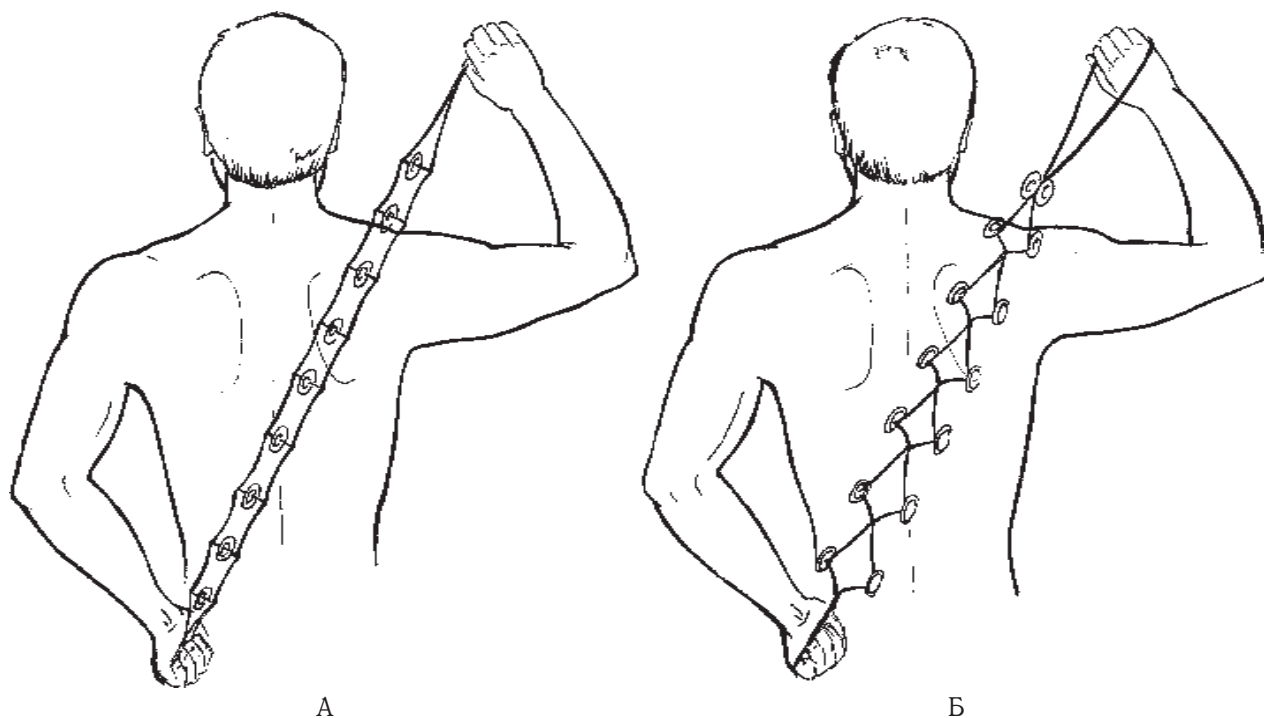


Рис. 28. **Масажні доріжки:** А – з одним рядом роликів; Б – з двома рядами роликів.

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

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

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

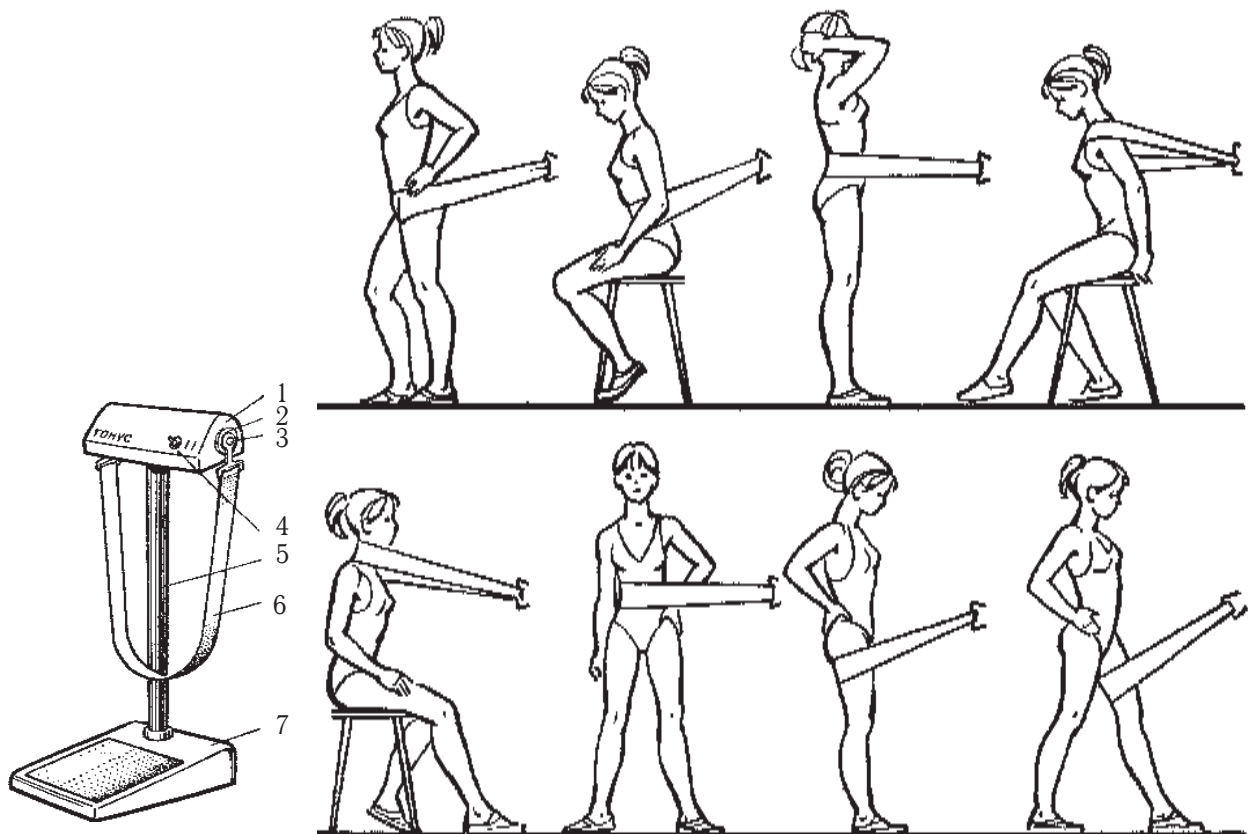


Рис. 29. Апарат “Тонус-масаж”:

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

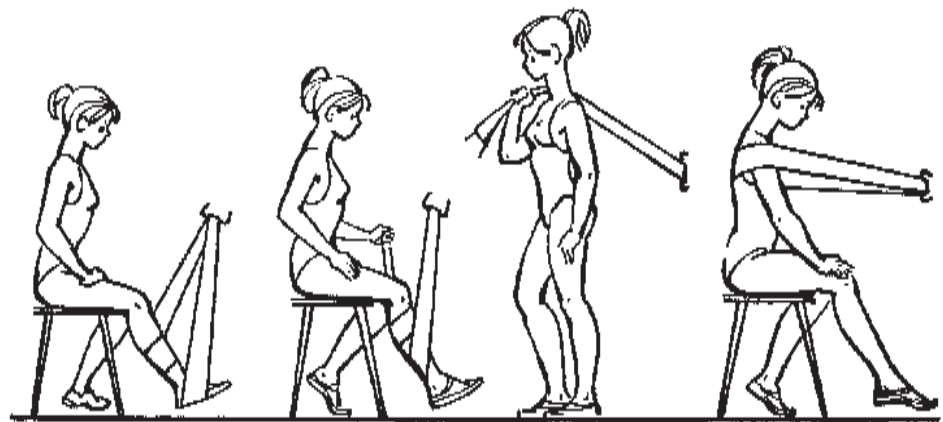


Рис. 30. Накладання масажного пояса апарата “Тонус-масаж”.

### Масаж водняним струменем

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

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



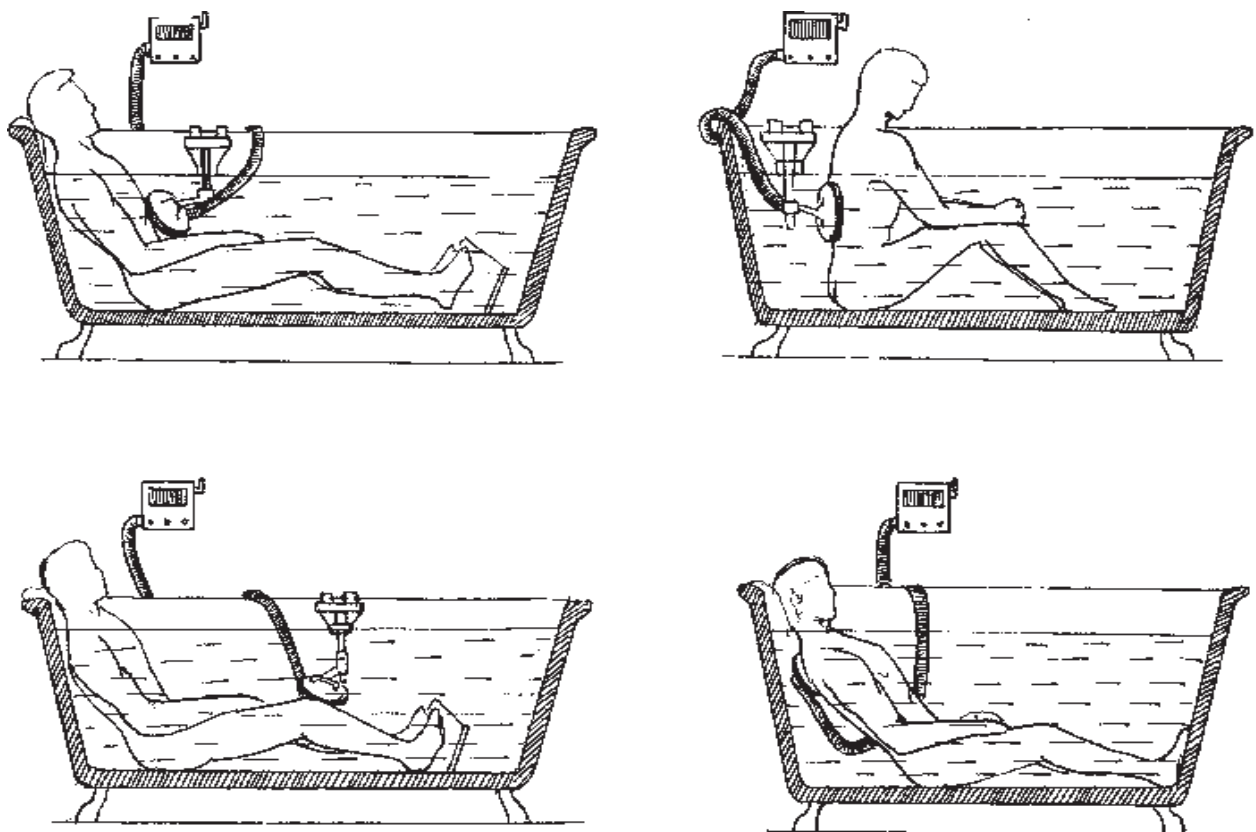


Рис. 31. Вібраційні ванни з локалізацією впливу на різні ділянки тіла.

### Пневмомасаж

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

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

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

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

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

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

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

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



*Рис. 32. Баромасаж.*



*Рис. 33. Баночний масаж.*

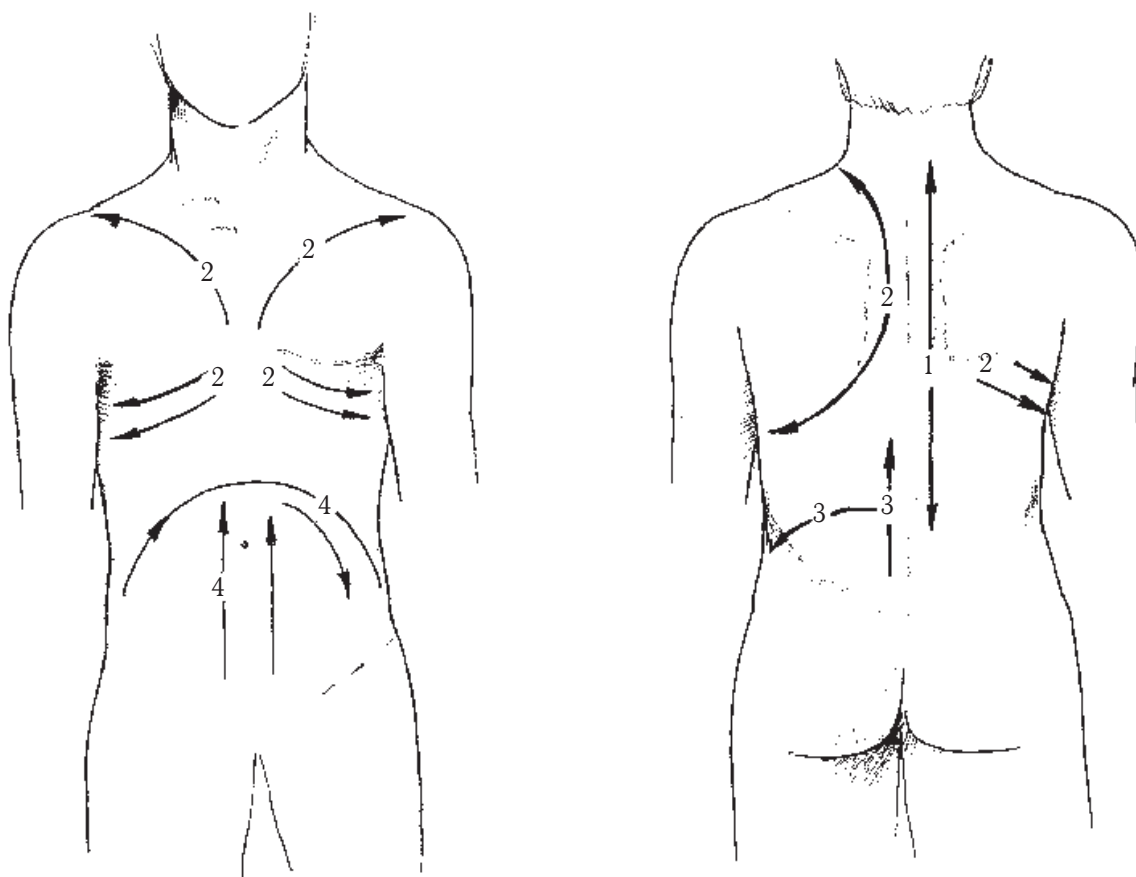


Рис. 34. Напрямок рухів при проведенні баночного масажу (В.І. Дубровський, А.В. Дубровська, 2000):  
 1 – при остеохондрозі хребта (люмбаго); 2 – при пневмонії, бронхітах; 3 – при міозитах, попереково-крижових радикулітах; 4 – при колітах, гіпертонічній хворобі.

### Гігієнічний масаж

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

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

### Косметичний масаж

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

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

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

### **Спортивний масаж**

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

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

### **Контрольні питання і завдання до розділу**

#### **“ВИДИ МАСАЖУ”**

##### *Контрольні питання*

1. Класифікація масажу. Характеристика окремих видів масажу.
2. Лікувальний масаж, його класифікація.
3. Класичний масаж, його характеристика.
4. Сегментарно-рефлекторний масаж, його види та характеристика.
5. Точковий масаж, його характеристика.
6. Рефлексогенні зони на голові, вусі, долоні, стопі.
7. Апаратний масаж, його види
8. Косметичний масаж, його характеристика.
9. Спортивний масаж, його види.

##### *Завдання*

1. Визначіть ділянки сегментарно-рефлекторного масажу при захворюваннях шлунка.
2. Визначіть ділянки сегментарно-рефлекторного масажу при захворюваннях верхніх кінцівок.
3. Визначіть ділянки сегментарно-рефлекторного масажу при захворюваннях нижніх кінцівок.

## Розділ 3

## ТЕХНІКА МАСАЖУ

## Техніка класичного масажу

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

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

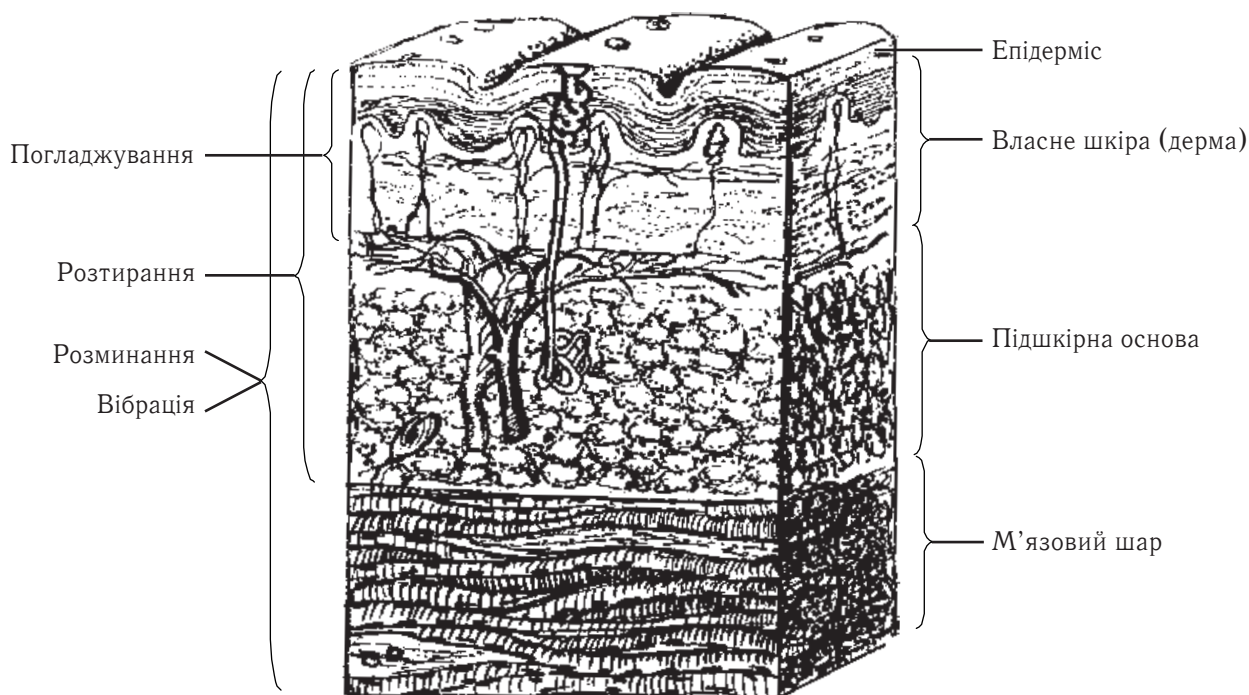


Рис. 35. Схема впливу основних прийомів масажу на шкіру та підлеглі тканини.

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

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

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

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

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

– зігнутими в кулак;

– усією поверхнею пальця чи долонною поверхнею нігтьової фаланги.

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

4. Кількість рук, що виконують прийом:

а) однією рукою;

б) двома руками, що рухаються:

– послідовно;

– паралельно: в одному чи протилежних напрямках;

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

– одна поверх одної (обтяжена кисть).

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

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

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

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

– слабкі;

– середні;

– сильні.



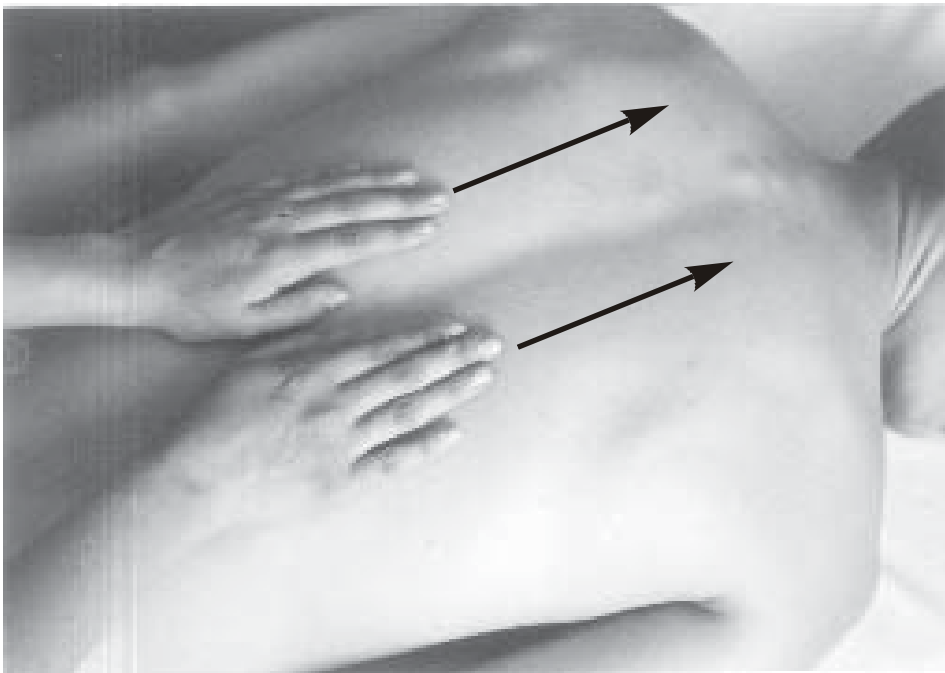
Долонні поверхні кінцевих фаланг пальців (подушечки пальців)



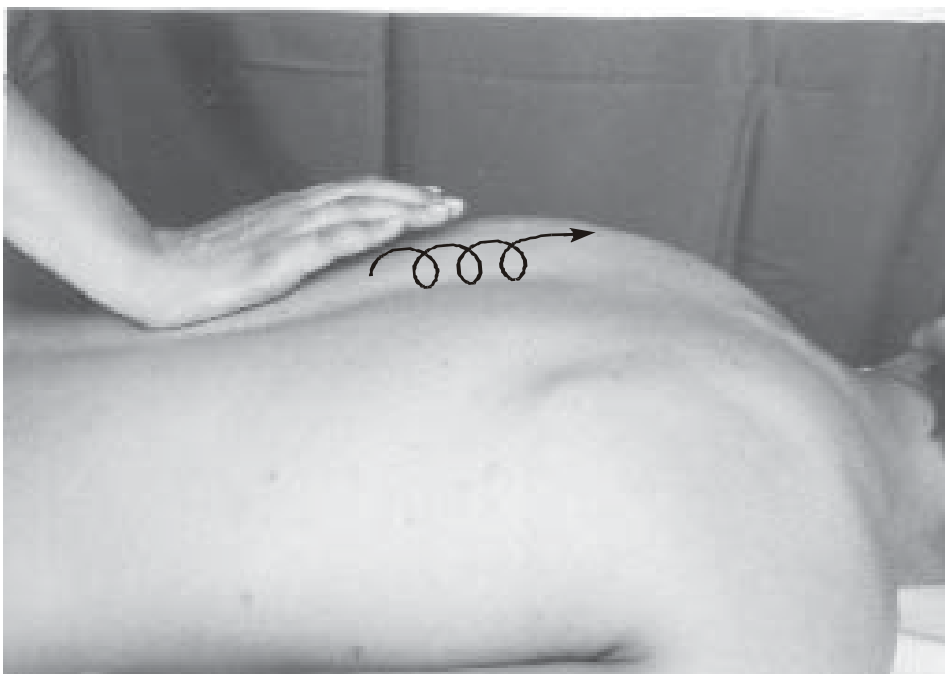
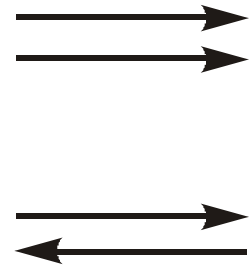
Рис. 36. Долонна поверхня кисті.



Рис. 37. Тильна поверхня кисті.



А



Б

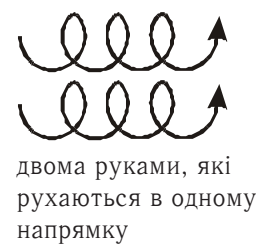
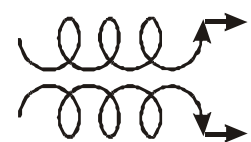
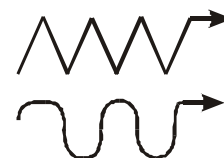
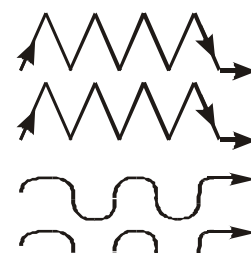


Рис. 38. Напряжки рухів рук при проведенні масажу: А – прямолінійний масаж; Б – спіралеподібний масаж.

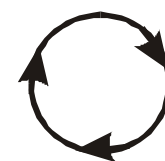


зигзагоподібний  
однією рукою



зигзагоподібний  
двома руками

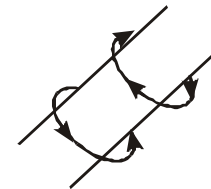
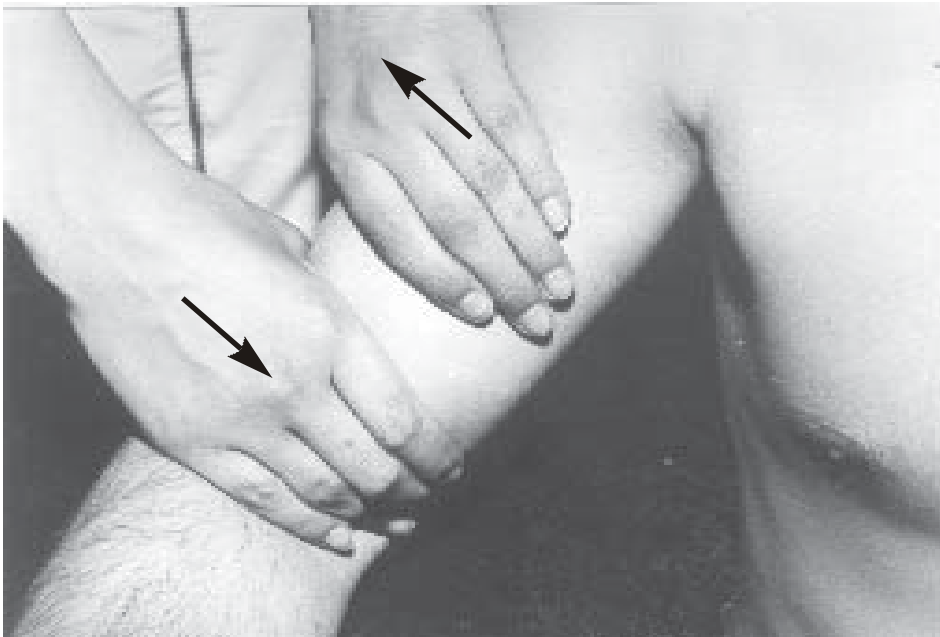
В



колоподібний

Г

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



кільцеподібний

Д

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

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

- повільна;
- середня;
- висока.

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

- короткотривала,
- середня;
- довготривала.

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

- максимальна;
- середня;
- мінімальна.

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

## ПОГЛАДЖУВАННЯ

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

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

### Фізіологічний вплив погладжування

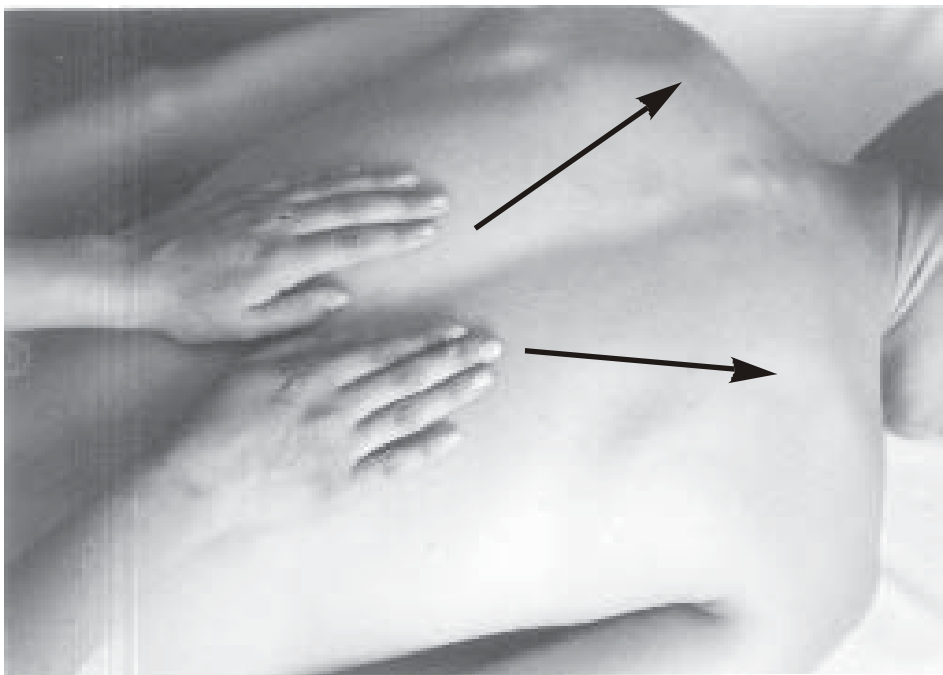
1. Позитивний вплив на шкіру: очищується, покращуються дихання, трофіка, обмін речовин, активується секреторна функція, підвищується тонус та еластичність.

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

### **Види та техніка виконання прийомів погладжування**

**Основними прийомами** погладжування є площинне та обхоплююче погладжування.

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



*Рис. 39. Площинне погладжування спини двома руками.*

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

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

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



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

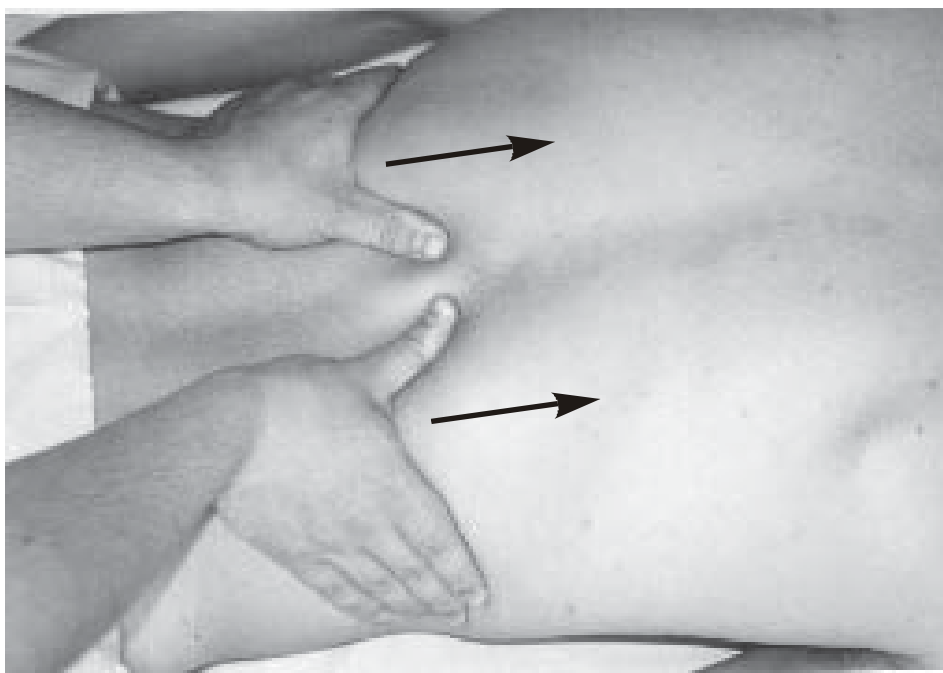


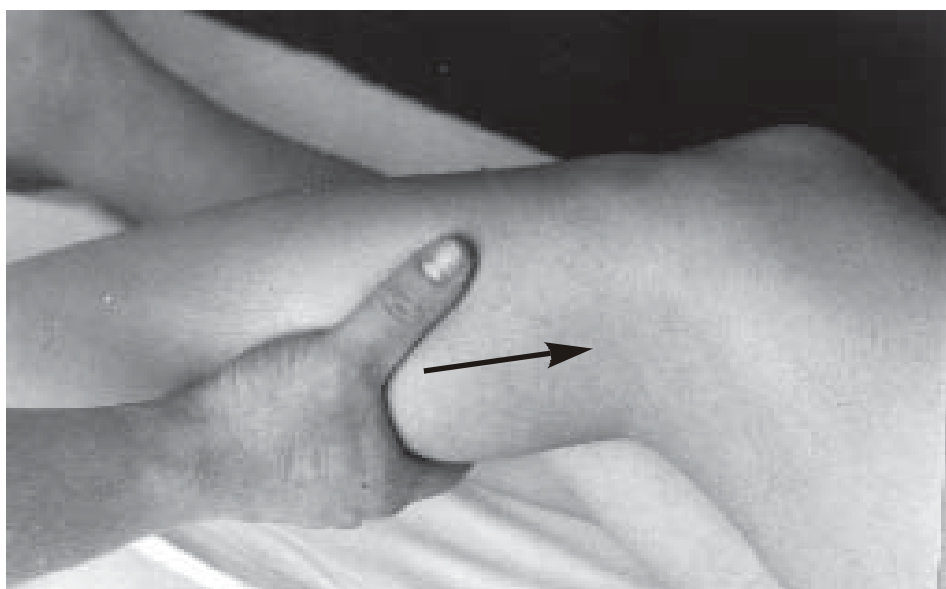
Рис. 41. Площинне глибоке погладження спини.

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

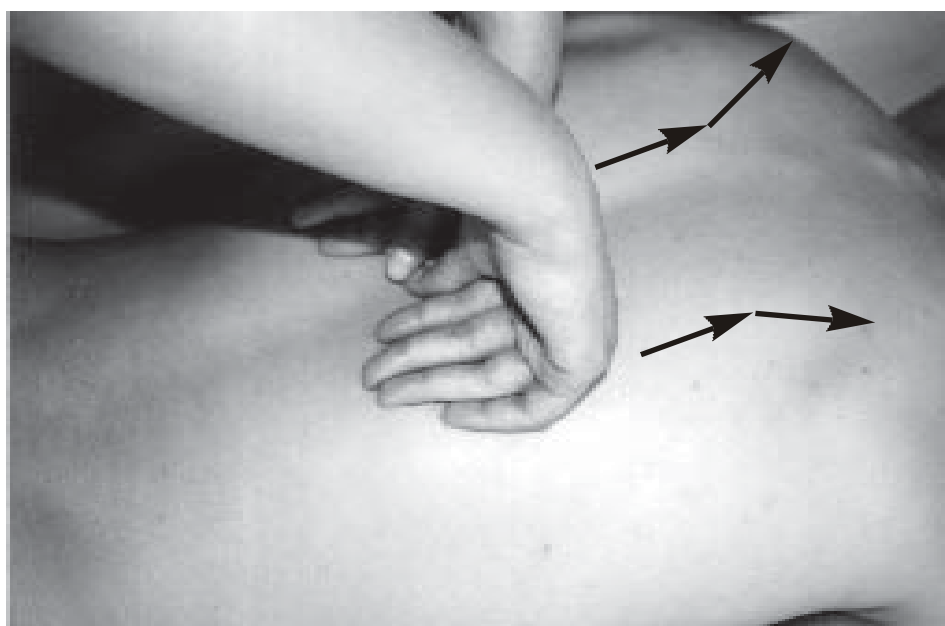


Погладжування волосистої частини голови виконується від тім'я до лімфатичних вузлів потилиці, вух, шиї. При погладжуванні обличчя рухи повинні бути направлені від середньої лінії в обидва боки до підщелепних та підпідборідних лімфатичних вузлів. На шиї руки рухаються зверху вниз до над- та підключичних,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

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



*Рис. 42. Погладжування долонною поверхнею кисті гомілки.*

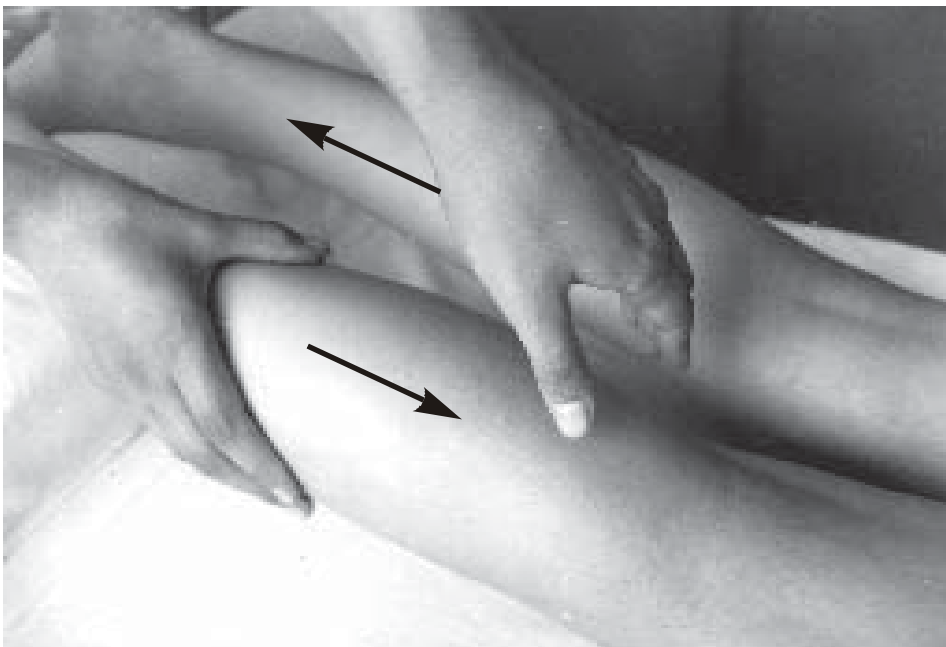


*Рис. 43. Погладжування спини тильною поверхнею кисті – гладження.*

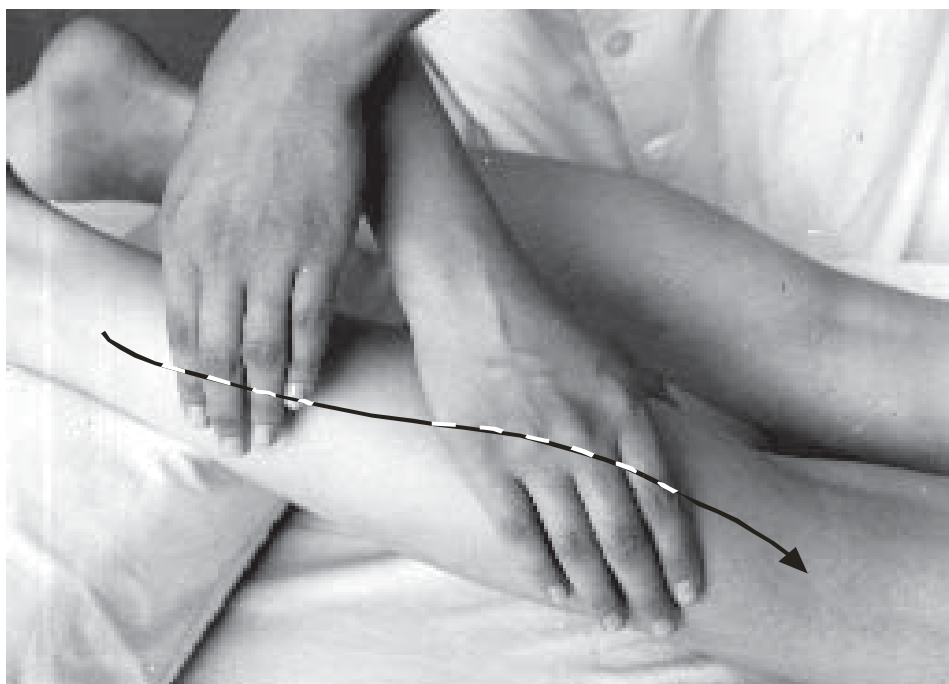
Погладжування може проводитися однією (рис. 44) чи двома руками. При масажі двома руками вони можуть рухатись послідовно (рис. 45, 46) або паралельно (в одному напрямку) (рис. 47) чи розміщуватись одна на одній (рис. 48).



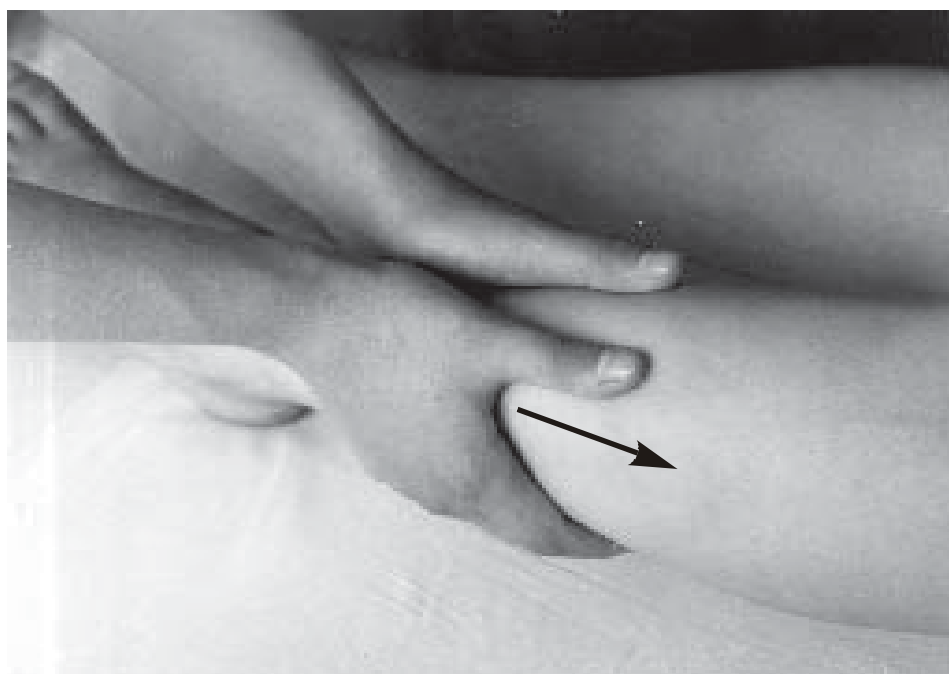
*Рис. 44. Погладжування однією рукою задньої поверхні гомілки.*



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



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



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

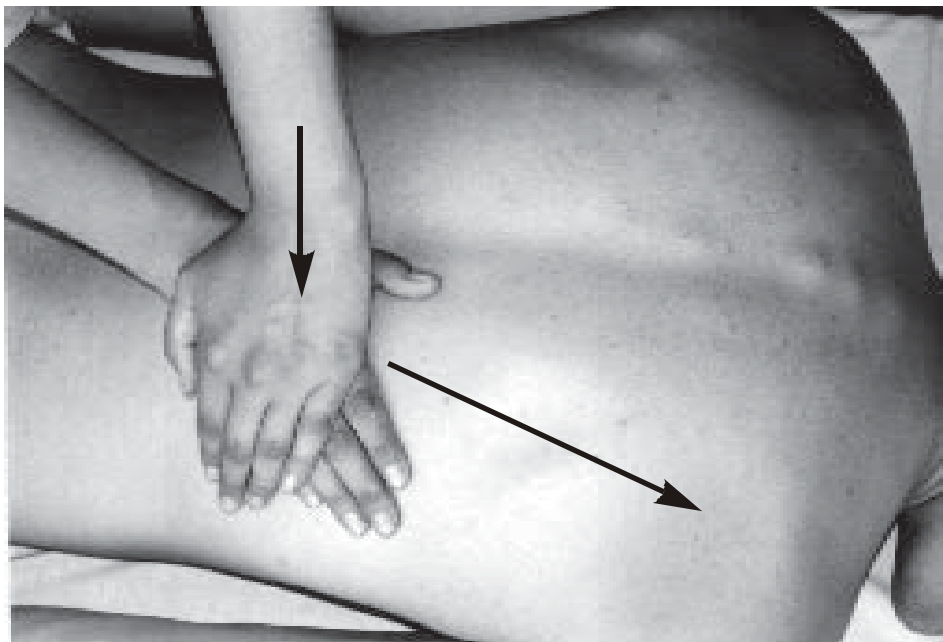


Рис. 48. Погладження спини двома руками, обтяженою кистю.

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

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

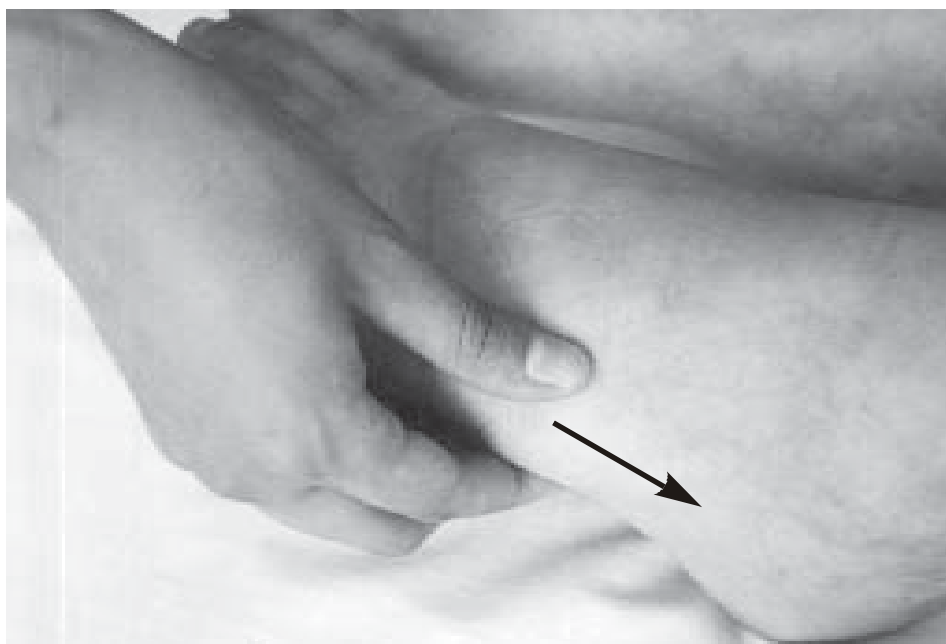
#### **Допоміжні прийоми** погладження.

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

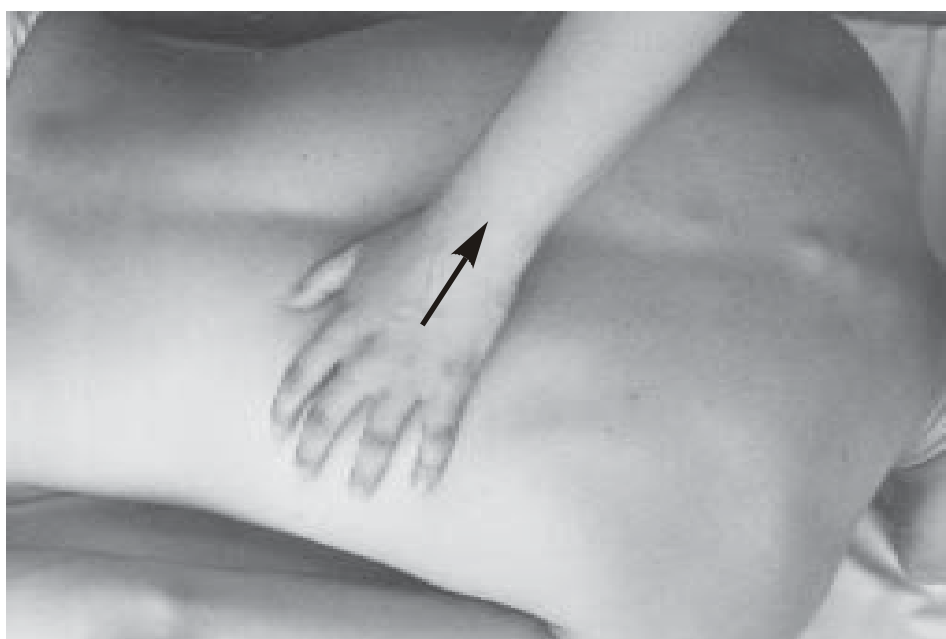
**ЩИПЦЕПОДІБНЕ** погладження (рис. 49) виконується щипцеподібно складеними I-II чи I та II-IV пальцями, які захоплюють масажовану ділянку і здійснюють по ній ковзаючі рухи, не зміщуючи шкіри. Використовується при масажі бічних поверхонь пальців, країв кистей, стоп, сухожилків, окремих м'язів, країв великих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

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

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



*Рис. 49. Щипцеподібне погладжування бічного краю стопи.*



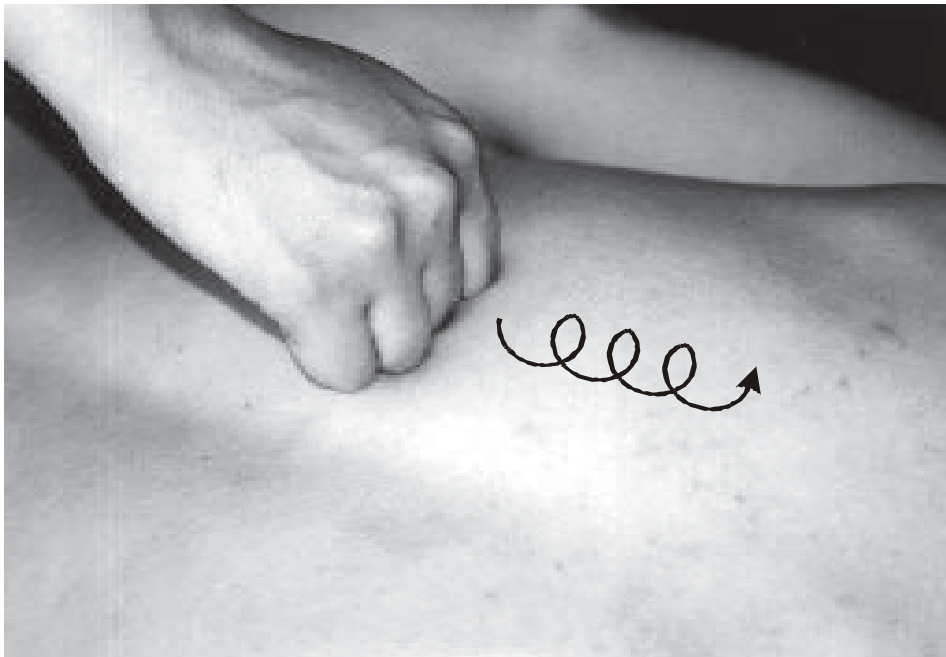
*Рис. 50. Граблеподібне погладжування міжребрових проміжків.*

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

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

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

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



*Рис. 51. Погладження спини – гребенеподібний прийом.*



*Рис. 52. Погладження плеча – хрестоподібний прийом.*

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

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



**Практичні рекомендації** щодо проведення погладжування.

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

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

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

4. Погладжування проводиться за напрямком руху лімфи.

5. Лімфатичні вузли масажувати не рекомендують.

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

7. Поверхнєве погладжування повинно бути підготовкою до глибокого.

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

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

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

**Основні помилки**, що можуть зустрічатися при проведенні погладжування.

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

2. Значне розведення пальців викликає нерівномірність натиску на шкіру.

3. Нещільне прилягання руки до тіла.

4. Нерівномірний чи занадто швидкий темп.

5. Зміщення шкіри замість ковзання по ній.

6. Неправильне положення пацієнта чи масажиста.

7. Холодні руки у масажиста.

**РОЗТИРАННЯ**

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

**Фізіологічний вплив розтирання**

1. Здійснюється механічний вплив на шкіру та підлеглі тканини.

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

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

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

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

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

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

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

### Види та техніка виконання прийомів розтирання

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

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

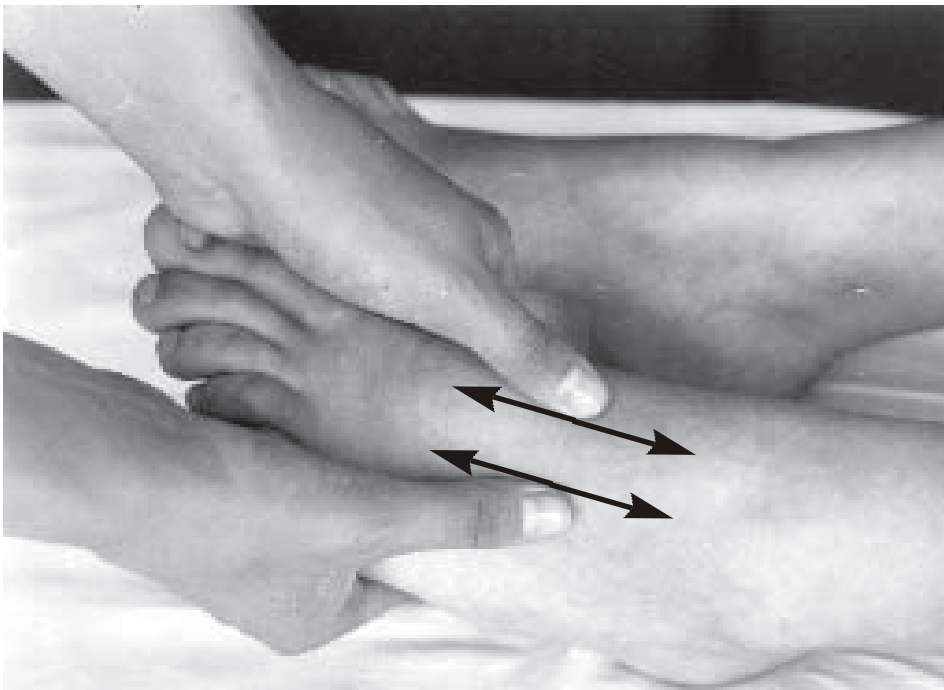


Рис. 53. Розтирання пальцями стопи – поздовжній напрямок рухів.

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

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

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



Рис. 54. Спіралеподібне розтирання стегна долонними поверхнями кистей.

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



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



*Рис. 56. Розтирання спини ліктьовим краєм кисті.*

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

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



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

Прийоми розтирання можуть проводитися однією чи двома руками.

Розтирання двома руками може виконуватися:

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

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

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

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

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



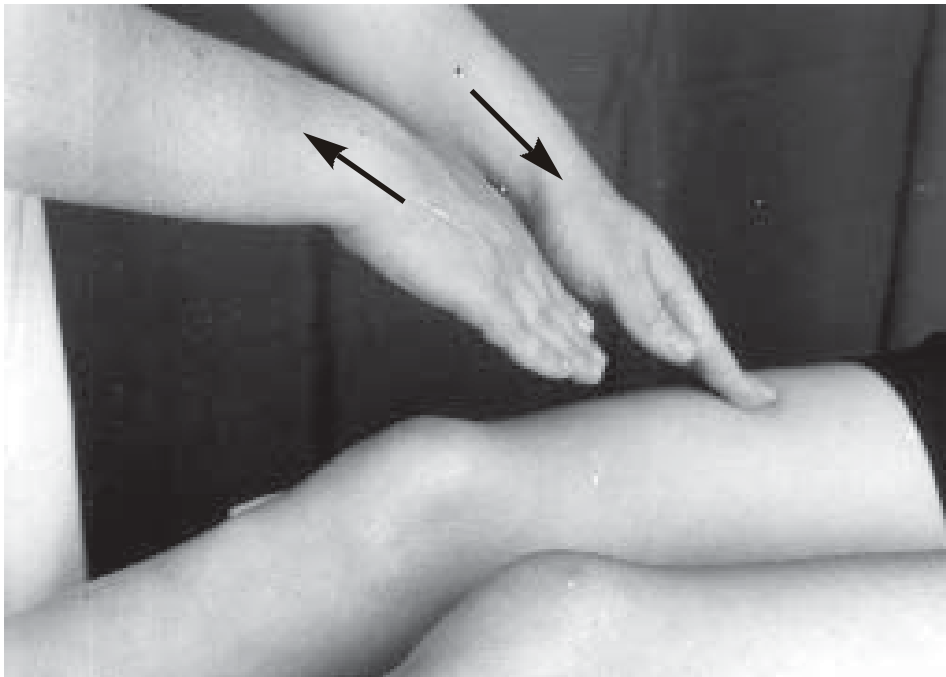
Рис. 58. Штрихування м'яких тканин тильної поверхні кисті.

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

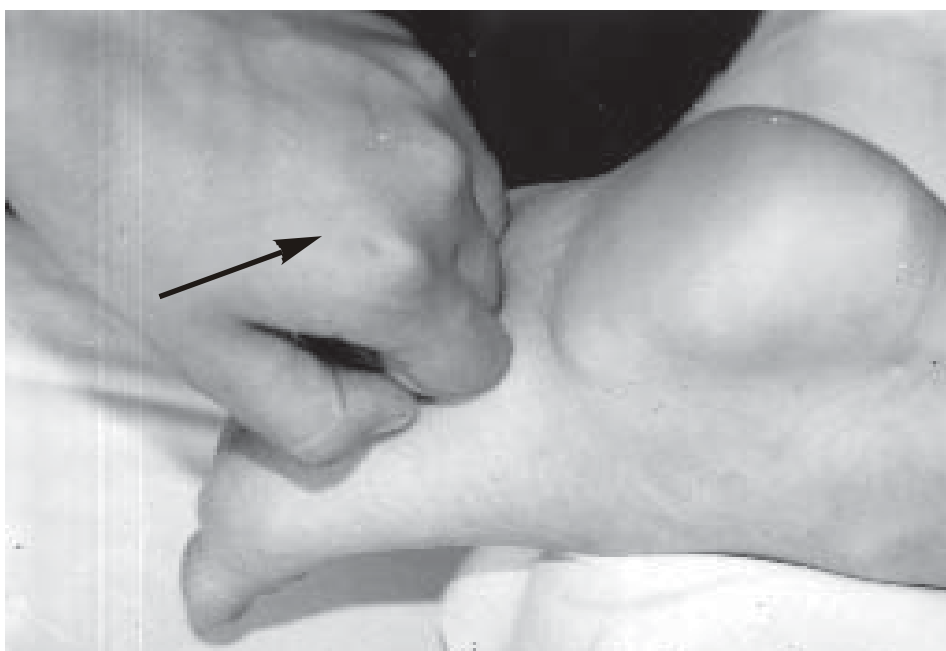
**СТРУГАННЯ** (рис. 59) являє собою поєднання переривчастого натискування та розтирання. Всі пальці з'єднані, випрямлені. Подушечки II-IV пальців короткими поступальними рухами занурюються в тканини під кутом 30-50° і швидкими натискуваннями здійснюють їх розтягнення та зміщення. Рухи вперед за тривалістю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

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

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



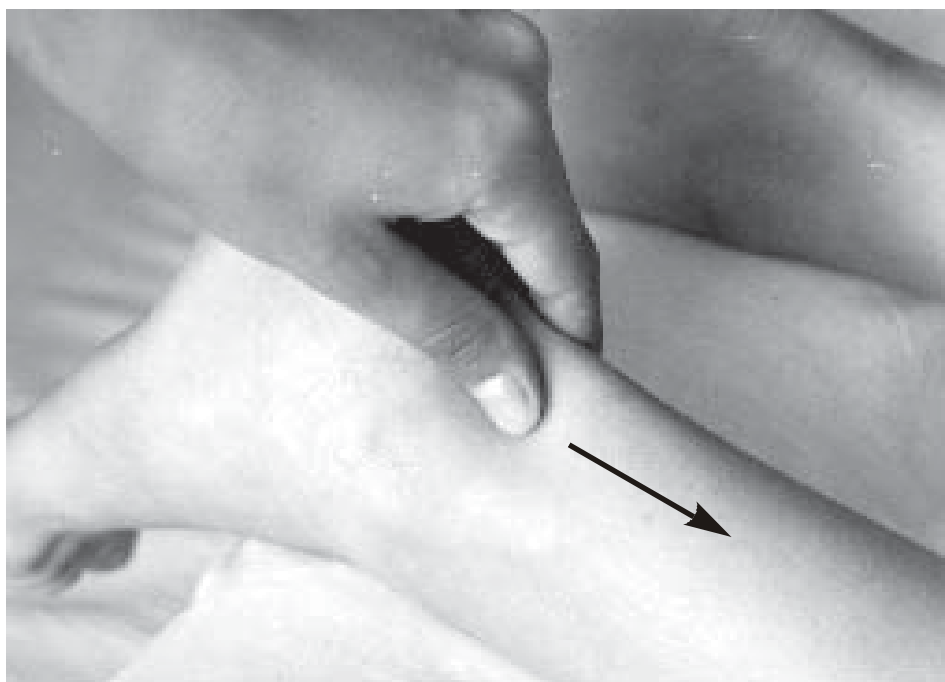
*Рис. 59. Стругання м'яких тканин передньої поверхні стегна.*



*Рис. 60. Гребенеподібне розтирання підошвової поверхні стопи.*

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





*Рис. 61. Щипцеподібне розтирання п'яtkового сухожилка.*

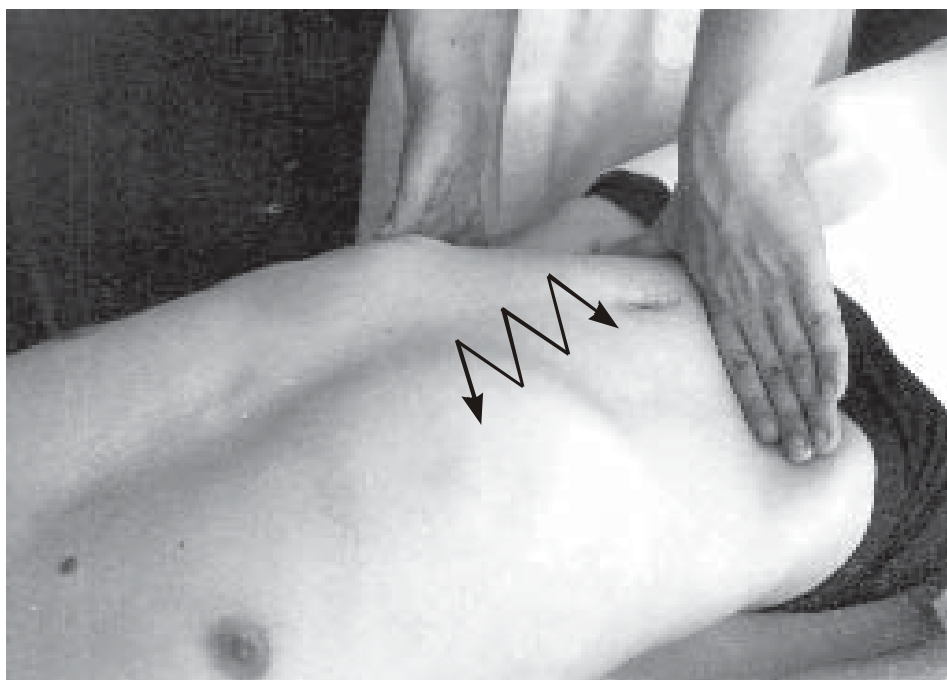


*Рис. 62. Розтирання ліктьовим краєм кисті (пиляння) спини.*

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



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



*Рис. 64. Розтирання в ділянці живота – пересікання.*

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

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

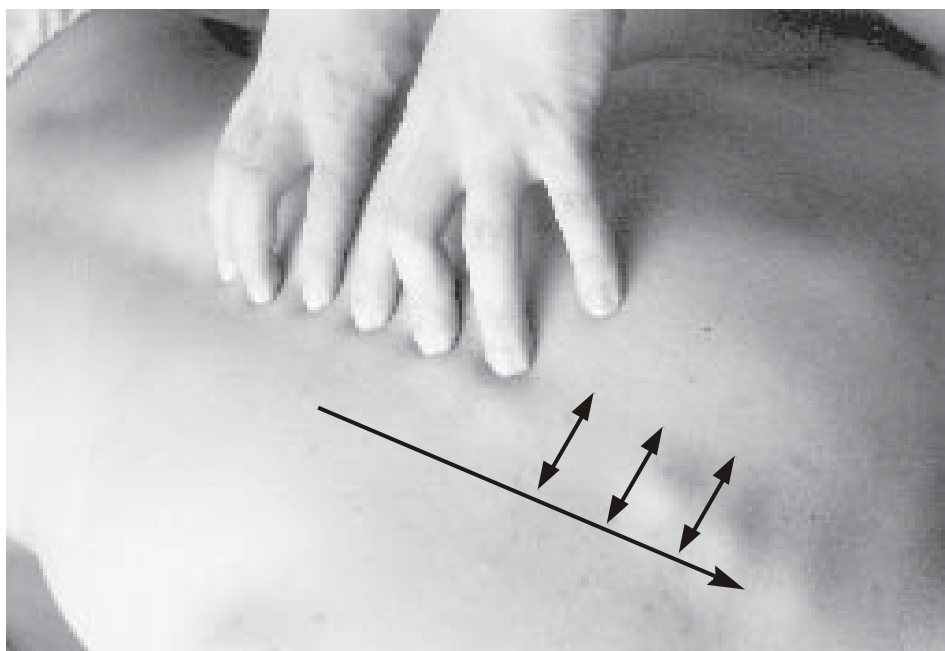


Рис. 65. Граблеподібне розтирання міжостистих проміжків хребта.

**Практичні рекомендації** щодо проведення розтирання.

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

**Основні помилки**, що можуть зустрічатись при проведенні розтирання.

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

## РОЗМИНАННЯ

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

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

### Фізіологічний вплив розминання

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

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

### Види та техніка виконання прийомів розминання

**Основними прийомами** розминання є поздовжнє та поперечне розминання.

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

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

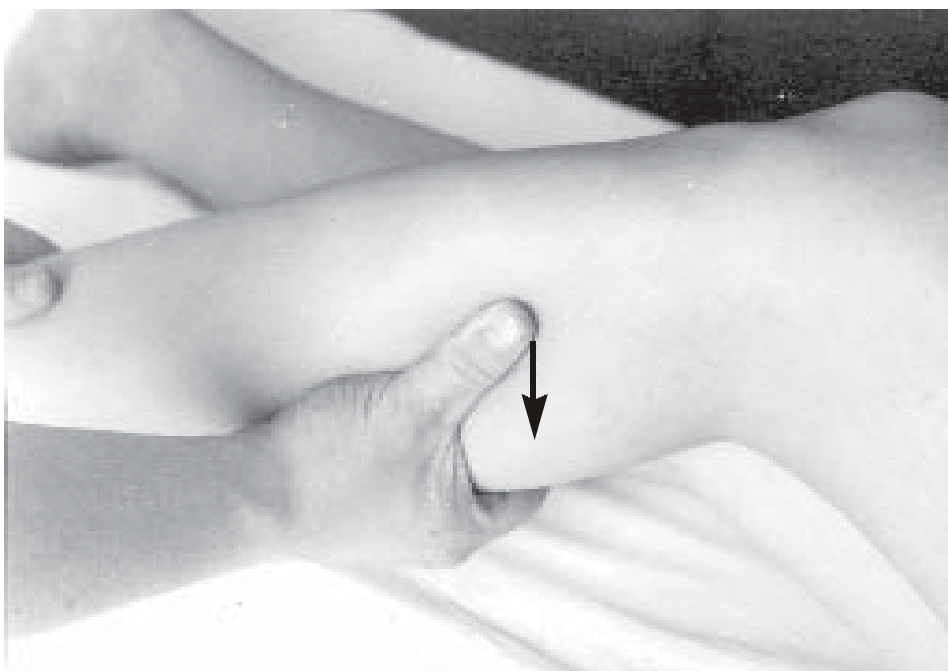
На великих м'язових групах поздовжнє розминання може виконуватись двома руками: обидві кисті симетрично накладаються вздовж м'язових волокон так, щоб великі пальці лежали з одного боку, інші – з другого боку м'язового валу. Пальці, захопивши якнайглибше всі тканини з обох боків кінцівки, стискають і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

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

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

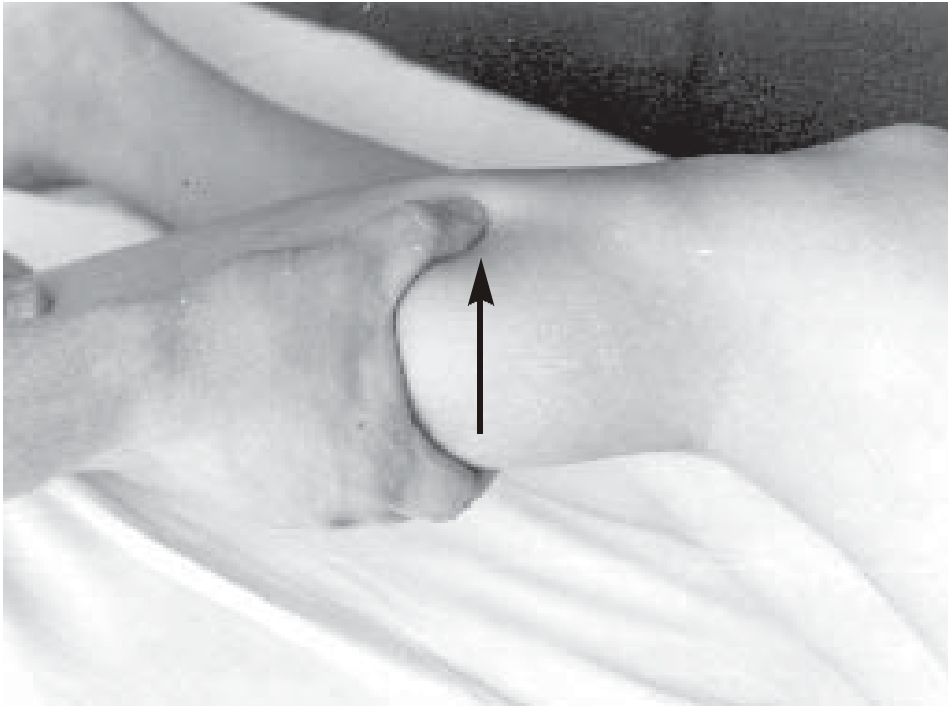


А

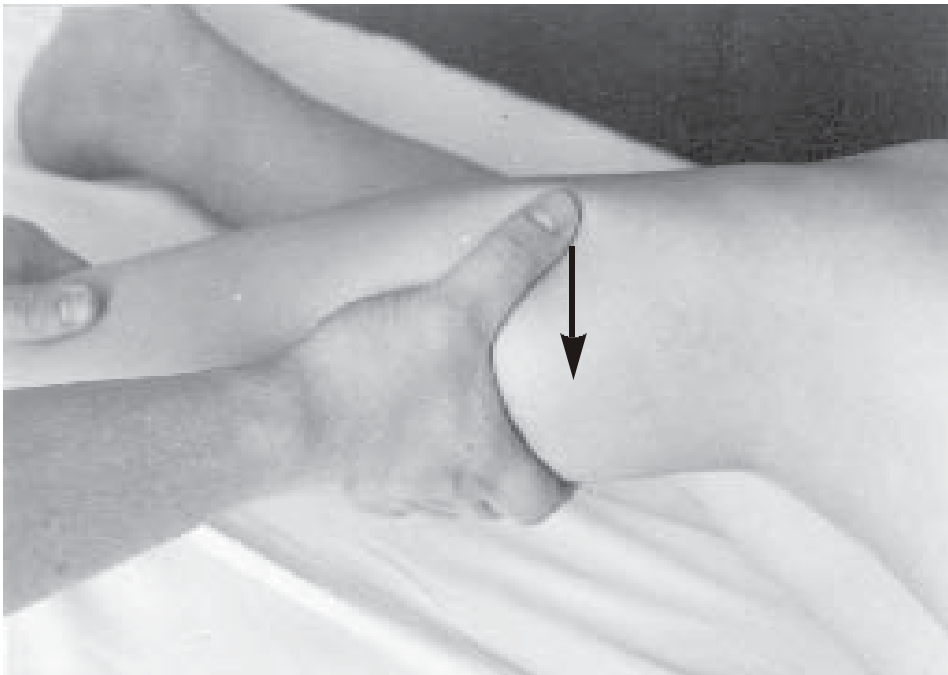


Б

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



В



Г

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

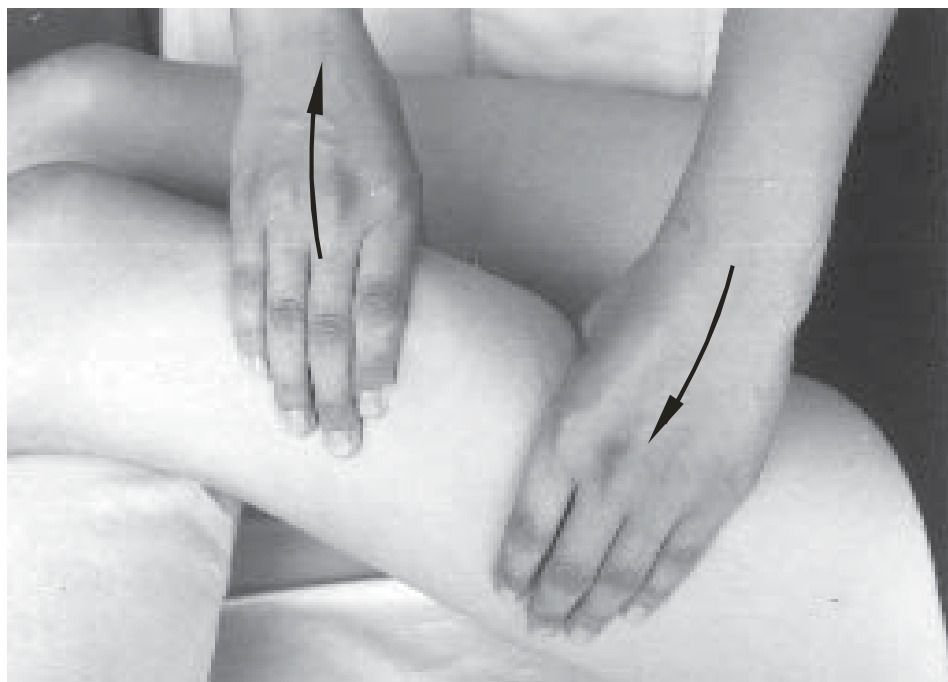
В – друга фаза – стискання м'язів з подальшим зміщенням їх в бік першого пальця;

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



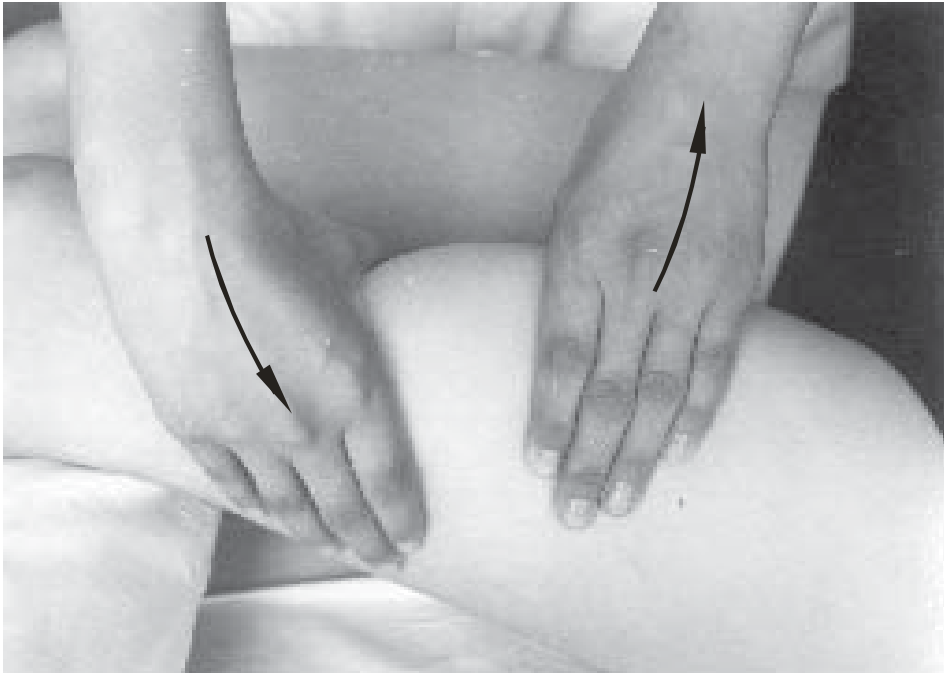


*Рис. 67. Поздовжнє розминання м'язів стегна двома руками.*



А

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



Б

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

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

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

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

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

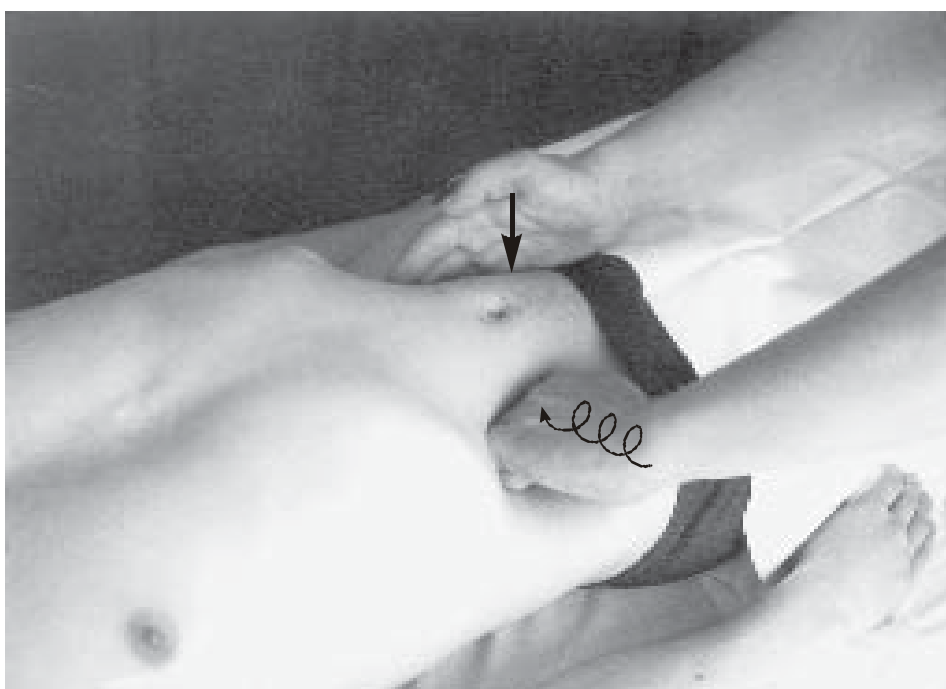
**НАКОЧУВАННЯ** (рис. 70). Використовується для масажу м'язів живота, кишечника, шлунка. Тому перед виконанням прийому необхідно розслабити м'язи передньої черевної стінки погладжуванням та ніжним розтиранням. Ліва рука ліктьовим краєм кисті занурюється якнайглибше в товщу черевної стінки. У цей час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

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

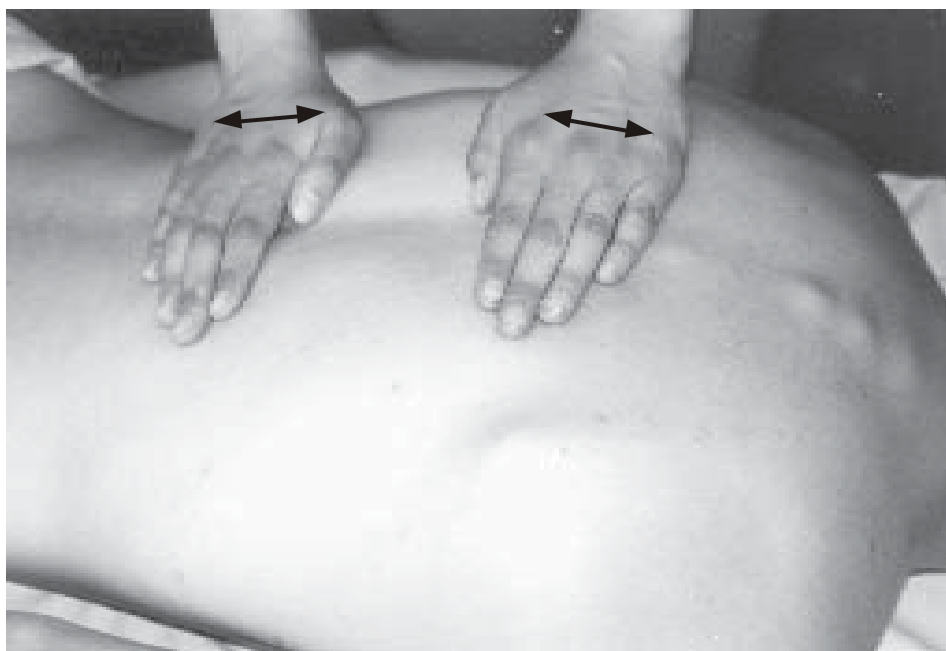
може виконуватися пальцями, опорною частиною кисті, долонею однієї чи двох рук. Використовують на трапецієподібному, грудних м'язах, довгих та найширших м'язах спини (рис. 71), коротких м'язах (стопа, кисті), при рубцевих зрощеннях, міогенних та остеогенних контрактурах, парезах, паралічах. Міжкісткові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



*Рис. 69. Валяння м'язів стегна.*



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



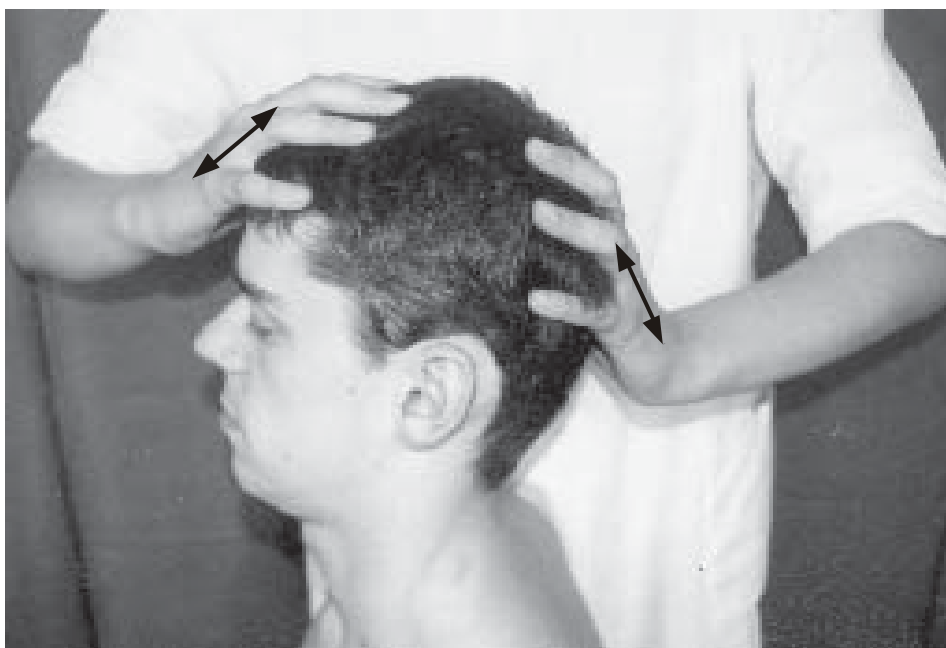
*Рис. 71. Зміщення м'яких тканин спини.*



*Рис. 72. Зміщення міжкісткових м'язів кисті.*

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

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



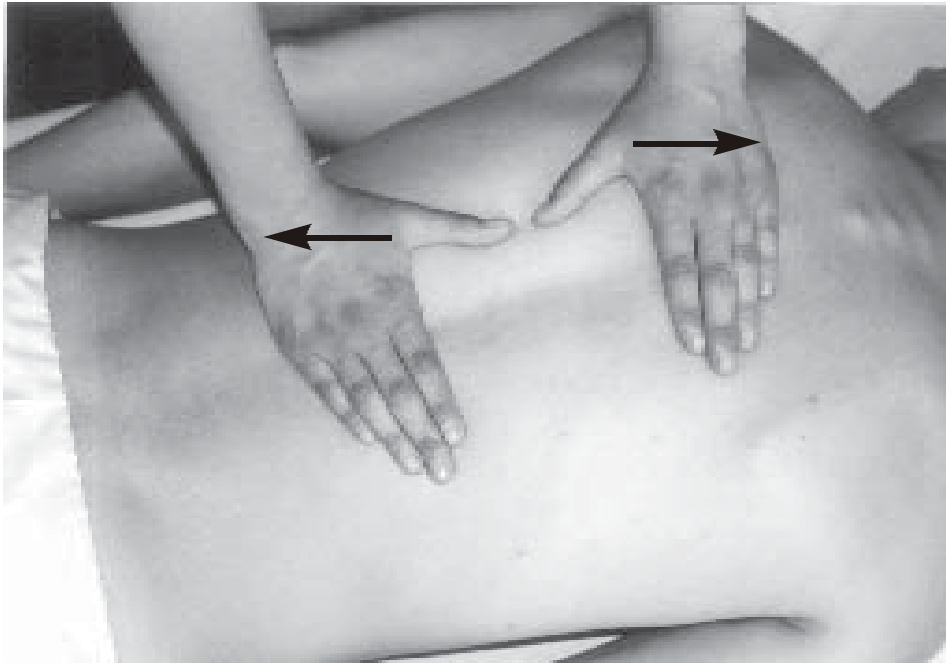
*Рис. 73. Зміщення м'яких тканин голови у сагітальній площині.*



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

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

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



*Рис. 75. Розтягування м'язів спини.*

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

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

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

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

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

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



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



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

Таблиця 5

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

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

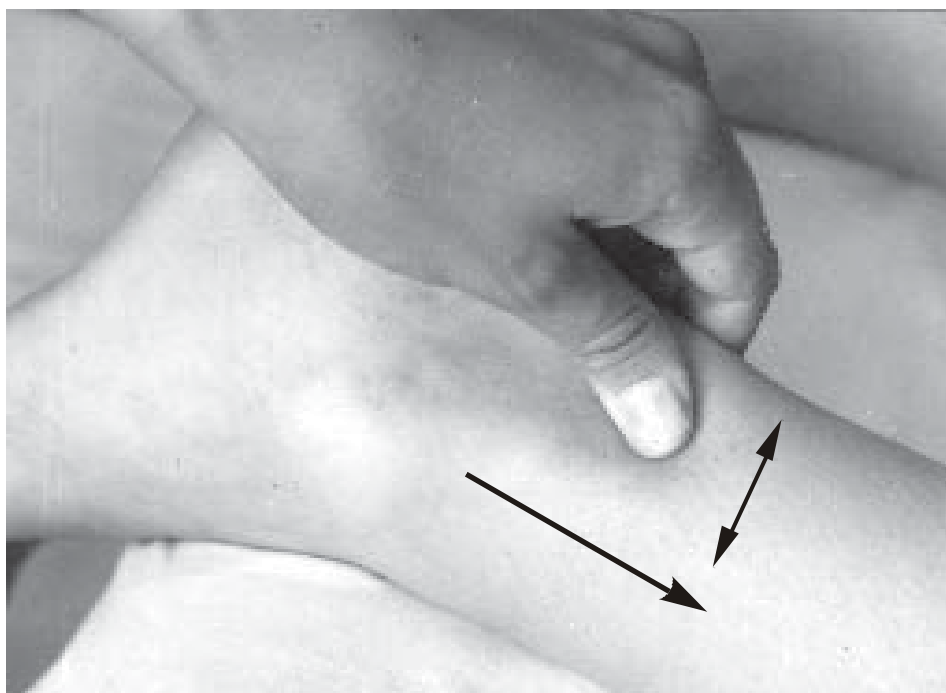
**ПОСМИКУВАННЯ** (рис. 79). Тканини захоплюють між великим та вказівним чи великим та іншими пальцями однієї чи обох рук, відтягують назовні і відпускають. Рухи ритмічні, нагадують посмикування струн арфи. Швидкість – 100-120 рухів за 1 хв.

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

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



*Рис. 77. Натискування в ділянці хребта.*



*Рис. 78. Щипцеподібне розминання п'яtkового сухожилка.*

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

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



*Рис. 79. Посмикування м'яких тканин передпліччя.*



*Рис. 80. Стискання м'язів стегна.*

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

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

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

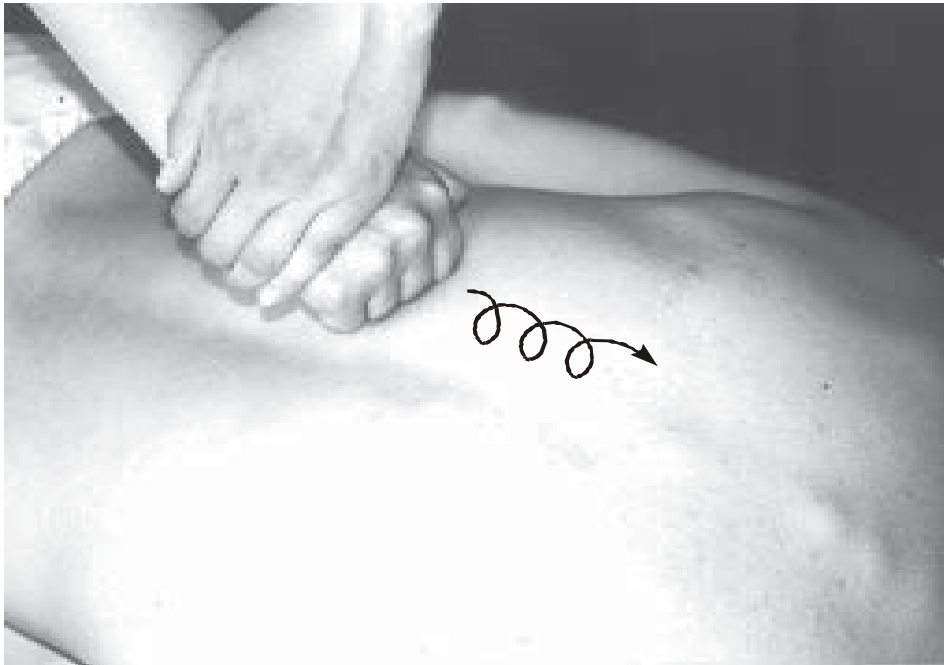


Рис. 81. Гребенеподібне розминання м'язів спини обтяженою кистю.

**Практичні рекомендації** щодо проведення розминання.

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

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

**Основні помилки**, що можуть зустрічатися при розминанні.

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

## ВІБРАЦІЯ

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

### Фізіологічний вплив вібрації

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

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

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

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

### Види та техніка виконання прийомів вібрації

Розрізняють безперервну та переривчасту вібрацію.

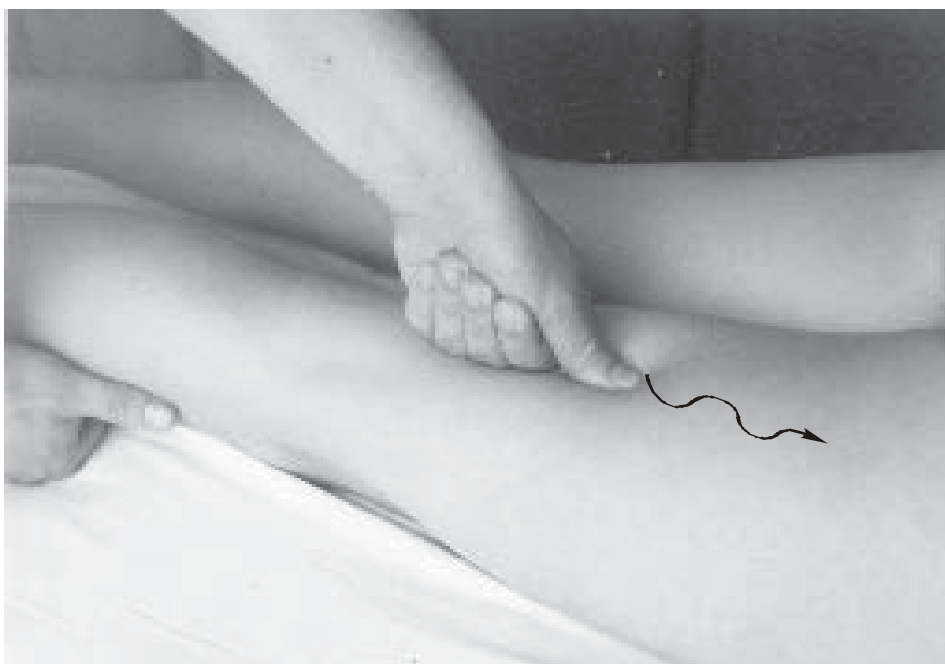
#### **Безперервна вібрація**

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

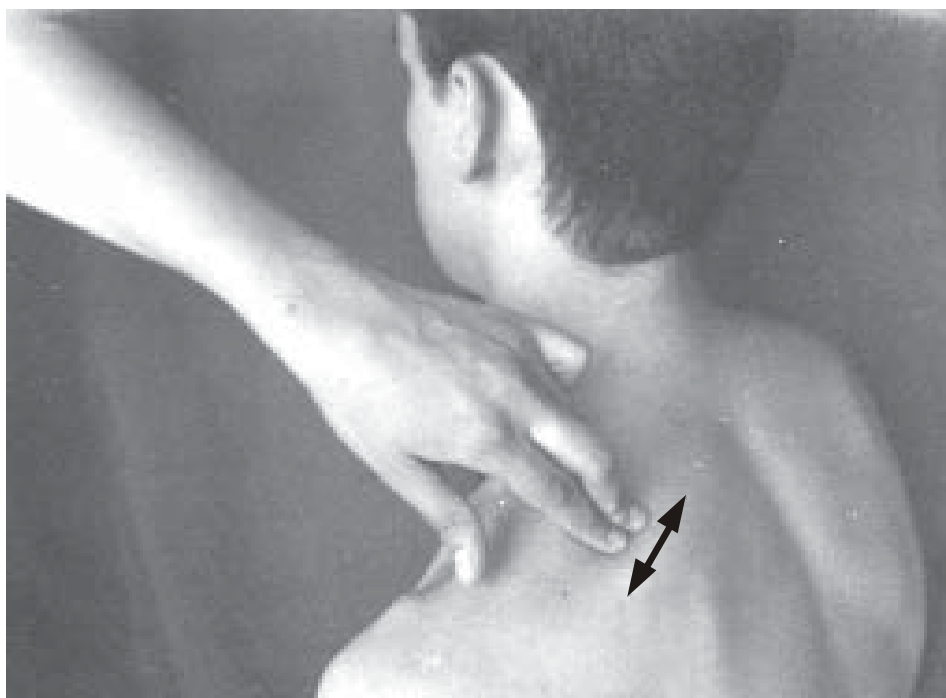
**Основні прийоми** вібрації. Безперервна вібрація може виконуватися:

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

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



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

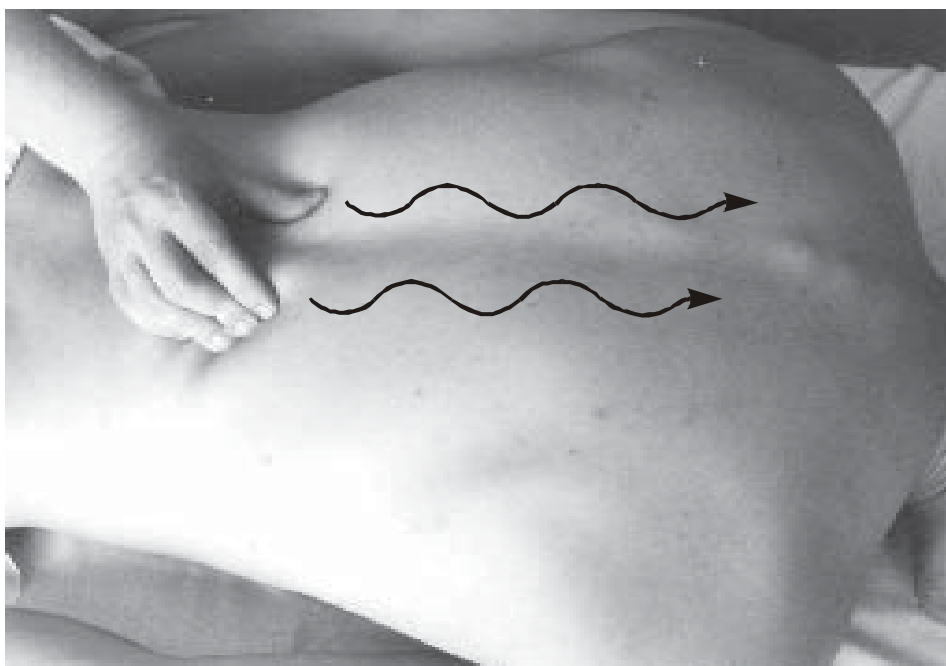


*Рис. 83. Безперервна стабільна вібрація в ділянці надостової ямки.*

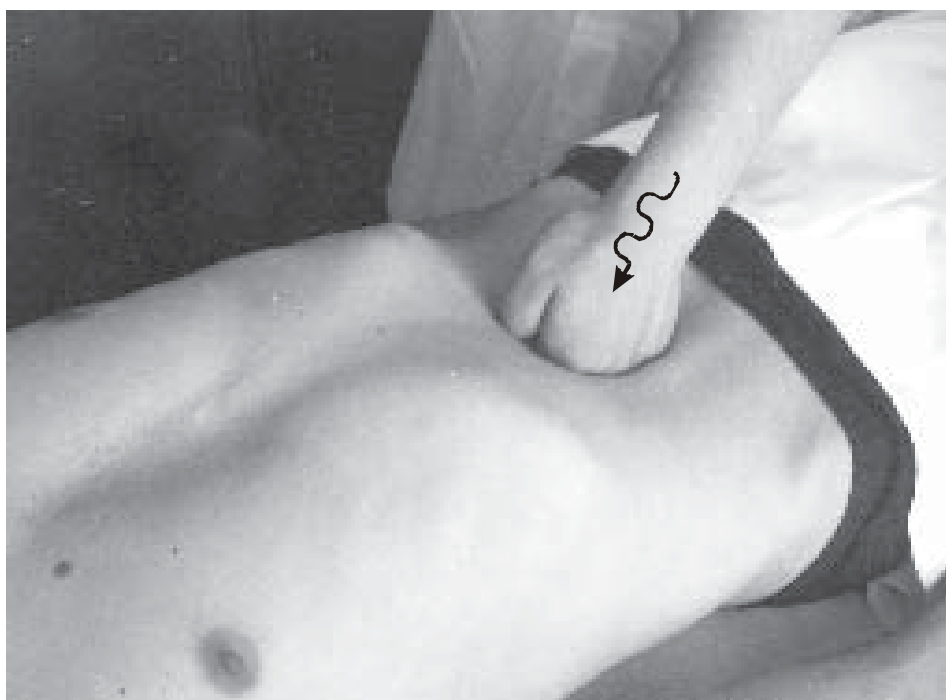
- всією долонею або її опорною частиною (при масажі спини, живота, внутрішніх органів – серця, печінки, жовчного міхура, шлунка, кишечника, – кінцівок, грудної клітки, сідниць);
- кулаком (при масажі спини, живота, сідниць, стегон) (рис. 85);
- із захопленням тканин кистями (при масажі м'язів та сухожилків).

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





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



*Рис. 85. Безперервна вібрація в ділянці живота кулаком.*

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

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

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

Безперервна вібрація може проводитися:

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

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

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

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

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

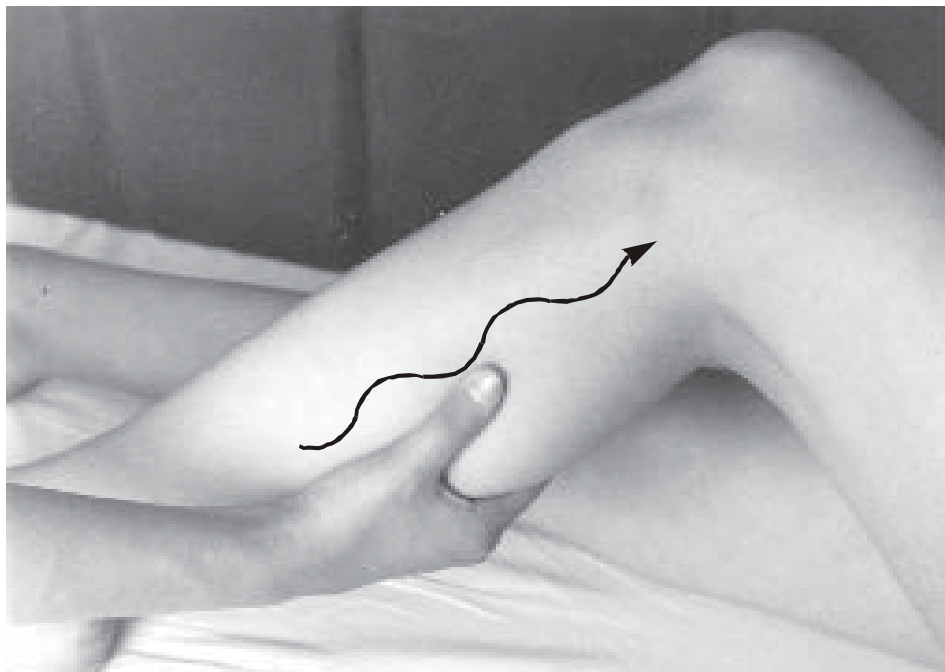


Рис. 86. Потрушування литкового м'яза.

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

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

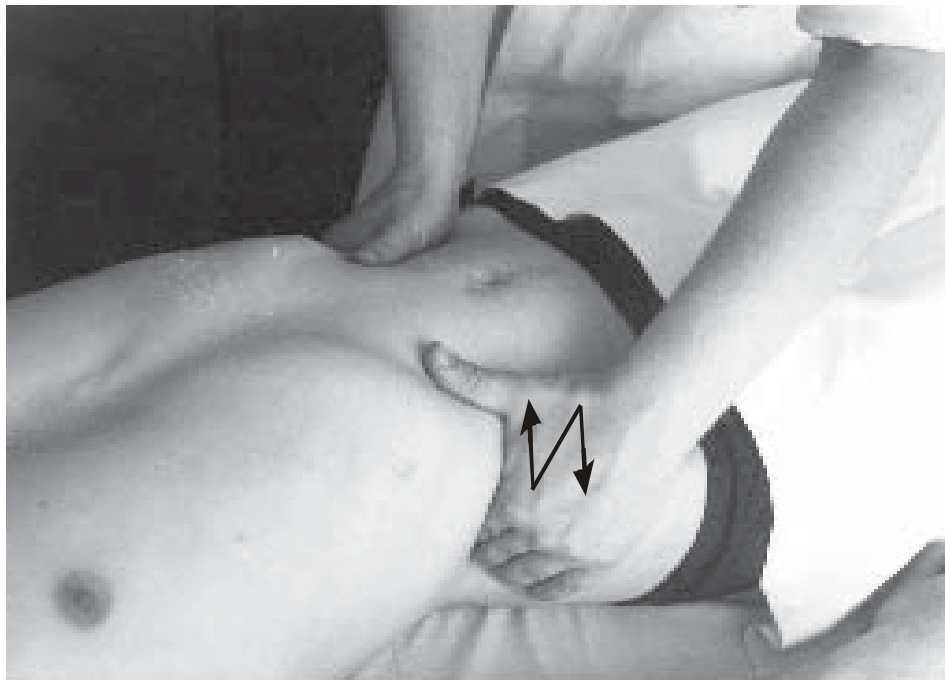


Рис. 87. Стрясання живота.

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

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

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

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

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

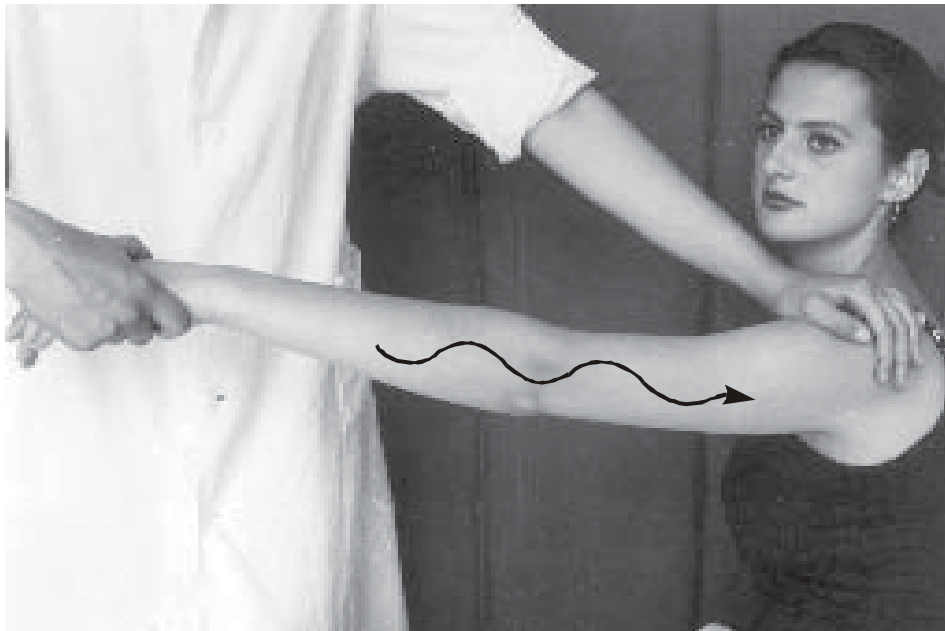


Рис. 88. Струшування верхньої кінцівки.

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

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

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

### **Переривчаста вібрація**

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

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

Переривчаста вібрація може виконуватися:

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



*Рис. 89. Підштовхування в ділянці живота.*

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

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

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

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

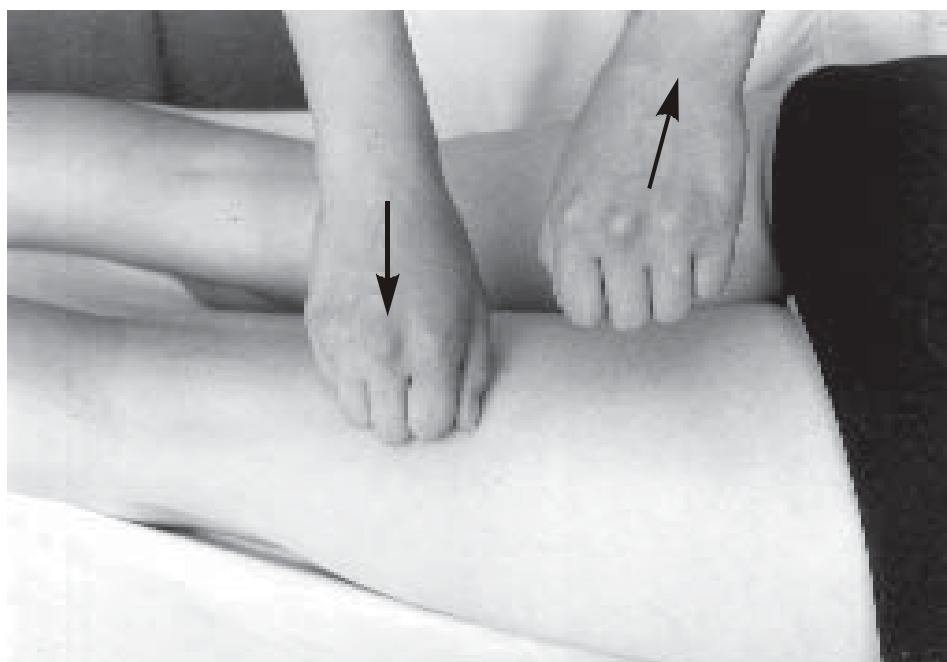
**ПОКОЛОЧУВАННЯ** (рис. 91) виконується кулаком (його ліктьовим краєм) або кінчиками пальців. Для зм'якшення удару кисті повинні бути розслабленими. Виконується однією або двома руками (на відстані 3-5 см одна від одної), які рухаються послідовно. Частота рухів – 100-300 за 1 хв. Використовується на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

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

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



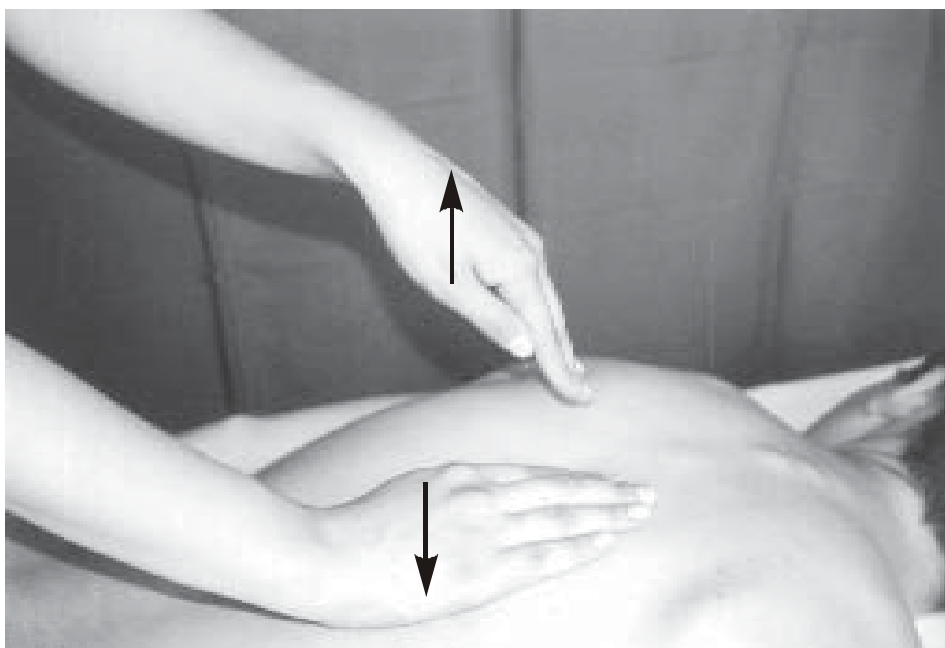
*Рис. 90. Пунктування II-V пальцями.*



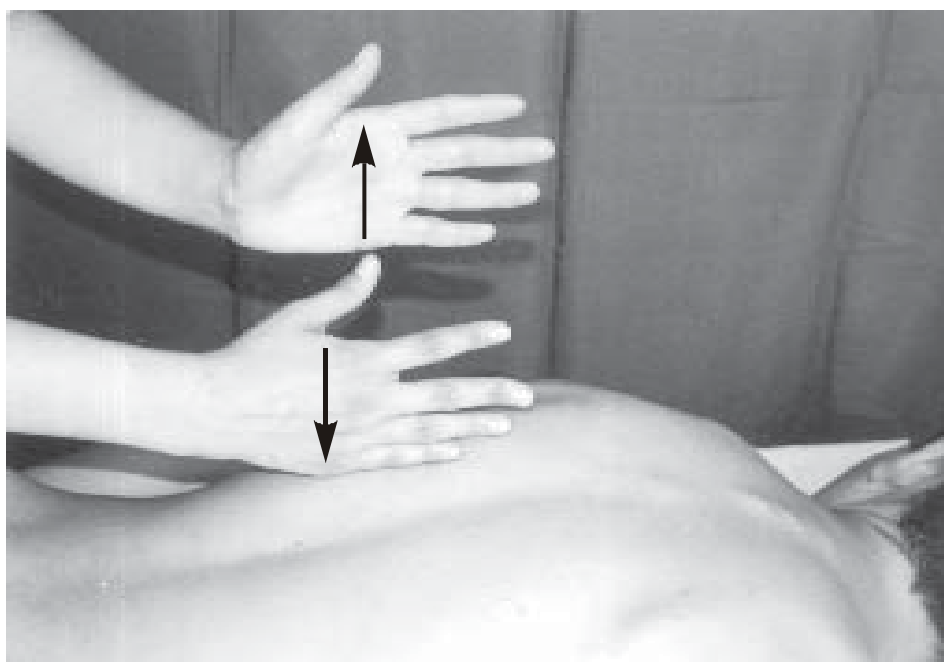
*Рис. 91. Поколочування задньої поверхні стегна.*

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





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



*Рис. 93. Рубання прямими пальцями в ділянці спини.*

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

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

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

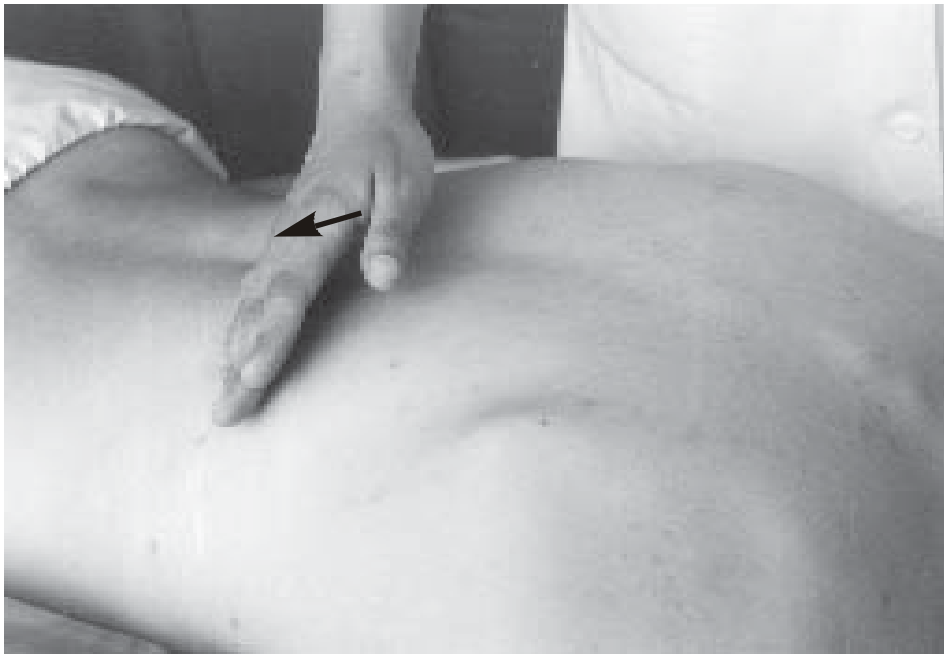


Рис. 94. Шмагання в ділянці спини.

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

**Практичні рекомендації** щодо проведення вібрації.

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

2. Вібрація не повинна викликати болю.

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

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

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

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

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

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

На кінцівках воно проводиться також зверху вниз.

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

10. При виконанні переривчастої вібрації сила, м'якість, еластичність впливу залежать від:

– кількості кісткових важелів, які беруть участь у виконанні прийому: для нижніх впливів використовується тільки кисть, для сильніших – кисть, зап'ясток і т.д.;

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

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

- від ступеня зімкнення пальців: розведення їх пом'якшує удар при рубанні;
- від ступеня згинання пальців: удар зігнутими пальцями м'якший;
- від напрямку удару: вертикальний удар впливає на глибоко розміщені тканини, косий – на поверхневі.

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

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

**Основні помилки**, які можуть зустрічатися при виконанні вібрації:

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

### Прийоми сегментарного масажу

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

Таблиця 6

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

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

### Спеціальні прийоми

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

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

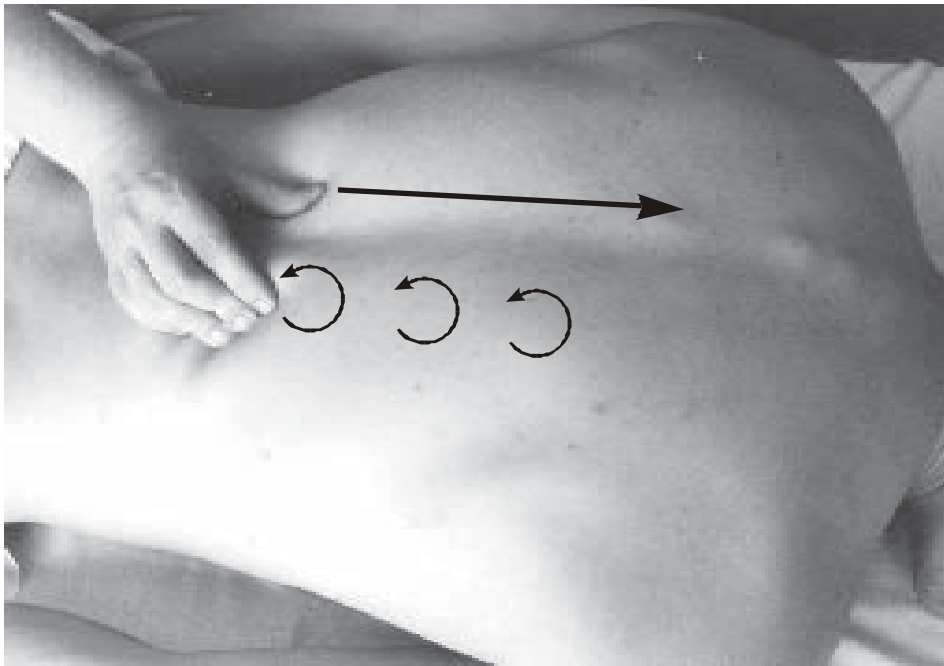


Рис. 95. Прийом свердління в ділянці спини в положенні хворого лежачи.

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

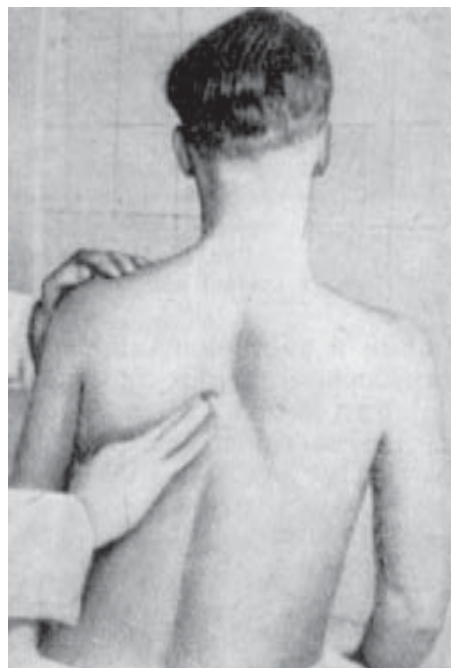
У положенні хворого сидячи ці ж рухи виконують першими пальцями, які розміщують по обидва боки хребта. II-IV пальці служать опорою. Прийом можна проводити послідовно з кожного боку або одночасно з обох боків.

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

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



А



Б

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

А – перший варіант; Б – другий варіант.

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



А



Б

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

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

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

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

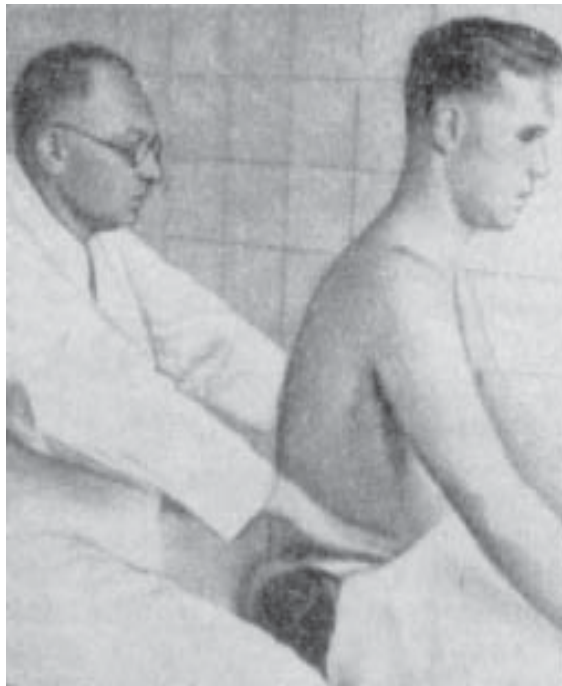


Рис. 98. Стрясання таза (О. Глезер, А.В. Даліхо, 1965).

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

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

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

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

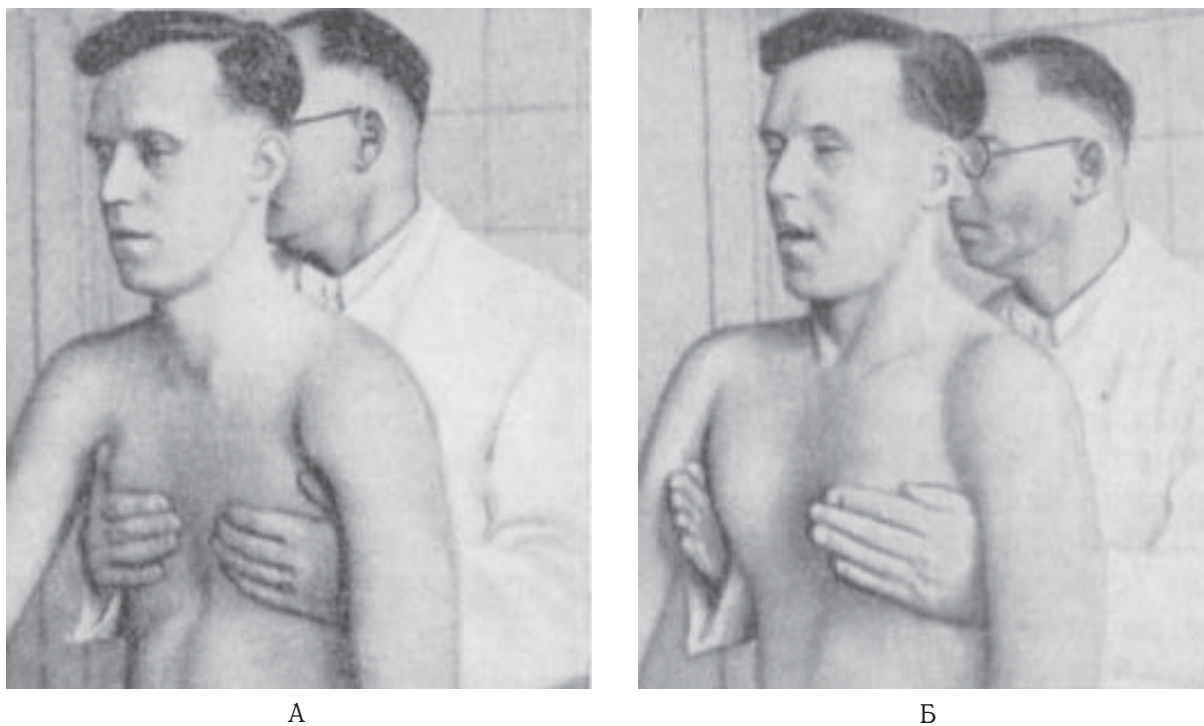
**Практичні рекомендації** щодо проведення сегментарного масажу.

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

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

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





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

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

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

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

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

### Контрольні питання і завдання до розділу “ТЕХНІКА МАСАЖУ”

#### Контрольні питання

1. Основні прийоми класичного масажу.
2. Принципи класифікації основних прийомів масажу.
3. Погладжування:
  - фізіологічний вплив на організм;
  - основні прийоми погладжування, техніка їх виконання;
  - допоміжні прийоми погладжування, техніка їх виконання;
  - практичні рекомендації щодо виконання погладжування;
  - основні помилки, що можуть зустрічатись при виконанні погладжування.
4. Розтирання:
  - фізіологічний вплив на організм розтирання;
  - основні прийоми розтирання, техніка їх виконання;
  - допоміжні прийоми розтирання, техніка їх виконання;
  - практичні рекомендації щодо виконання розтирання;
  - основні помилки, що можуть зустрічатись при виконанні розтирання.
5. Розминання:
  - фізіологічний вплив на організм;



- основні прийоми розминання, техніка їх виконання;
  - допоміжні прийоми розминання, техніка їх виконання;
  - практичні рекомендації щодо виконання розминання;
  - основні помилки, що можуть зустрічатись при виконанні розминання.
6. Вібрація:
- фізіологічний вплив на організм;
  - основні види безперервної вібрації, техніка виконання основних видів безперервної вібрації;
  - основні прийоми переривчастої вібрації, техніка їх виконання;
  - практичні рекомендації щодо виконання вібрації;
  - основні помилки, що можуть зустрічатись при виконанні безперервної та переривчастої вібрації.
7. Спеціальні прийоми сегментарного масажу та техніка їх виконання.

#### *Завдання*

1. Визначіть основну різницю у виконанні погладжування, розтирання, розминання, вібрації.
2. Навчіться виконувати один на одному основні та допоміжні прийоми погладжування, розтирання, розминання, вібрації.
3. При оволодінні технікою виконання основних та допоміжних прийомів масажу зверніть увагу на відчуття в пальцях і на тілі, які виникають при виконанні прийомів.

## Розділ 4

# АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНІ ДАНІ ТА ТЕХНІКА МАСАЖУ ОКРЕМИХ ДІЛЯНОК ТІЛА

### Анатомо-топографічні дані тулуба

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

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

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

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

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

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

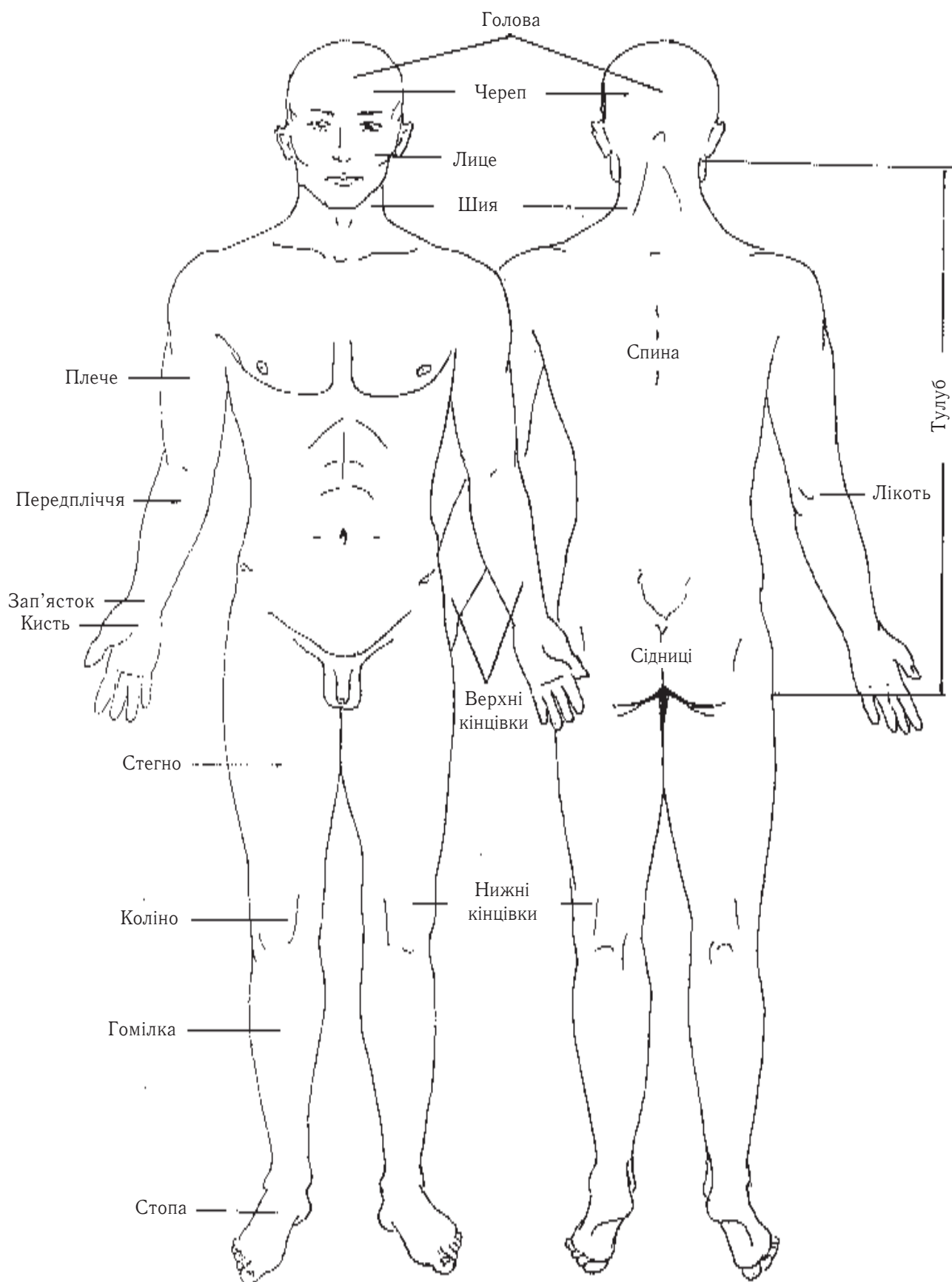


Рис. 100. Частини тіла людини.

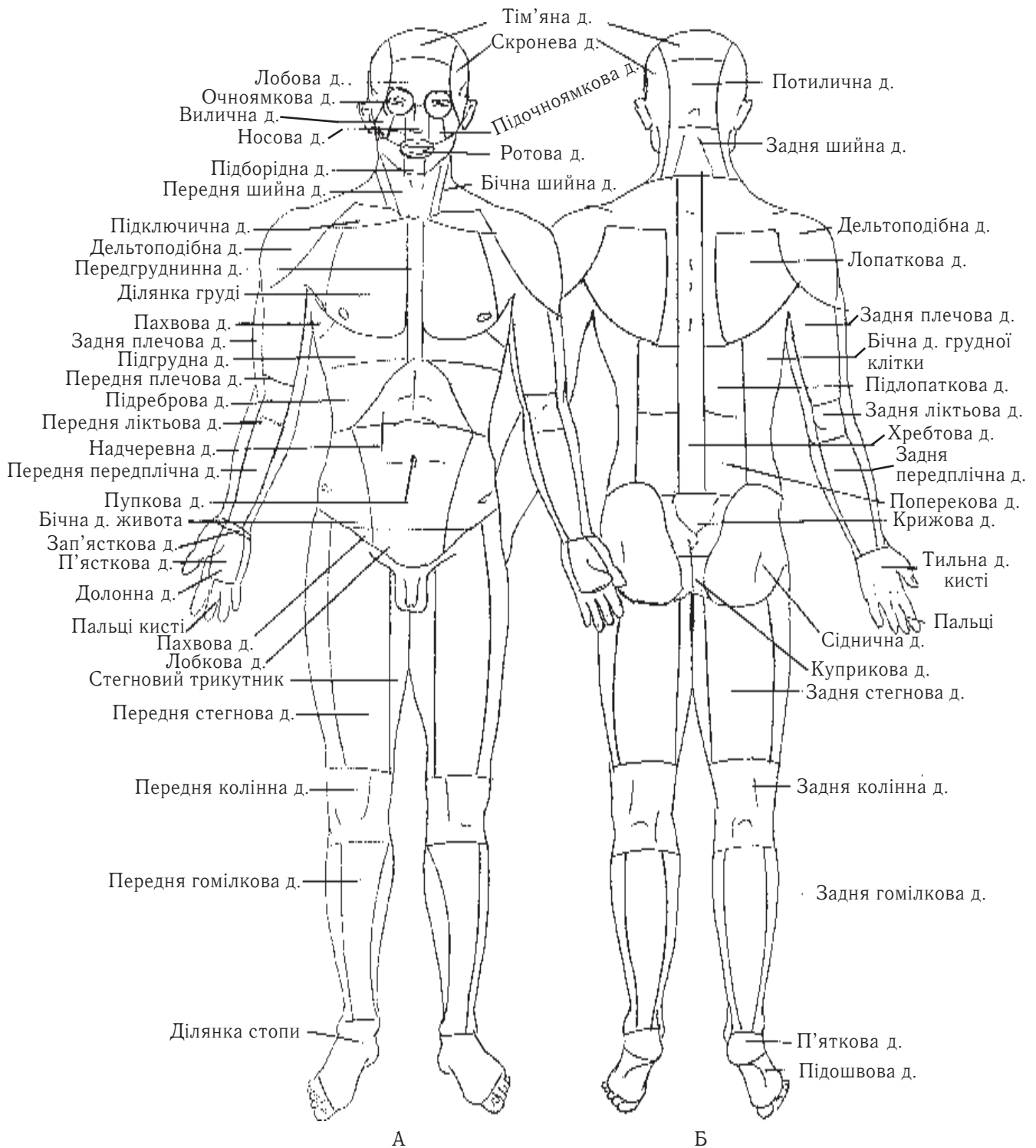


Рис. 101. Ділянки (д.) тіла людини: А – передня поверхня; Б – задня поверхня.

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

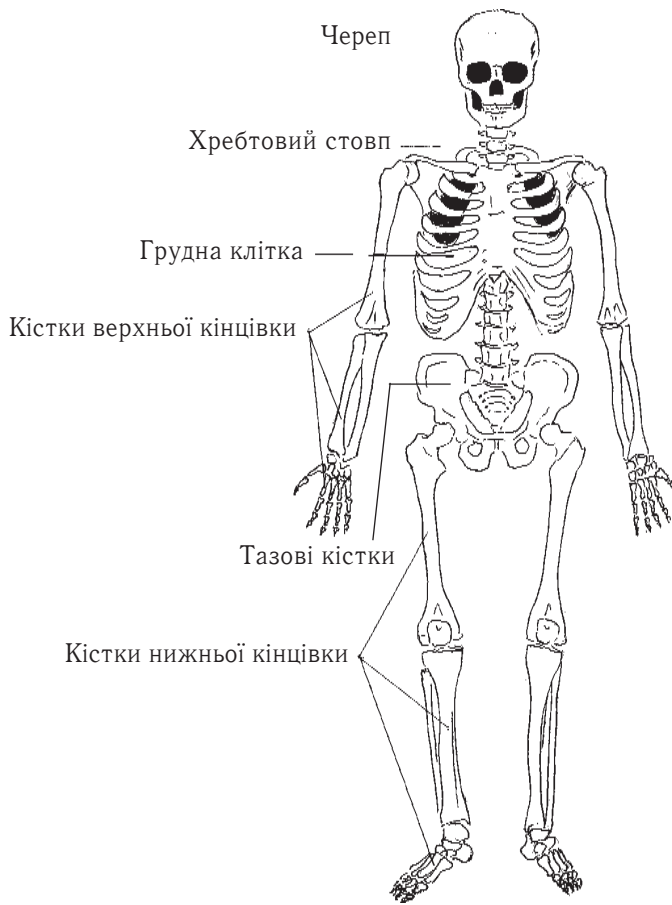


Рис. 102. Скелет.

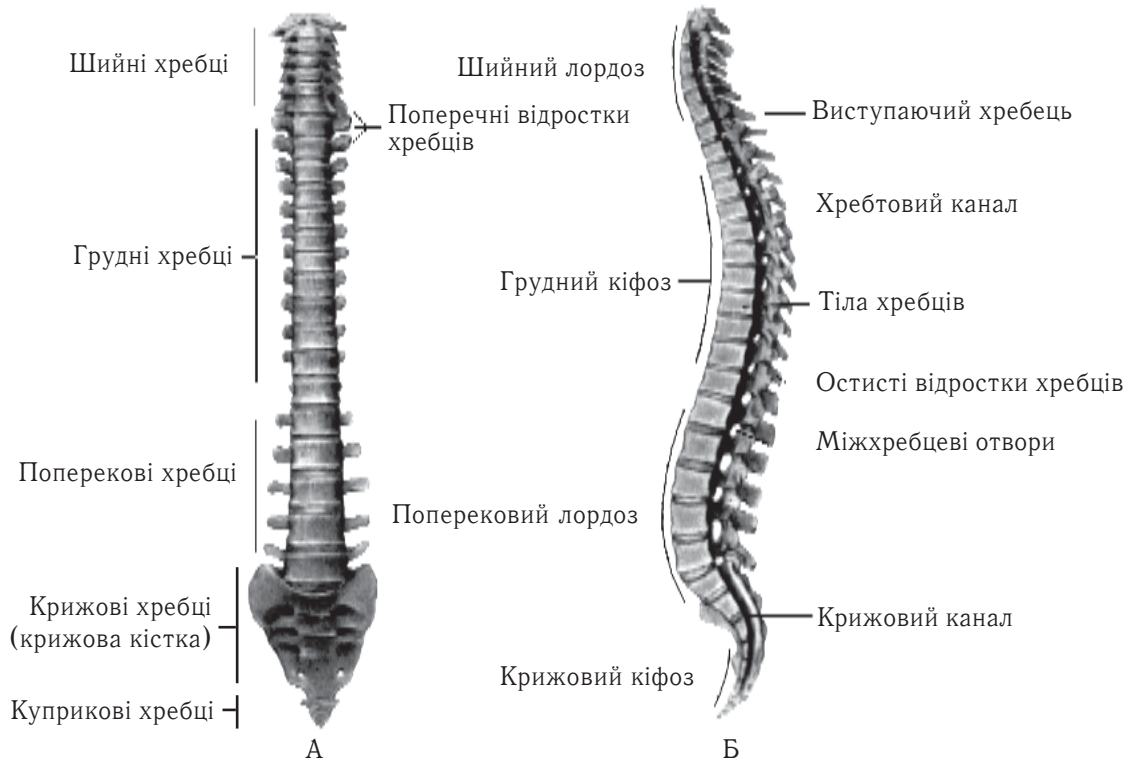


Рис. 103. Хребтовий стовп: А – вигляд спереду; Б – серединний розпил.

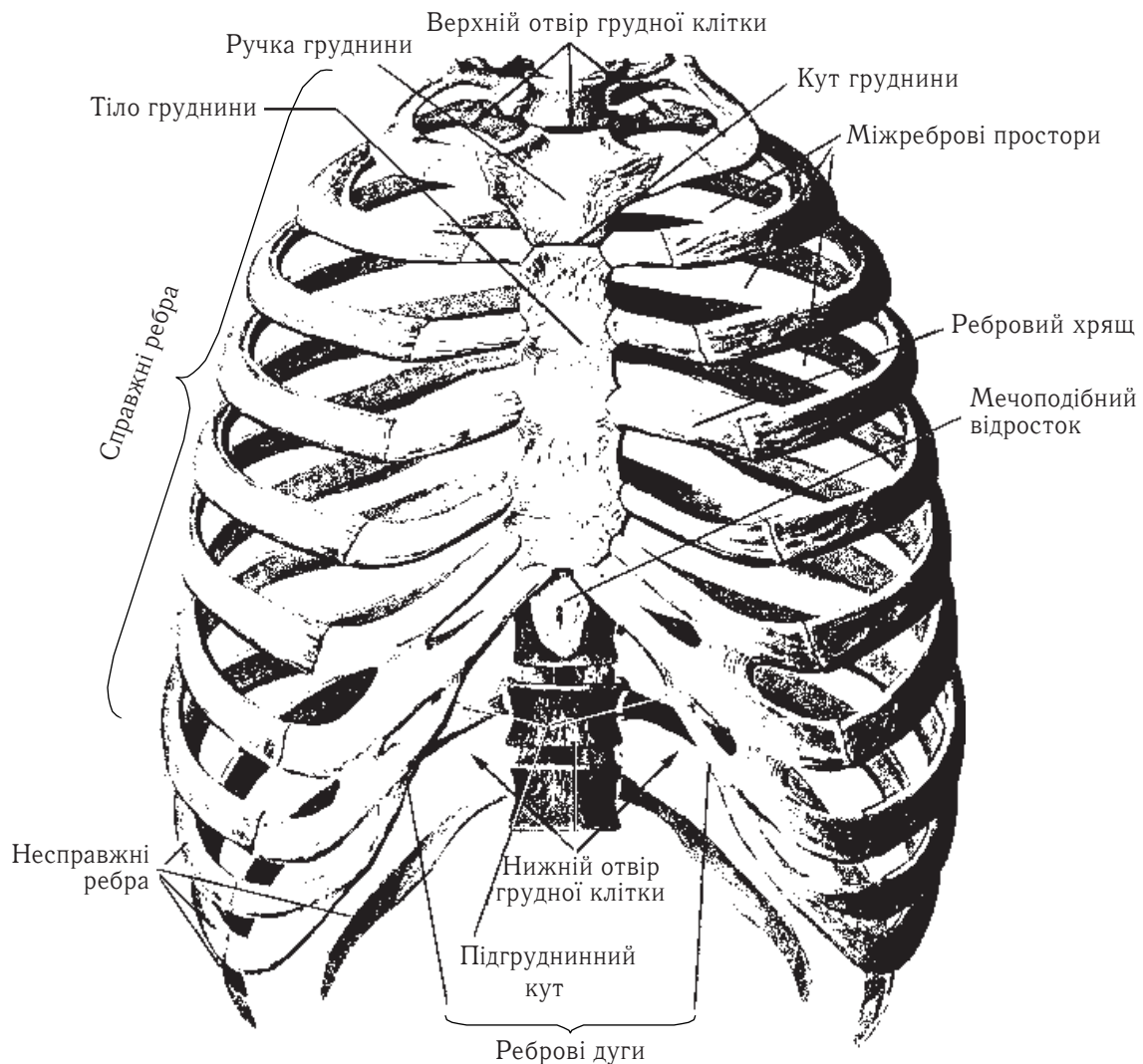


Рис. 104. Грудна клітка (вигляд спереду).

## Анатомо-топографічні дані та техніка масажу спини

### Анатомо-топографічні дані спини

Кісткову основу ділянки спини складає грудний відділ хребтового стовпа та ребра. Вона включає хребтову, крижову, лопаткову, підлопаткову, поперекову ділянки та поперековий трикутник. Дві перші – непарні, інші – парні. Ділянку, розміщену над остю лопатки, в масажі прийнято називати “надпліччя”.

При огляді та пальпації спини (рис. 105) визначається виступаючий під шкірою остистий відросток VII шийного хребця, ребра, ость лопатки з дзьобоподібним відростком, присередній край лопатки та її нижній кут. Лопатка прилягає до задньої поверхні грудної клітки на рівні II-VII ребер. У нижньому відділі спини доступні пальпації гребені клубових кісток. Лінія, що з’єднує їх, проходить через остистий відросток IV поперекового хребця (в масажі називається поясною лінією). При нахилі тулуба вперед добре пальпуються остисті відростки всіх грудних хребців.

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



Рис. 105. Рельєф м'язів тулуба (вигляд ззаду).

М'язи спини (рис. 106): поверхневий м'язовий шар утворюється двома м'язами – трапецієподібним, розміщеним під шкірою (займає задню шийну ділянку, грудний відділ хребтової ділянки, міжлопаткові, лопаткові ділянки), та найширшим м'язом спини, який також розміщується під шкірою і займає нижню частину спини та її бічні відділи. У верхній своїй частині він покритий трапецієподібним м'язом.



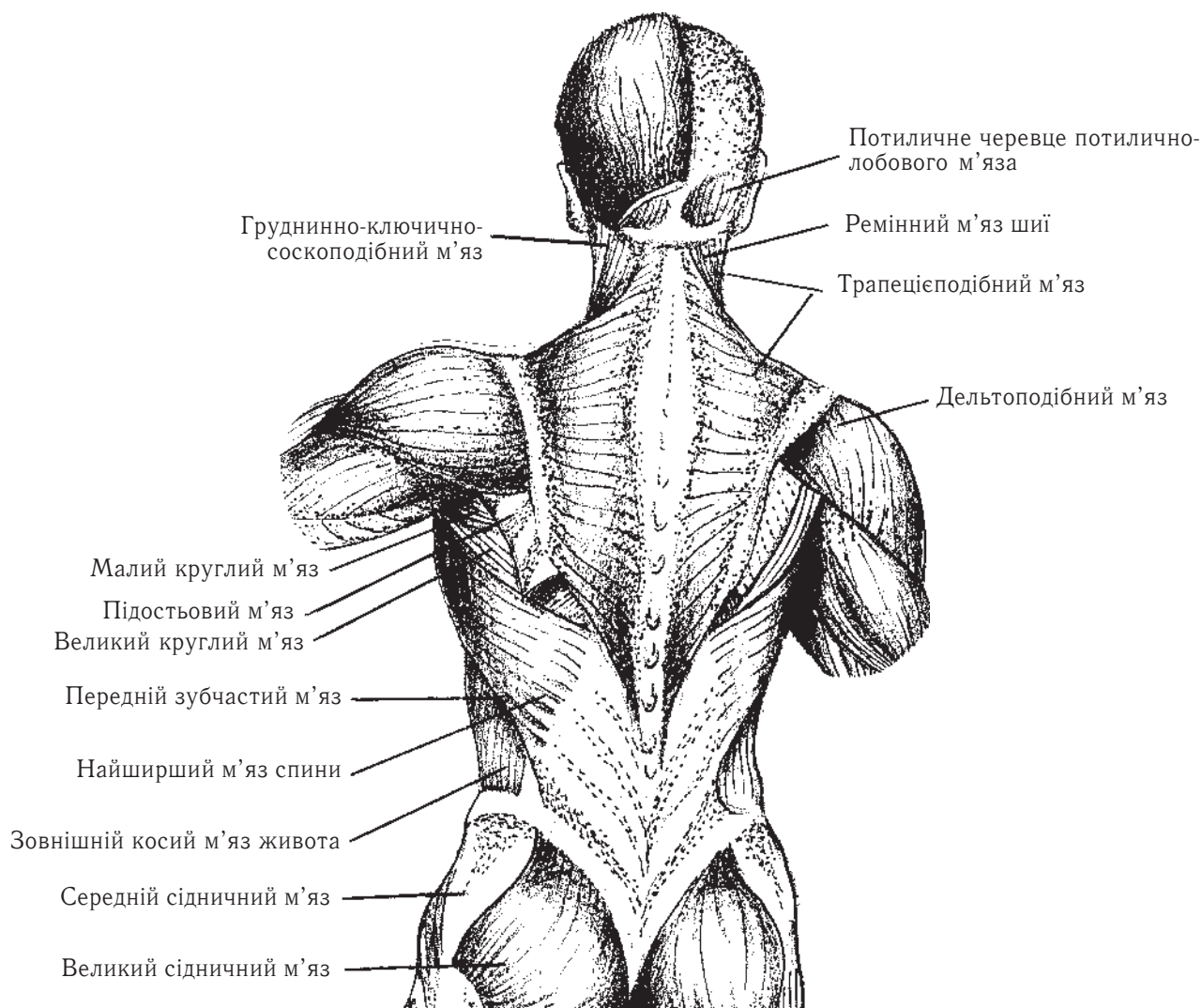


Рис. 106. М'язи спини.

Під трапецієподібним та найширшим м'язами спини по обидва боки від хребта розміщені великий, малий ромбоподібні м'язи, м'яз – підіймач лопатки, задні верхній та нижній зубчасті м'язи. Глибокі м'язи спини розміщені по боках хребтового стовпа (в прихребтових зонах, паравертебрально – лат. *paravertebralis* – термін прийнятий в масажі в Україні і за кордоном). До них відносять м'яз – випрямляч хребта, поперечно-остові та ремінні м'язи. М'яз – випрямляч хребта – найбільший та найсильніший м'яз спини, розміщується вздовж усього хребтового стовпа (рис. 107).

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

### Техніка масажу спини

Положення пацієнта – лежачи на животі, руки вздовж тулуба, дещо зігнуті у ліктьових суглобах, кисті проновані, під гомілковостопними суглобами валик. Положення масажиста – стоячи на рівні кульшових суглобів пацієнта, найчастіше зліва (рис. 108).

**Погладжування.** Напрямок масажних рухів (рис. 109) – від поперекової ділянки паралельно до остистих відростків хребта догори через верхній край трапецієподібного м'яза до надключичних ямок. Після цього кисті повертаються у вихідне положення і, дещо відступивши від хребта, продовжують рухи до пахвових ділянок. Використовують поверхневе і глибоке

площинне погладжування (рис. 39, 110-112, 41) та гладження (рис. 43), охоплює погладжування бічних поверхонь тулуба, зовнішніх країв найширших м'язів спини та трапецієподібного м'яза. Міжкостисті та міжреброві проміжки масажують граблеподібним погладжуванням (рис. 50).

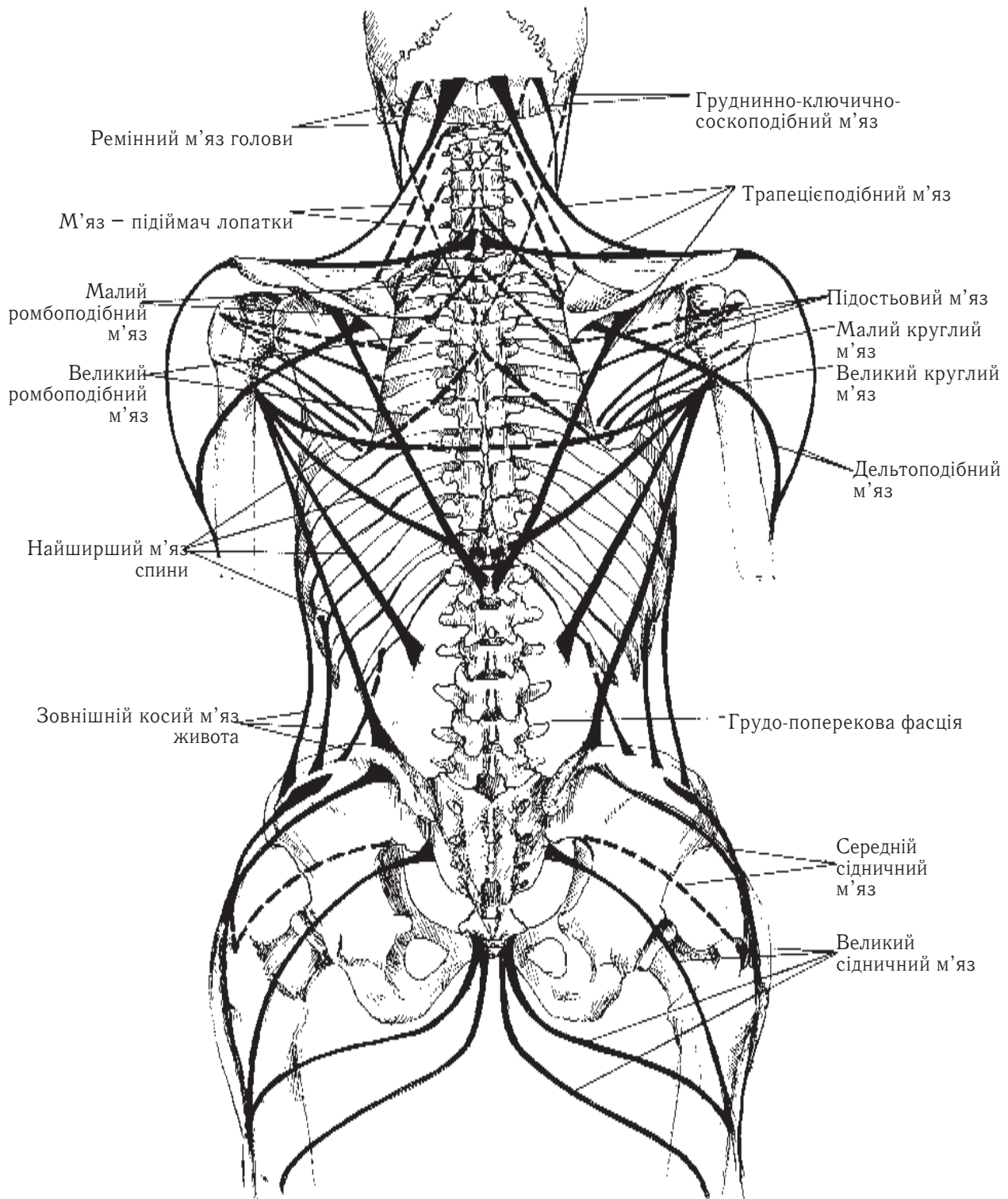
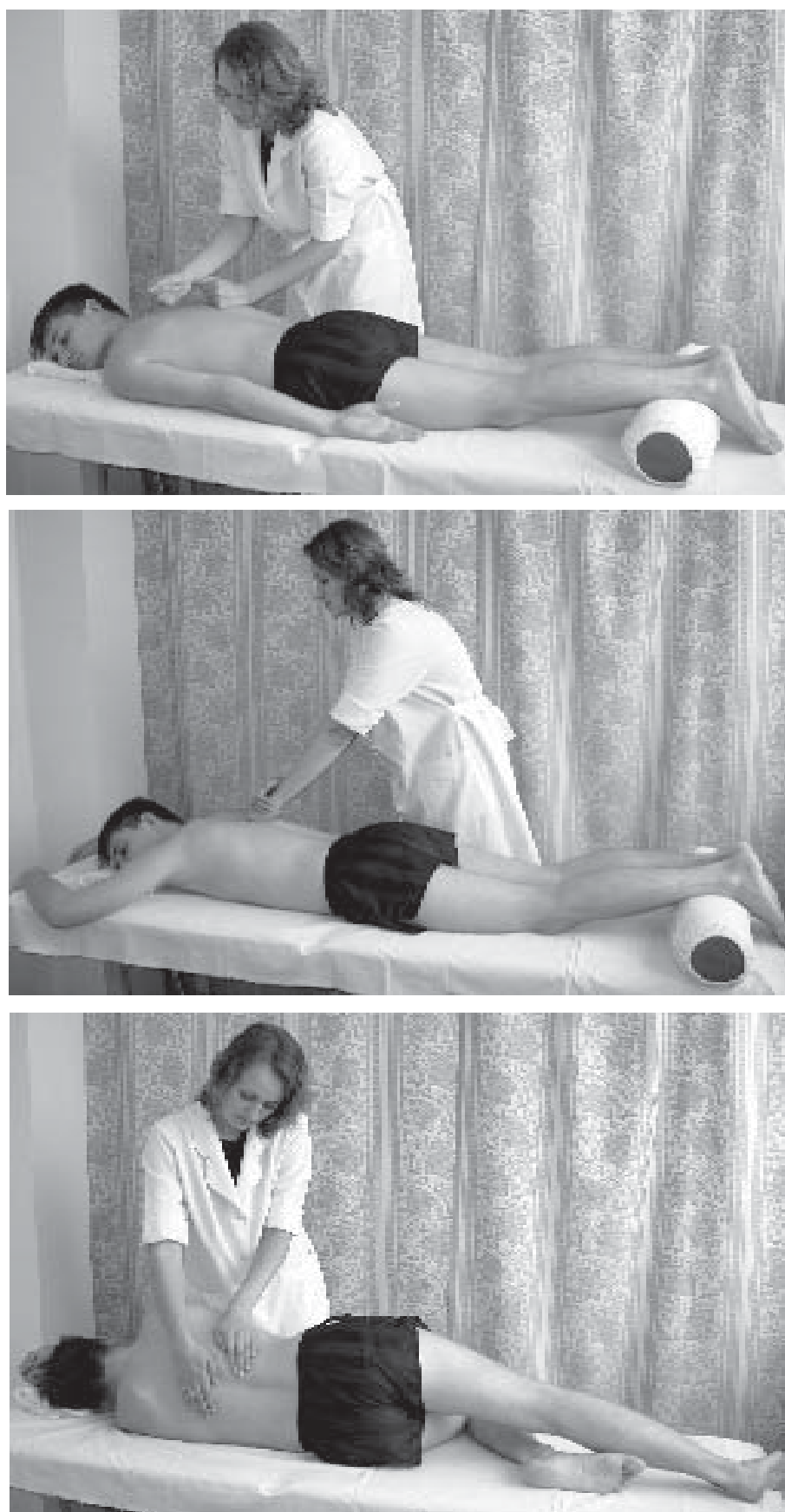
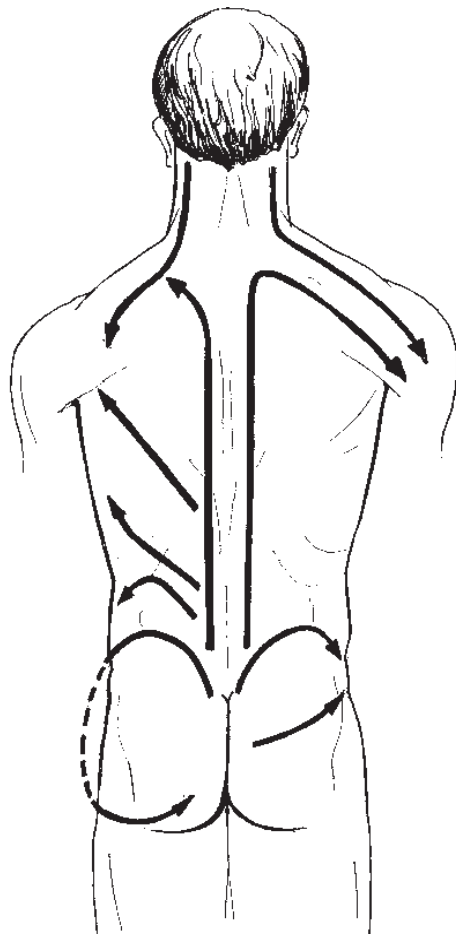


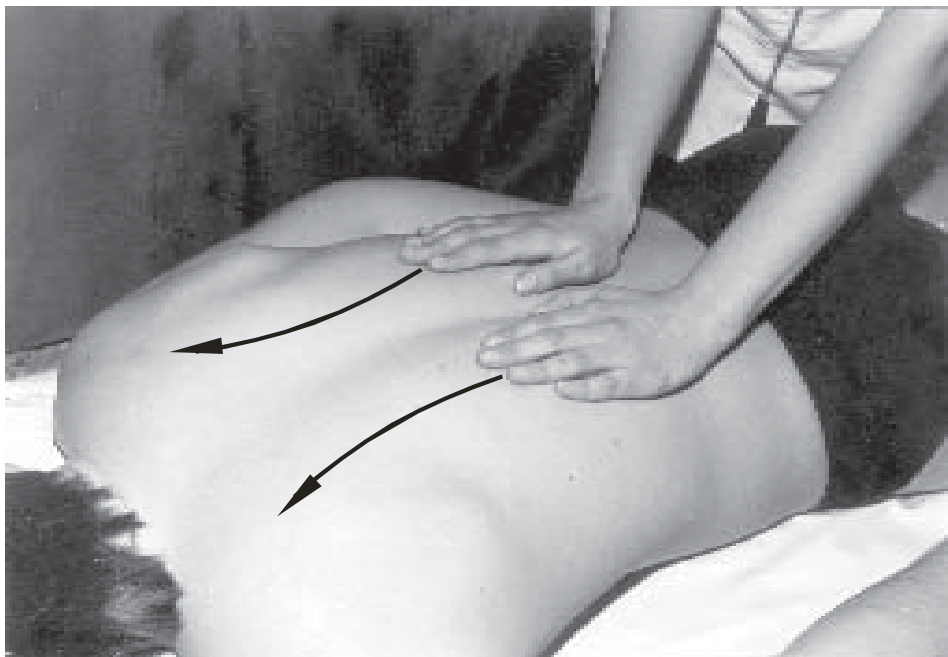
Рис. 107. Місця початку і прикріплення м'язів задньої поверхні тулуба (схема).



*Рис. 108.* Положення хворого і масажиста під час масажу спини.



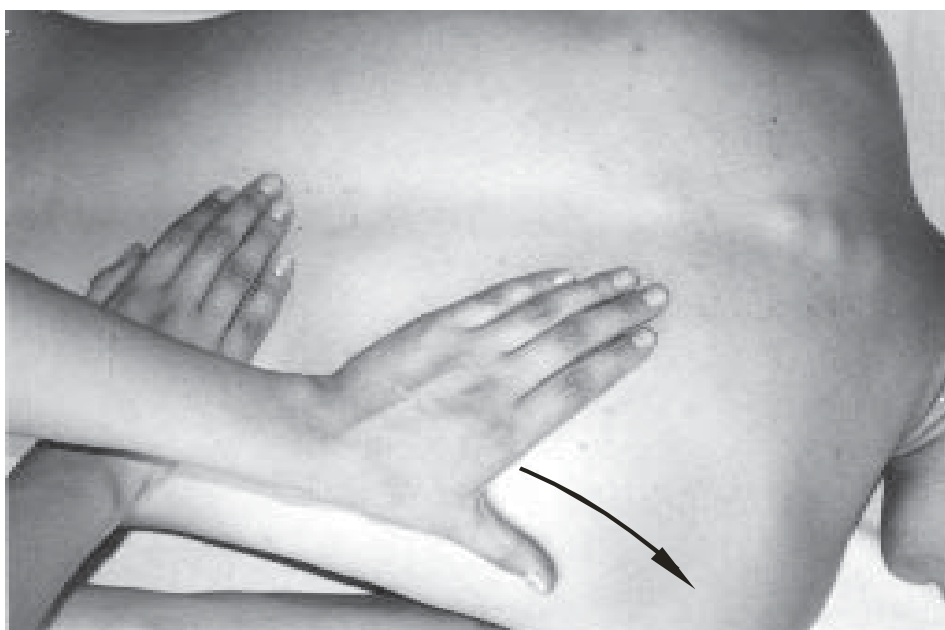
*Рис. 109.* Напрямок масажних рухів на спині.



*Рис. 110.* Погладження прихребтових зон долонною поверхнею кистей, які рухаються симетрично.



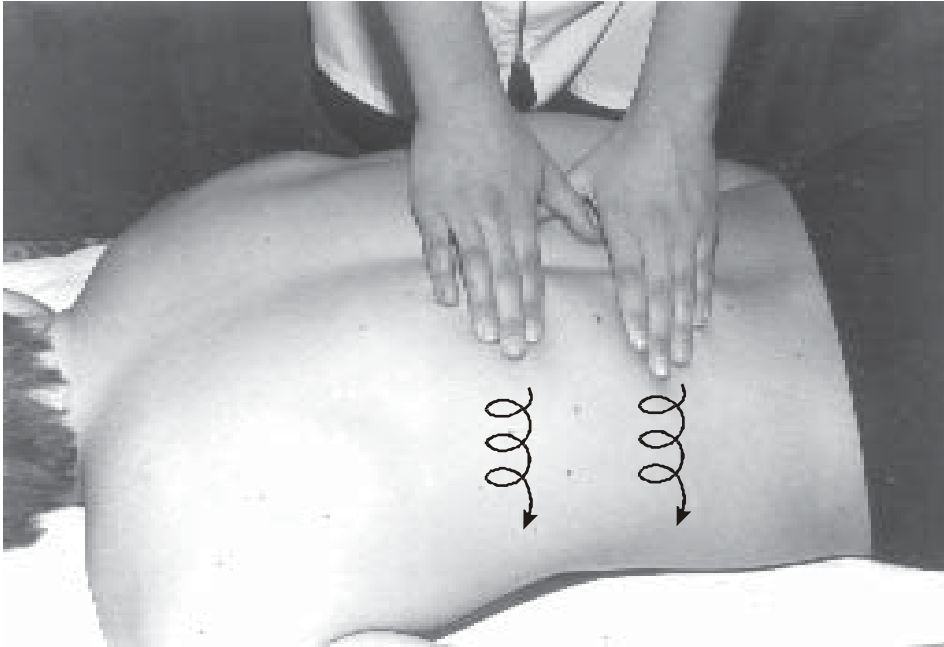
*Рис. 111. Погладження спини долонними поверхнями кистей з відведеним першим пальцем (руки рухаються симетрично).*



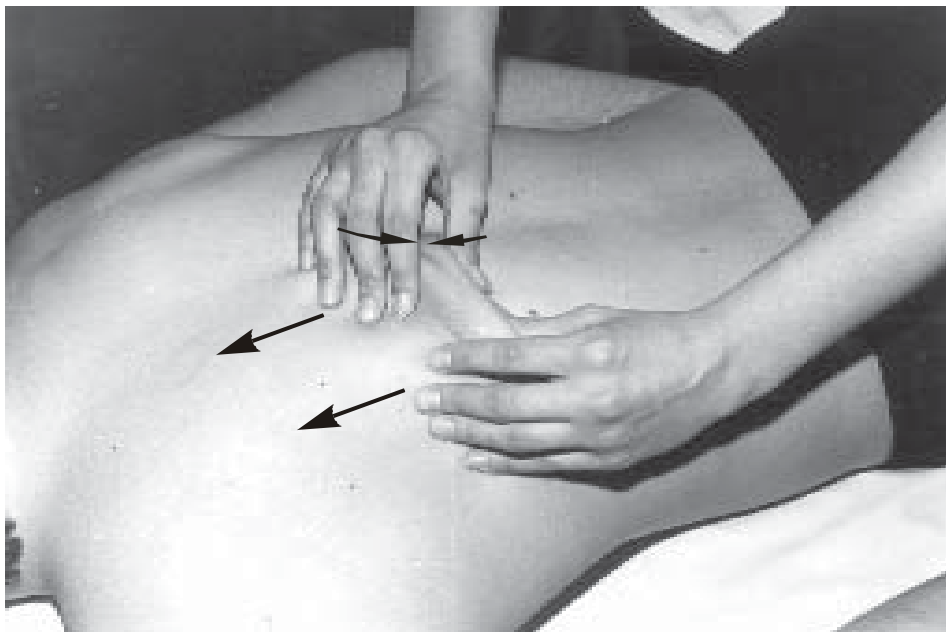
*Рис. 112. Площинне поперемінне погладження спини.*

**Розтирання.** Напрямок рухів може бути поздовжнім та поперечним. Долонною поверхнею, опорною частиною кисті, пальцями однієї чи двох рук виконують прямолінійні та спіралеподібні розтирання прихребтових зон, трапецієподібного м'яза, найширших м'язів спини і лопаток (рис. 113-117, 55). Спіралеподібне розтирання кінцями пальців і штрихування ділянки остистих відростків (рис. 118), гребенів клубових кісток, внутрішніх країв та нижніх кутів лопаток. Граблеподібне розтирання ребер, міжкостистих та міжребрових проміжків (рис. 50, 119). Розтирання ліктьовим краєм кистей внутрішніх країв та нижніх кутів лопаток, для чого руку пацієнта треба закласти за спину. Можна виконувати розтирання спини пальцями, зігнутими

в кулак (рис. 120), обтяженою кистю (рис. 48, 121). Пиляння і стругання м'язів спини (рис. 56, 62). Пересікання зовнішніх країв найширших м'язів спини та низхідної частини трапецієподібного м'яза. Сила натиску на ділянці С4–D2 повинна бути послаблена.

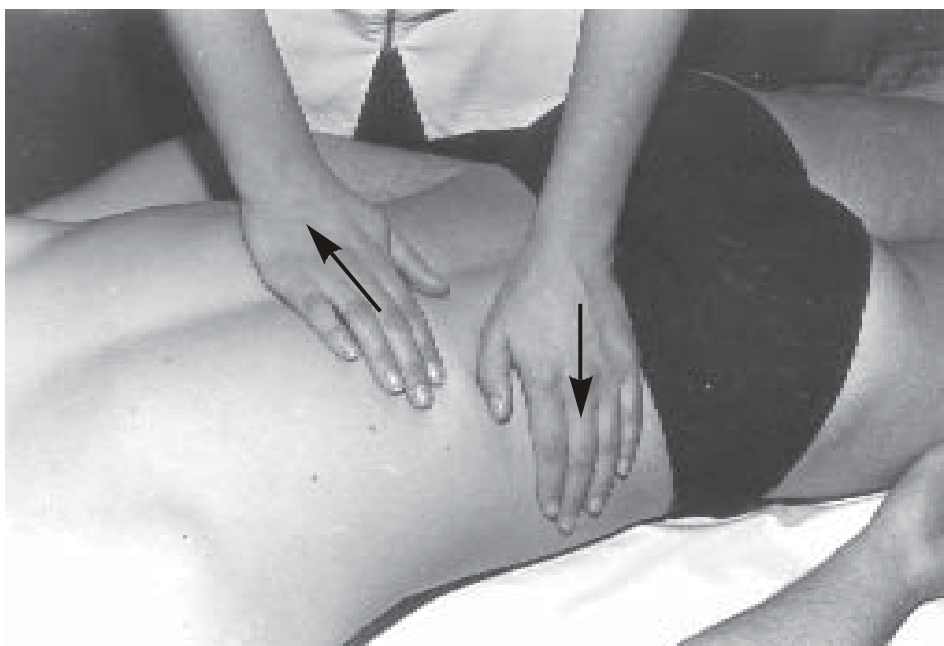


*Рис. 113.* Спіралеподібне розтирання (розминання) пальцями спини синхронними рухами обох кистей з опорою на великі пальці.

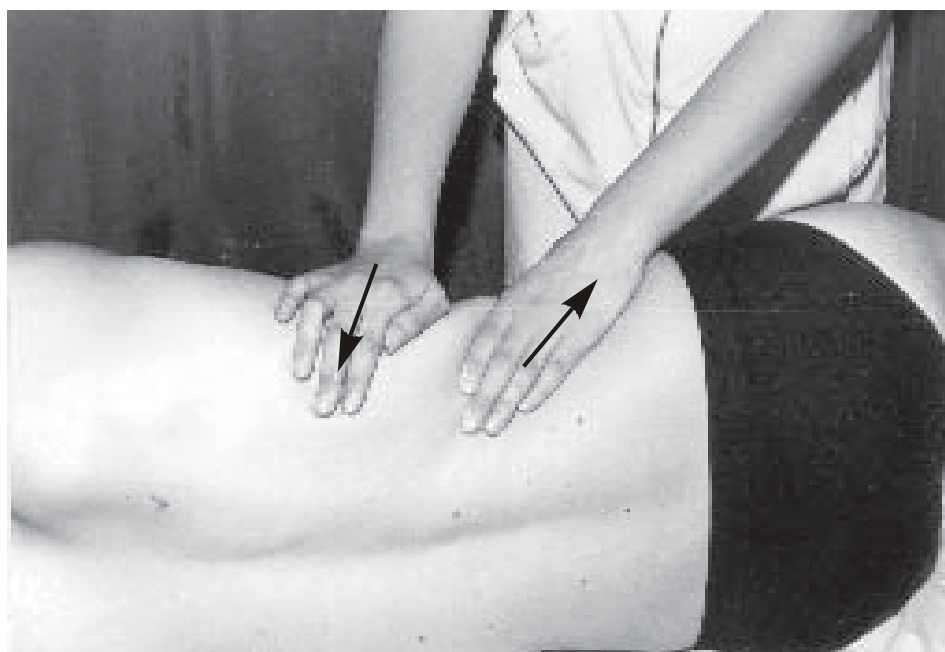


*Рис. 114.* Розтирання зміщенням шкіри спини пальцями обох рук.

**Розминання.** Виконується однією чи обома руками з кожного боку спини поздовжньо (рис. 122) та поперечно, при цьому масажні рухи можуть виконуватися у висхідному та низхідному напрямках. Для масажу паравертебральних зон, трапецієподібного м'яза та найширших м'язів спини використовують зміщення (рис. 71, 123), розтягування (рис. 75), натискування



*Рис. 115.* Розтирання поперекової ділянки долонними поверхнями обох кистей, які рухаються паралельно в протилежних напрямках.



*Рис. 116.* Розтирання долонними поверхнями обох кистей бічної поверхні тулуба (руки рухаються в протилежних напрямках).

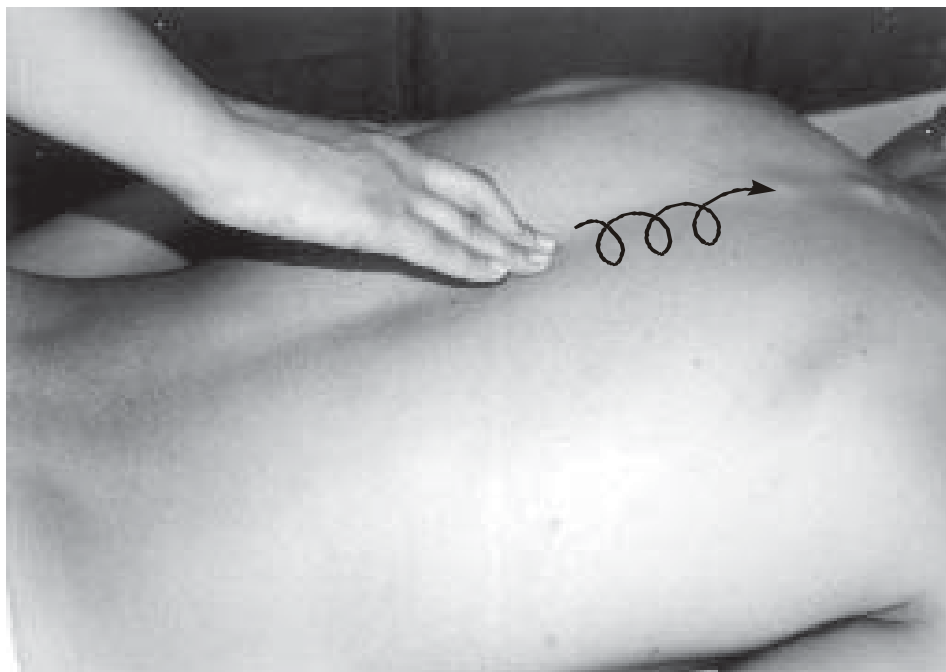
(рис. 124-128). Розминання зовнішніх країв найширших м'язів спини та трапецієподібного м'яза: поздовжнє та поперечне розминання однією чи двома руками (рис. 129). Після розслаблення поверхнево розміщених м'язів приступають до масажу через їх поверхню більш глибоко розміщених м'язів. Використовують прийоми натискування однією, двома руками, обтяженою кистю (рис. 81, 124-127). Поступово, спіралеподібно заглиблюючись у товщу м'яза, розминають його між долонею та кістковою основою, на якій він розміщений, зміщуючи м'язовий пласт з кісткового ложа, потім поступово, тими ж спіралеподібними рухами, зменшують натискування



і переходять на розміщену поруч ділянку м'яза (рис. 113). Можна використовувати гребенеподібний прийом (рис. 81). Особливо ретельного масажу вимагають глибокі м'язи спини, розміщені по обидва боки від хребта (в прихребтових, паравертебральних зонах) (рис. 128, 130).



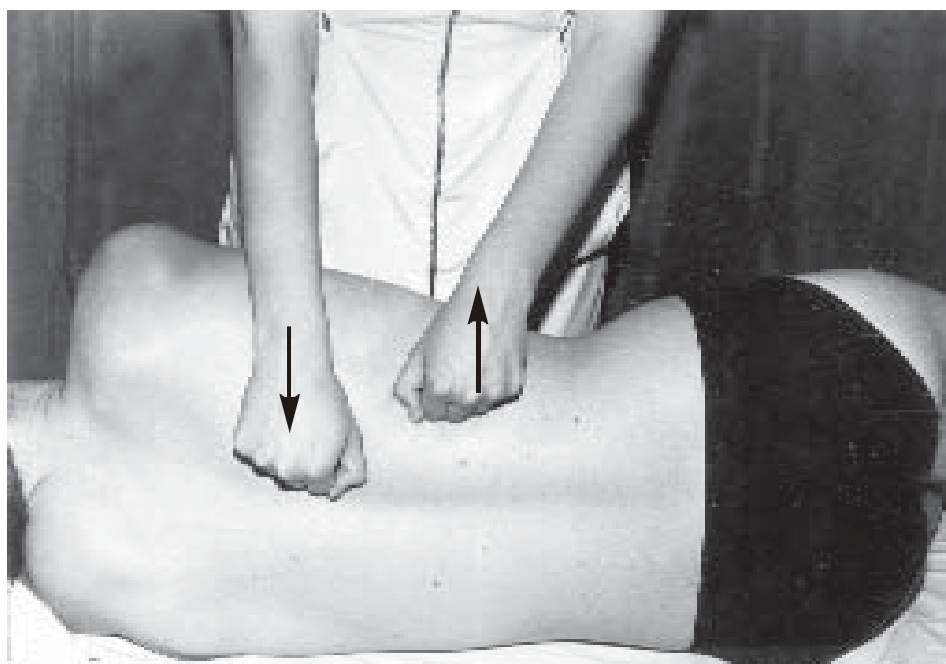
*Рис. 117.* Розтирання спини долонними поверхнями кистей в положенні хворого на боці.



*Рис. 118.* Спіралеподібне розтирання пальцями остистих відростків хребців.



*Рис. 119. Граблеподібне розтирання міжребрових проміжків в положенні хворого на боці.*

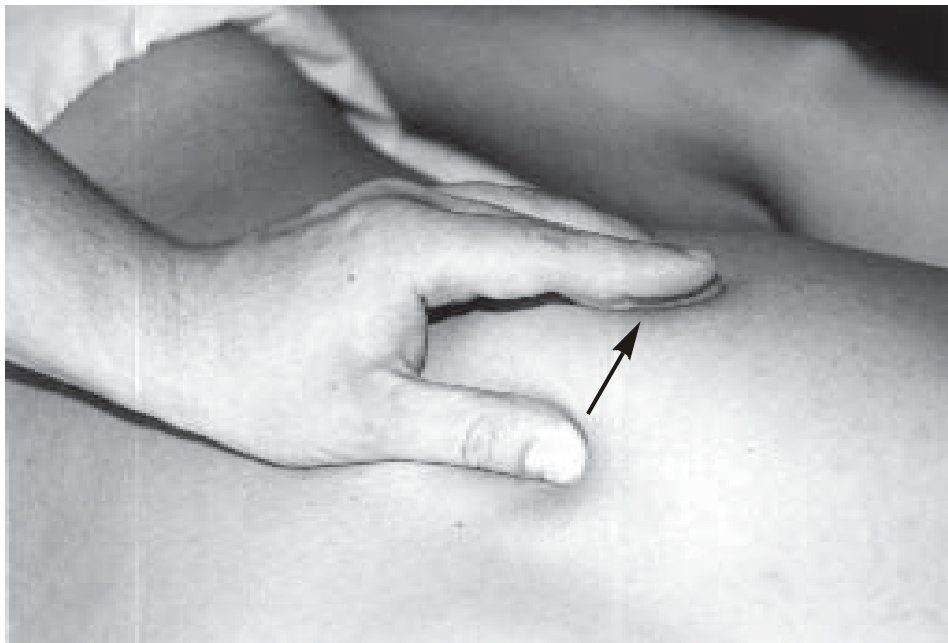


*Рис. 120. Розтирання спини пальцями, зігнутими в кулак, у положенні хворого на боці.*

Натискування в ділянці хребтового стовпа (рис. 77, 131): масажист розміщує обидві кисті на відстані 10-15 см одна від одної поперечно до хребта так, щоб пальці були з одного боку, а опорна частина кисті – з другого. Здійснюють послідовно кожною рукою ритмічне натискування, повільно переміщуючи їх у висхідному та низхідному напрямках. Можна виконувати натискування на паравертебральні зони одночасно двома руками, розміщеними симетрично по обидва боки хребта (рис. 132).



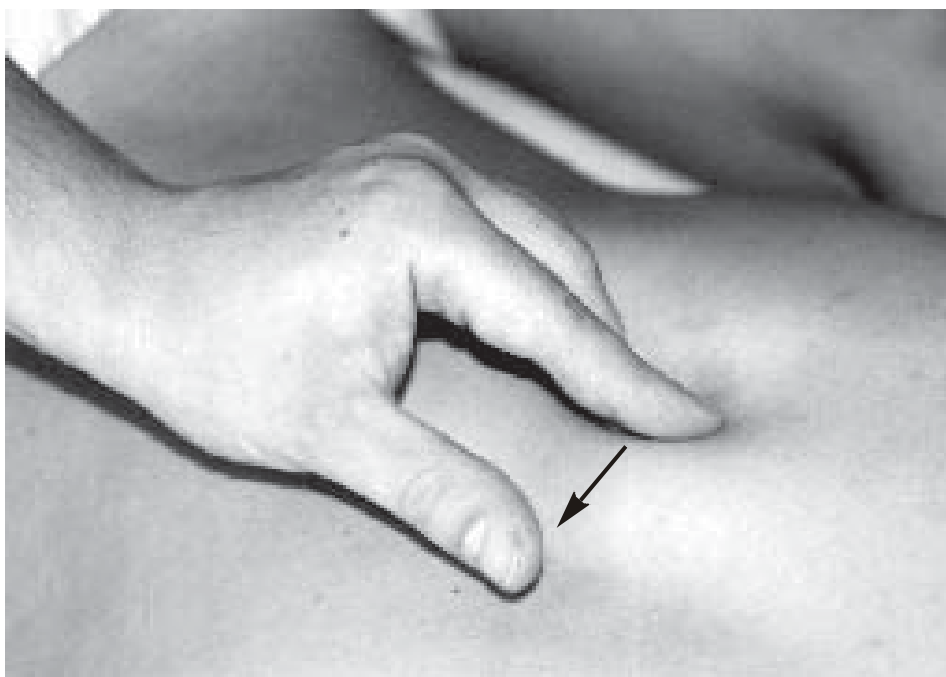
*Рис. 121. Розтирання міжребрових проміжків граблеподібним прийомом з обтяженою кистю.*



А

*Рис. 122. Поздовжнє розминання зміщенням м'яза – випрямляча спини однією рукою:*

А – зміщення м'яза I пальцем в напрямку II-IV пальців.

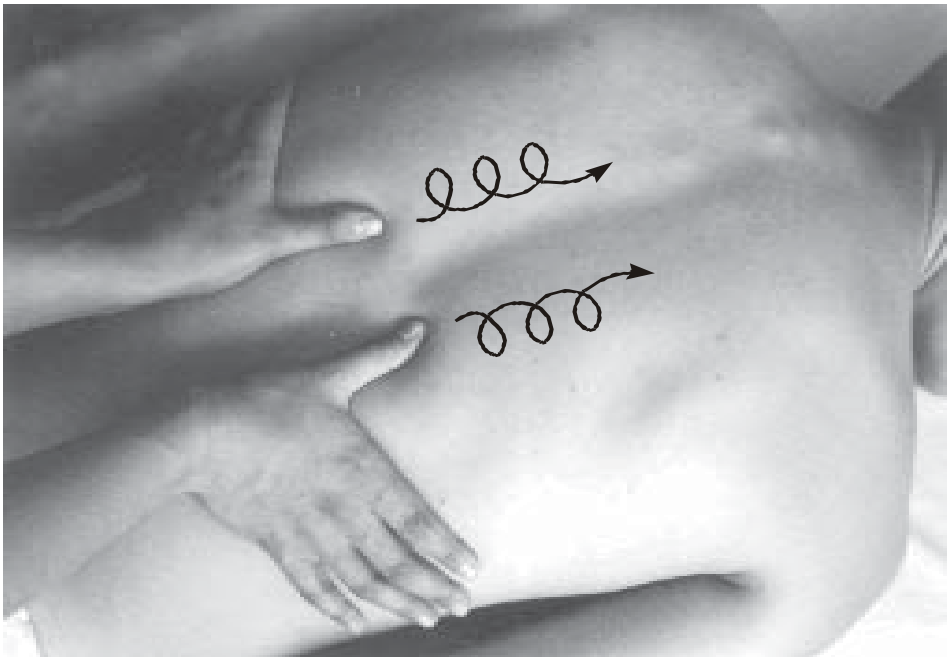


Б

Рис. 122 (продовження). Поздовжнє розминання зміщенням м'яза – випрямляча спини однією рукою: Б – зміщення м'яза II-IV пальцями в напрямку I пальця.



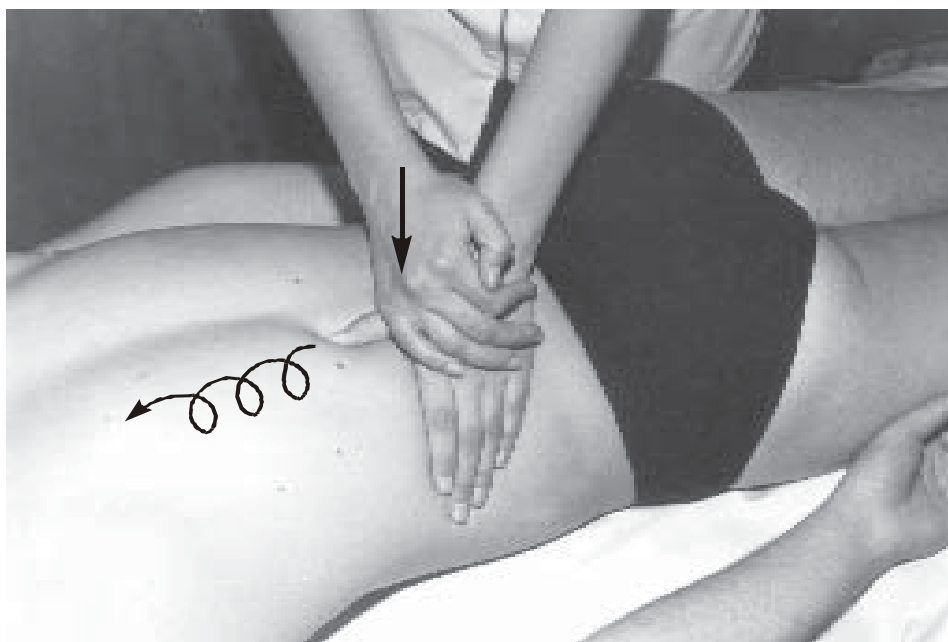
Рис. 123. Розминання (зміщення) м'яких тканин спини двома руками.



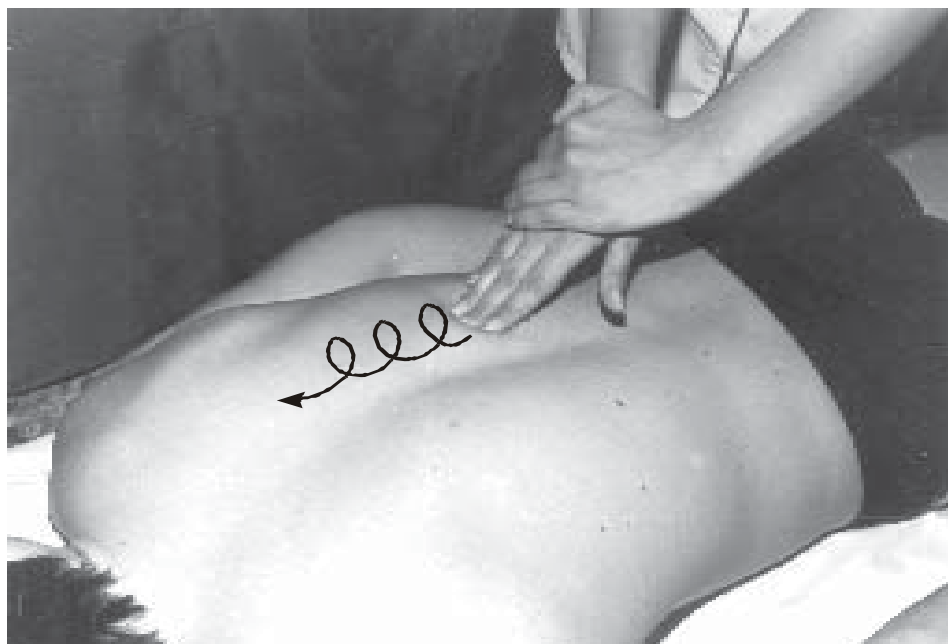
*Рис. 124.* Спіралеподібне розминання м'язів прихребтових зон натискуванням великими пальцями обох рук, які рухаються паралельно.



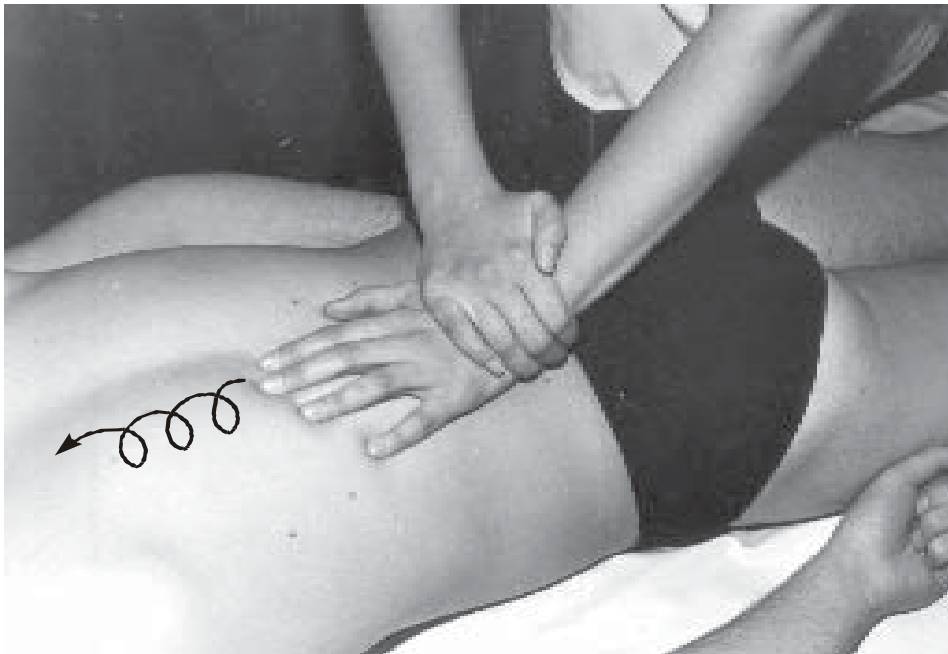
*Рис. 125.* Розминання м'язів прихребтових зон натискуванням великими пальцями обох рук, які рухаються синхронно вліво-вправо.



*Рис. 126.* Розминання м'язів прихребтових зон натискуванням І пальцем з обтяженням.



*Рис. 127.* Розминання м'язів прихребтових зон пальцями з обтяженою кистю.

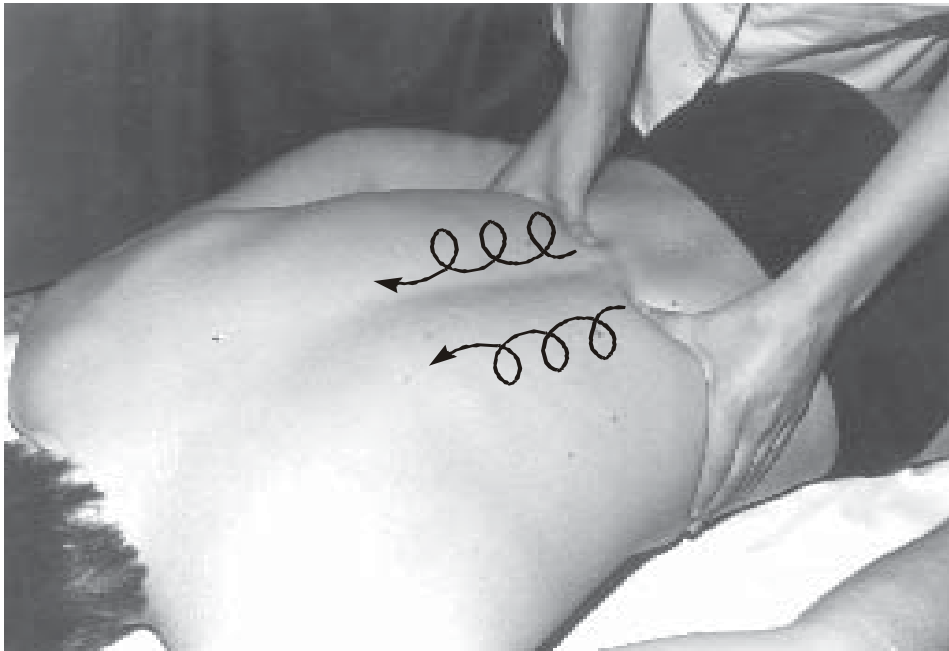


*Рис. 128.* Розминання натискуванням обтяженою кистю м'язів спини.

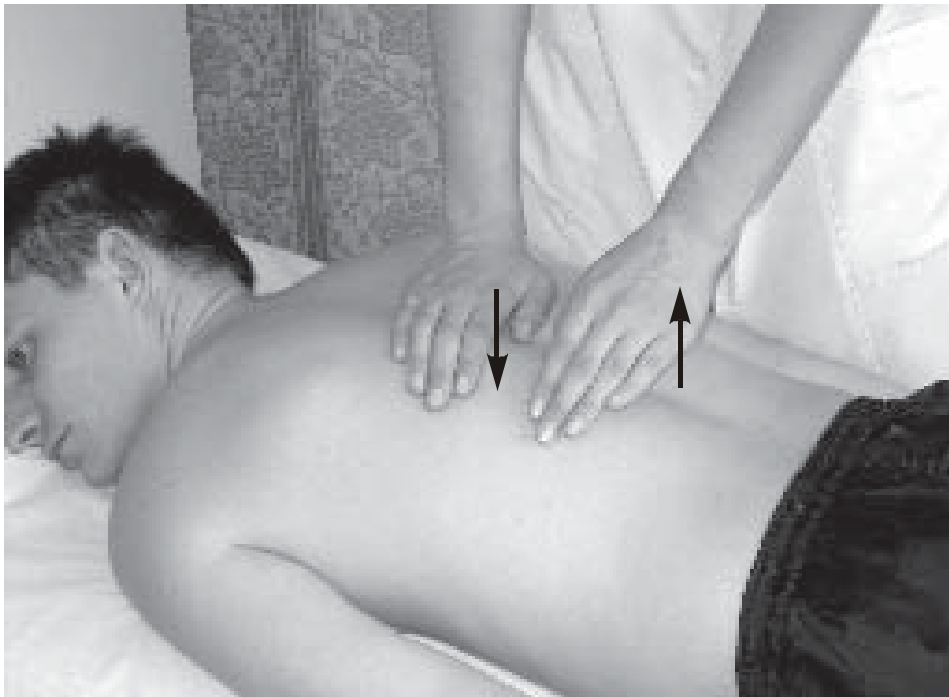


*Рис. 129.* Поперечне розминання зовнішнього краю найширшого м'яза спини.

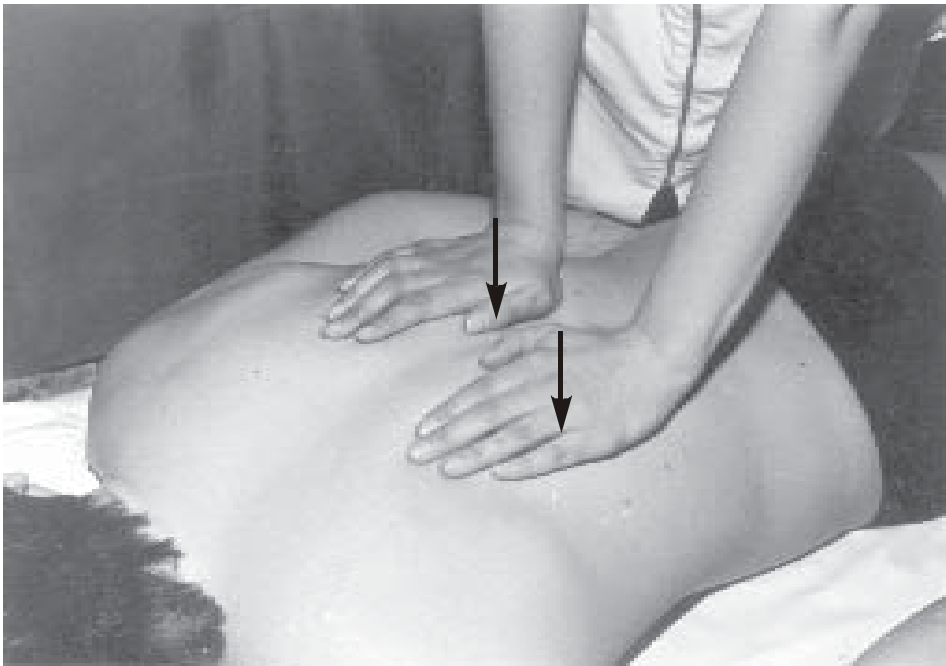




*Рис. 130.* Розминання (свердління) великими пальцями м'язів прихребтових зон.

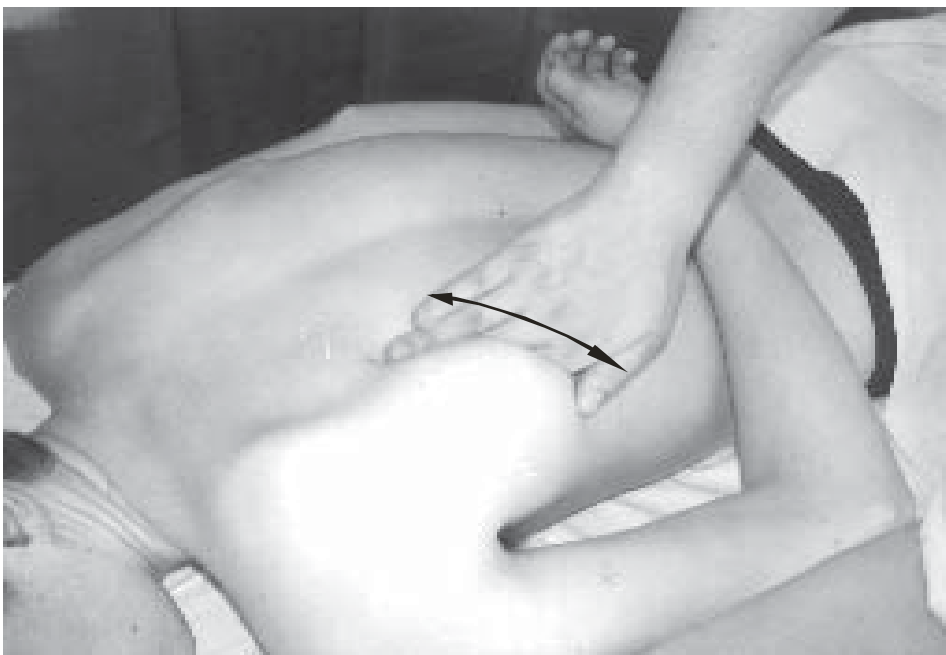


*Рис. 131.* Натискування двома руками послідовно в ділянці хребта.



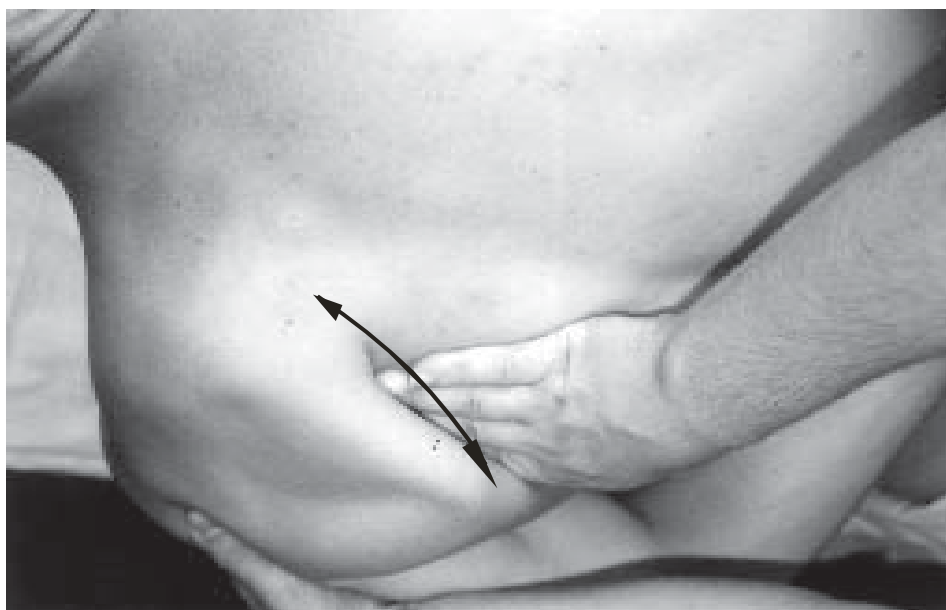
*Рис. 132. Натискування двома руками одночасно в прихребтових зонах кистями, розміщеними по обидва боки від хребта.*

Масаж під лопаткою проводиться в положенні хворого лежачи на животі. Масажист однією рукою піднімає плечовий суглоб, сприяючи деякому відходженню лопатки від поверхні грудної клітки. Другою рукою проникає під лопатку, виконуючи спіралеподібне розтирання пальцями та розминання натискуванням підлопаткового м'яза і ділянки грудної клітки під нею. Підлопатковий м'яз можна розминати, заклавши руку пацієнта за спину (рис. 133).



А

*Рис. 133. Розминання пальцями під лопаткою:  
А – без піднімання плеча.*



Б

Рис. 133 (продовження). Розминання пальцями під лопаткою:  
Б – з підніманням плеча.

**Вібрація.** Безперервна вібрація. Лабільна вібрація одним або декількома пальцями чи підвищенням великого пальця або гребенеподібно (виконується найчастіше вздовж прямих м'язів спини, в місцях виходу корінців спинномозкових нервів на поверхню тіла) (рис. 84, 134). Стабільна вібрація в зонах напруження м'язів (найчастіше це надостьова ямка, паравертебральні зони, місця прикріплення м'язів). Потрушування країв трапецієподібного м'яза та найширших м'язів спини. Стрясання окремих ділянок (рис. 135) чи усїєї спини накладанням на протилежні (правий верхній, лівий нижній) квадрати спини рук, які здійснюють безперервні коливальні рухи. Потім руки розміщуються на немасажованих (протилежних) квадратах, виконуючи ці ж коливальні рухи.

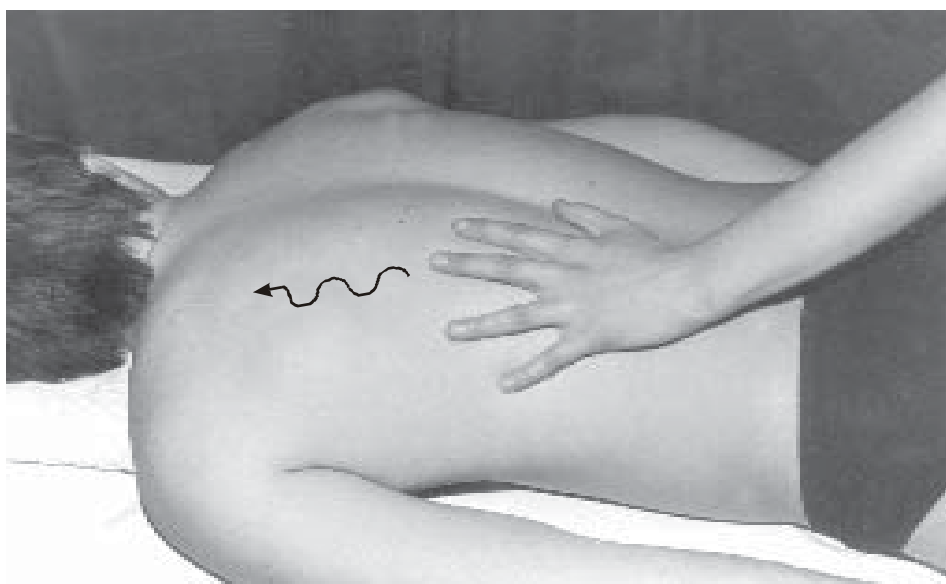
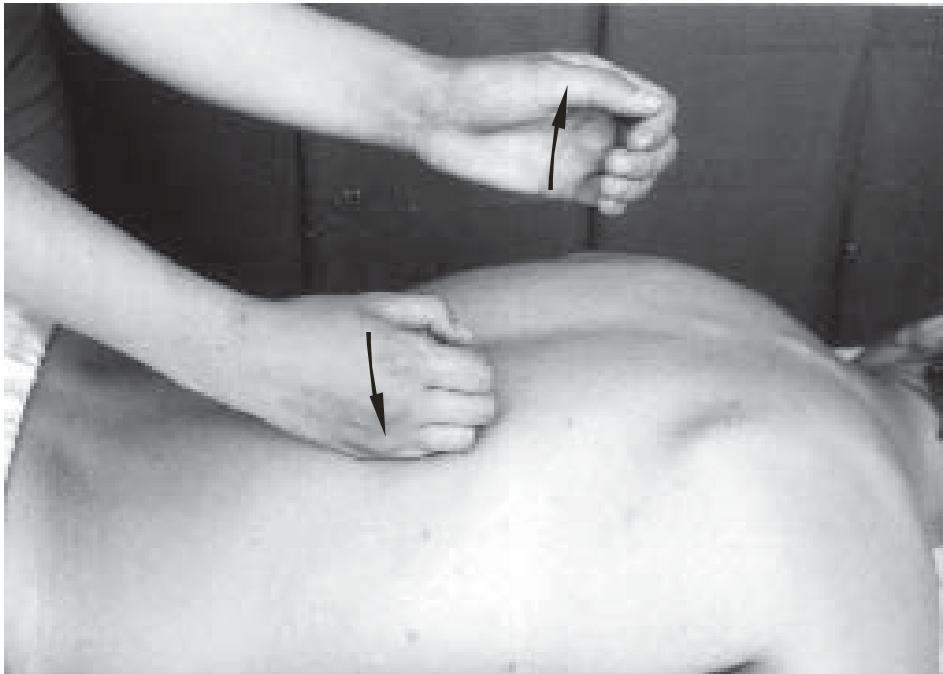


Рис. 134. Вібраційні погладження спини.



*Рис. 135. Стрясання в ділянці поперекового відділу хребта.*

Переривчаста вібрація: поколювання пальцями (рис. 90), кулаком, поплескування (рис. 92), рубання обома руками (рис. 93, рис. 136), шмагання (рис. 94). У ділянці нирок – не виконується, в лівій міжлопатковій ділянці – обережно.



*Рис. 136. Рубання зігнутими пальцями в ділянці спини (пальці з'єднані).*

**Практичні рекомендації** щодо проведення масажу спини.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Показання** до призначення масажу спини.

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

## Анатомо-топографічні дані та техніка масажу шиї

### Анатомо-топографічні дані шиї

Шийний відділ хребтового стовпа утворений 7 шийними хребцями. Перший з них сполучається з черепом, останній – з першим грудним хребцем (рис. 137).

Ділянки шиї: передня шийна ділянка, сонний трикутник, м'язовий або лопатково-трахейний трикутник, підборідний трикутник, груднинно-ключично-соскоподібна ділянка, бічна та задня шийні ділянки (рис. 101). Задня шийна ділянка, спина до рівня IV хребця, передня поверхня грудної клітки до рівня II ребра в масажі об'єднані в "комірцеву зону" (рис. 138).

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

Шкіра передньої і бічної шийних ділянок дуже ніжна і легко зміщується. На задній поверхні шиї вона більш товста і менш рухома. Всю її передню поверхню, залягаючи під шкірою, покриває широкий підшкірний м'яз шиї (рис. 138, 140). Він натягує шкіру шиї, сприяє відтягненню її вперед, полегшуючи розширення кровоносних судин при значних фізичних навантаженнях. Підшкірний м'яз шиї входить до складу мімічних м'язів, сприяючи відтягуванню донизу кутів рота.

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

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

В ділянці шиї розміщуються м'язи, що прикріплюються до під'язикової кістки: лопатково-під'язиковий, груднинно-під'язиковий, груднинно-щитоподібний, щито-під'язиковий, підборідно-під'язиковий. Вони беруть участь у розмові, ковтанні, диханні, мають відношення до рухів нижньої щелепи. До глибоких м'язів шиї відносять: передній, середній та задній драбинчасті м'язи,

довгий м'яз шиї, довгий м'яз голови, передній прями́й, бічний прями́й м'язи голови. В ділянці шиї розміщуються гортань, трахея, глотка, стравохід і життєво важливі судини та нерви. До числа останніх входять зовнішня та внутрішня сонні артерії, внутрішня і зовнішня яремні вени і нерви, блукаючий нерв. У поперечних відростках тіл шийних хребців розміщується хребтова артерія, яка разом з внутрішньою сонною артерією кровопостачає головний мозок (рис. 139, 140).

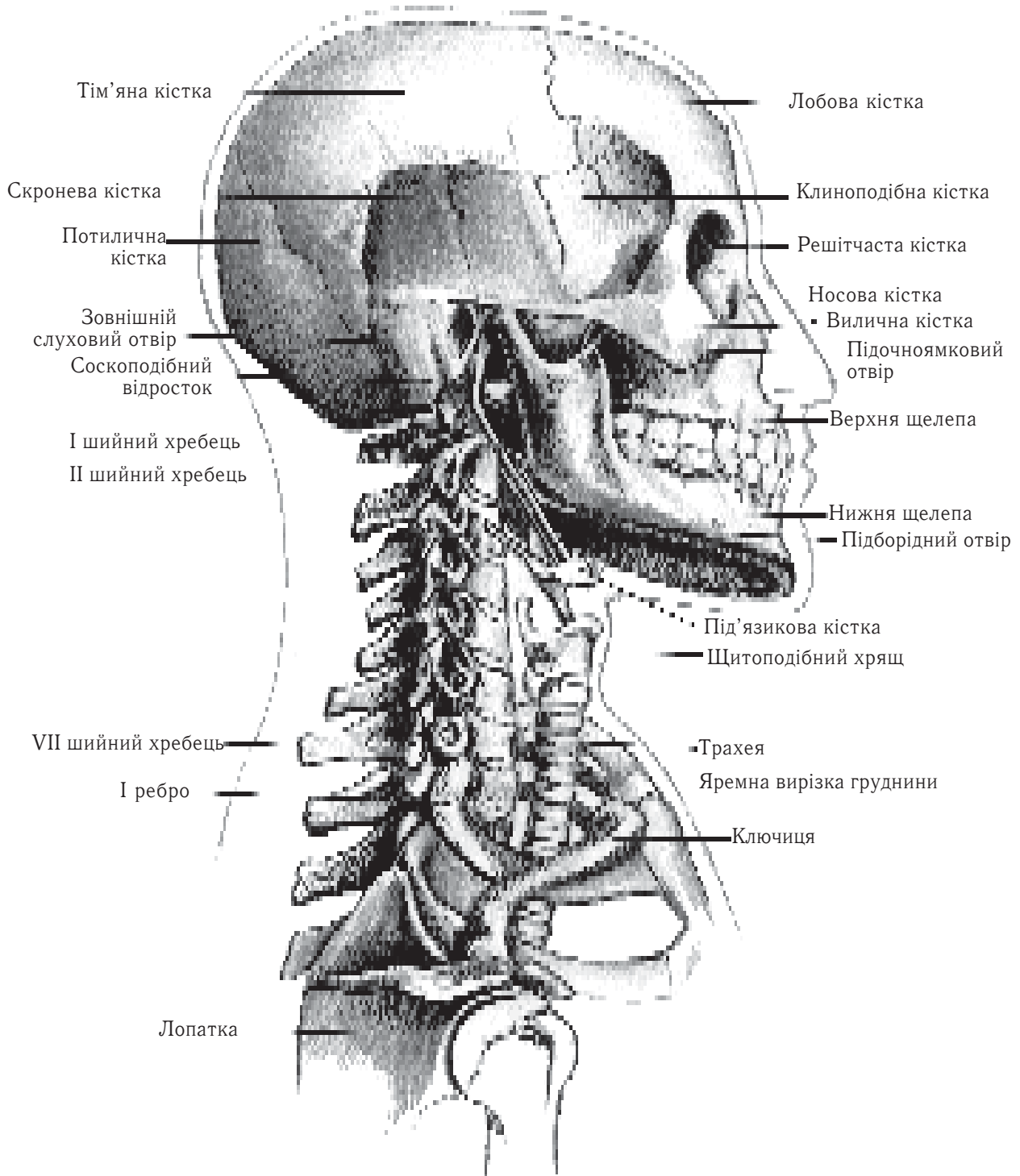


Рис. 137. Скелет голови та шиї (вигляд збоку).

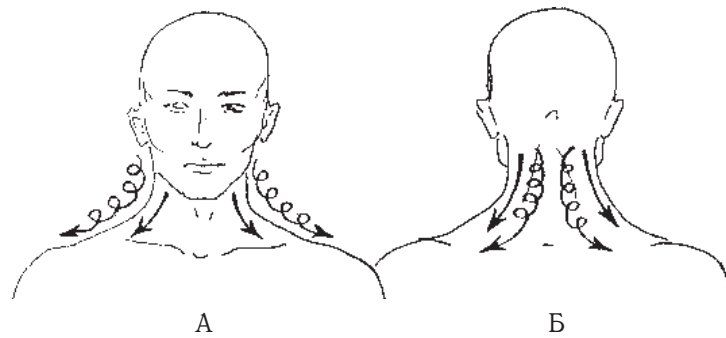


Рис. 138. Комірцева зона та напрямок масажних рухів: А – вигляд спереду, Б – вигляд ззаду.

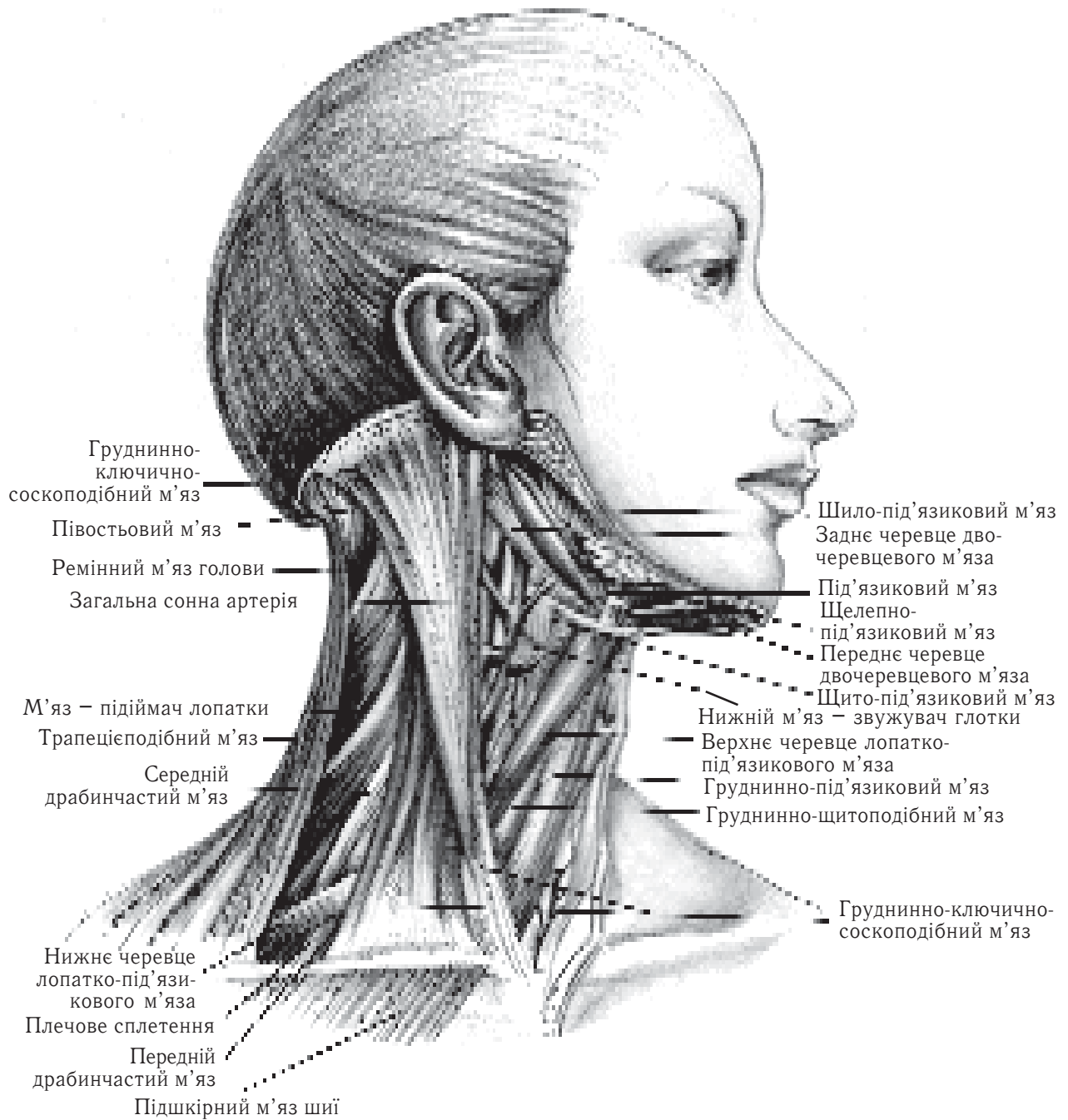


Рис. 139. М'язи шиї (вигляд збоку).



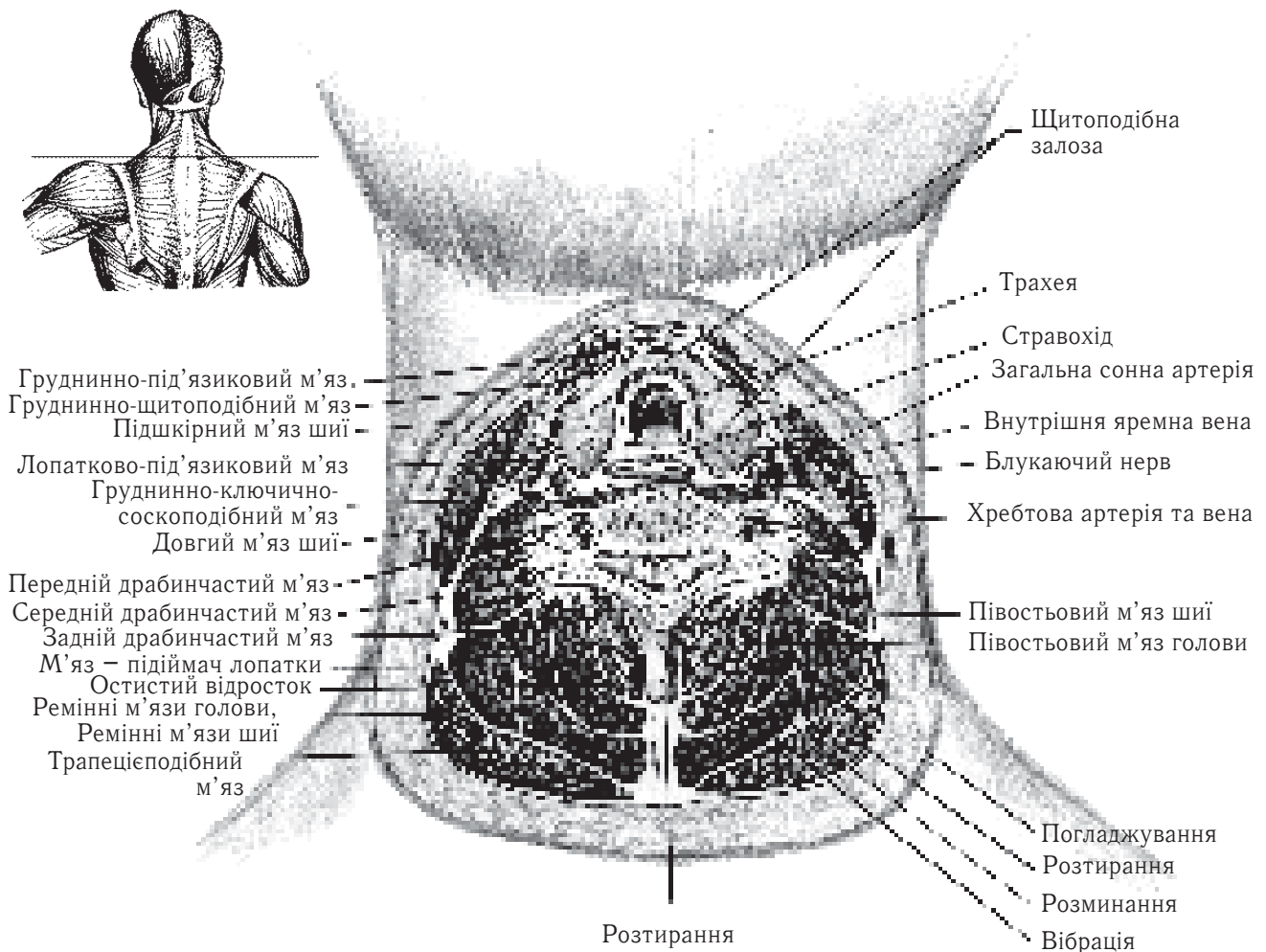


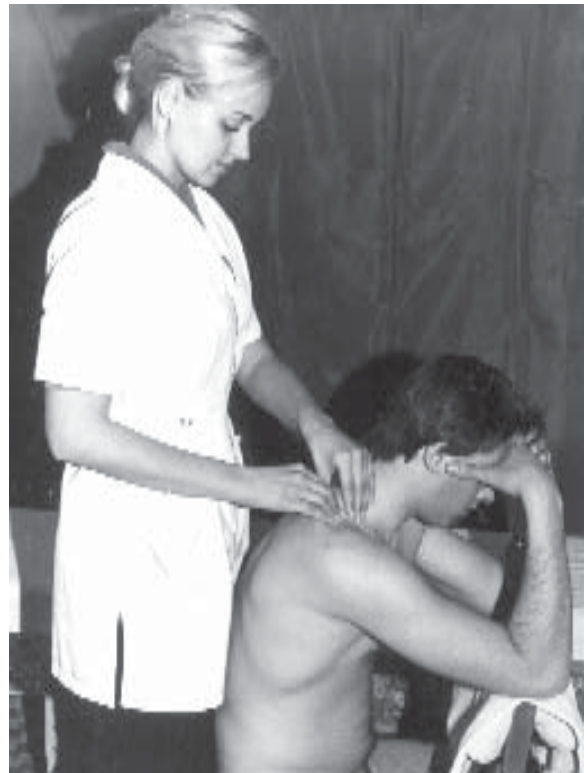
Рис. 140. Топографія шиї (сагітальних розпил на рівні VII шийного хребця). Вплив основних прийомів масажу на анатомічні структури шиї.

Під груднинно-ключично-соскоподібним м'язом проходять гілки шийного сплетення, яке утворюється за рахунок чотирьох шийних нервів ( $C_1-C_4$ ), та блукаючий нерв, який після виходу з черепа спускається вниз за судинами шиї. Позаду сонної артерії, обабіч хребта, від основи черепа до шийки I ребра розміщується шийний відділ симпатичного стовбура. Від нього відходять нерви до серця, органів шиї та сполучні гілки до блукаючого нерва.

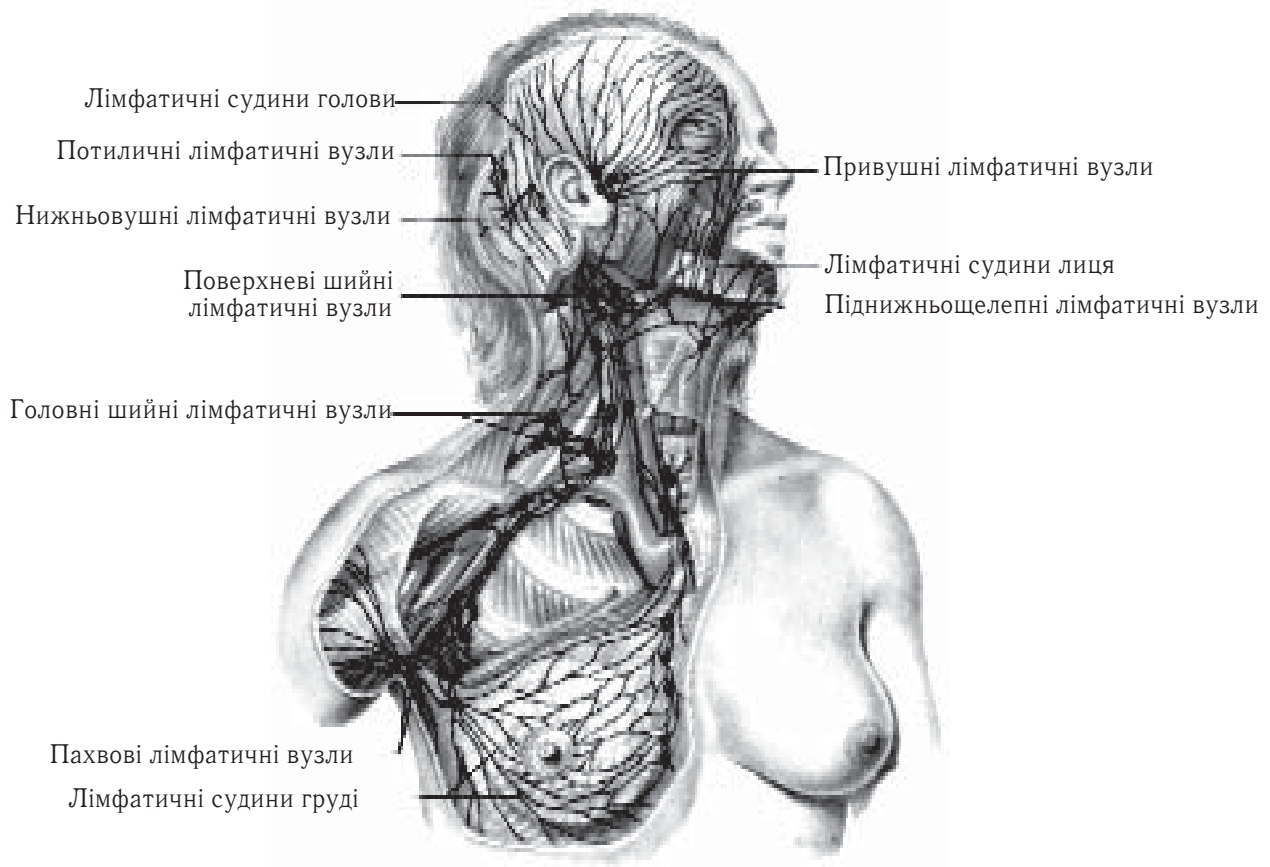
На шиї розмішені потиличні, привушні, передні та бічні шийні, піднижньощелепні, підпідборідні, надключичні лімфатичні вузли. Лімфатичні вузли розмішені також вздовж внутрішньої та зовнішньої яремних вен. Всі вони утворюють густу лімфатичну сітку шиї, яка збирає лімфу від органів шиї, поверхневих та глибоких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

### Техніка масажу шиї

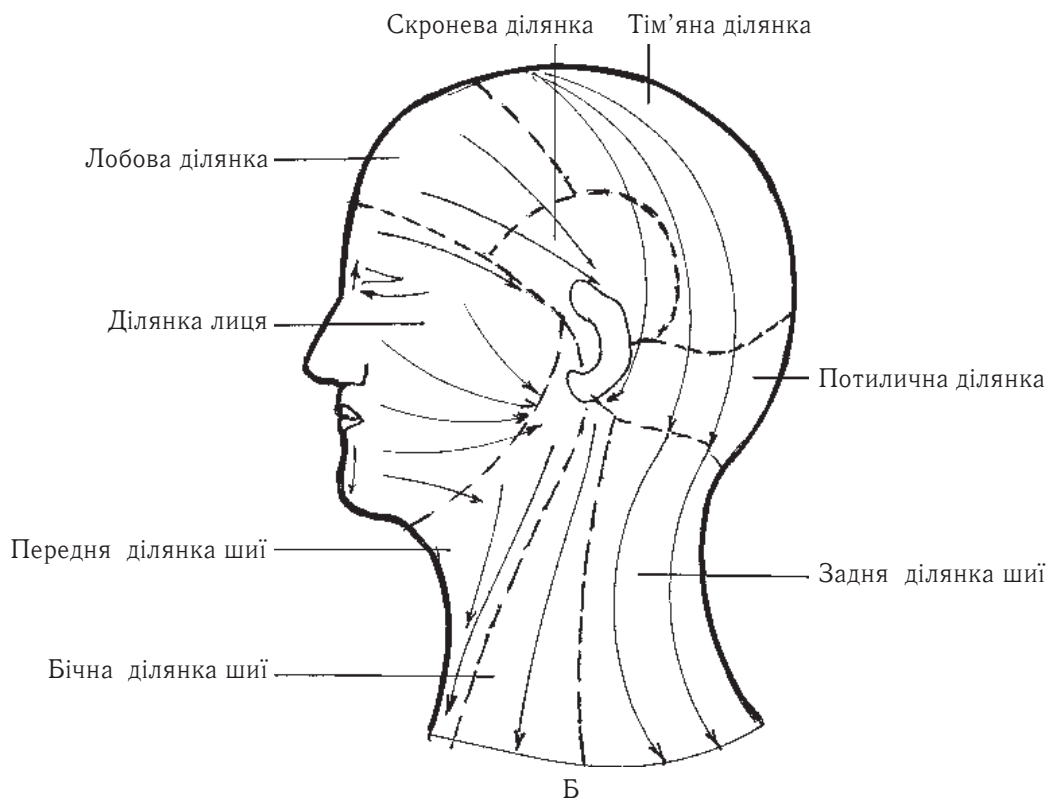
Залежно від умов та стану хворого масаж шиї проводиться: в положенні хворого сидячи в спеціальному кріслі, голова розміщена на підголівнику; сидячи за масажним столиком, голова опирається лобовою ділянкою на підголівник чи руки пацієнта; лежачи на спині, на боці. Залежно від положення хворого та ділянки масажу масажист може бути спереду, збоку, ззаду (рис. 141). Напрямки масажних рухів схематично зображені на рисунку 142.



*Рис. 141.* Положення хворого і масажиста під час масажу голови та шиї.



А



Б

Рис. 142. Лімфатичні судини і вузли голови, шиї, груді та пахової ямки (А). Напрямок масажних рухів у ділянці голови та шиї (Б).

**Погладжування.** Погладжування задньої шийної ділянки краще проводити в положенні хорого сидячи за масажним столиком, голова дещо нахилена, опирається лобом на підголівник. Масажист розміщується позаду хворого (рис. 141). Площинне та обхоплююче погладжування задньої шийної ділянки двома руками, які рухаються симетрично: пальці розміщуються на потилиці, перші пальці дотикаються, руки рухаються вниз, дійшовши до VII шийного хребця, продовжують рух по верхньому краю трапецієподібного м'яза, далі над ключицею до пахвових ямок. Обхоплююче погладжування задньої шийної ділянки однією рукою: масажист розміщується з протилежного (відносно ділянки масажу) боку, напрямок рухів, як і при площинному погладжуванні. Почергово масажують один, потім інший бік.

Обхоплююче погладжування бічної шийної ділянки. Положення хворого та масажиста попереднє. Перший палець розміщений за вухом, інші – під нижньою щелепою. Рука, обхопивши бічну шийну ділянку, рухається вниз до підключичної ділянки. Обхоплююче погладжування бічної шийної ділянки може проводитись в положенні хворого сидячи в масажному кріслі, голова дещо розігнута, лежить на підголівнику. Масажист перед хворим. Рука масажиста розміщується так, щоб великий палець прилягав до кута нижньої щелепи, інші – позаду вуха. Виконується обхоплююче погладжування зверху вниз до підключичних лімфатичних вузлів (рис. 143). Обхоплююче погладжування можна виконувати однією рукою (друга фіксує шию з протилежного боку) та двома руками одночасно (голова повинна знаходитись на підголівнику).

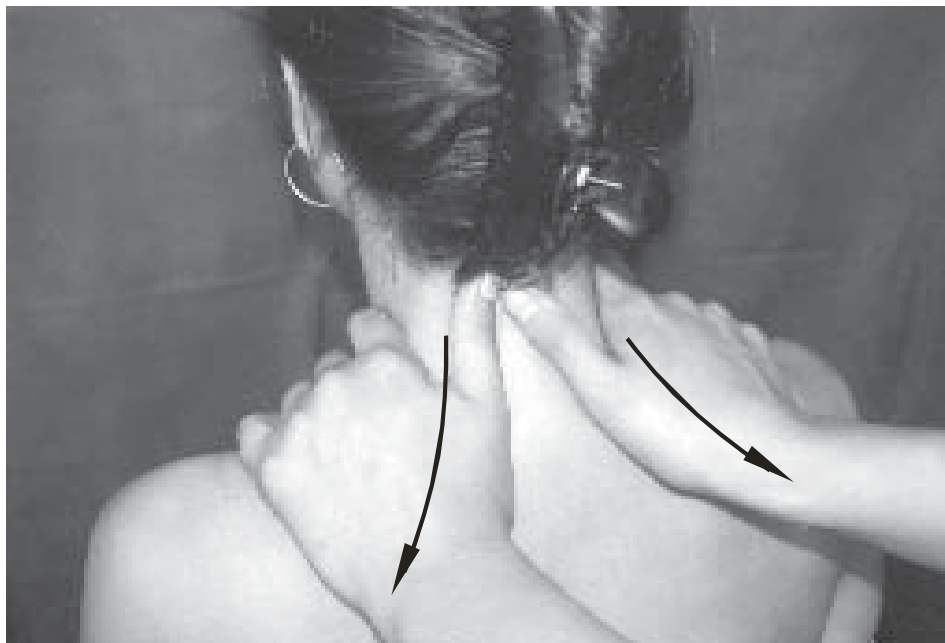


Рис. 143. Обхоплююче погладжування задньої та бічних шийних ділянок і надпліччя двома руками.

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

Погладжування вздовж яремної вени виконується подушечками пальців, які рухаються від соскоподібного відростка вздовж груднинно-ключично-соскоподібного м'яза до яремної вирізки. Погладжування груднинно-ключично-соскоподібного м'яза: щипцеподібне від місця початку (соскоподібний відросток) до місця прикріплення (груднина та ключиця) (рис. 144).

**Розтирання.** Положення хворого – сидячи за масажним столиком, голова дещо нахилена, опирається на підголівник, руки хворого чи руку масажиста. Масажист позаду хворого, при масажі однією рукою – збоку. Спіралеподібне розтирання однією рукою потиличної ділянки в місцях прикріплення м'язів. При розтиранні пальцями рука спирається на перший палець, який розміщується на протилежному від масажу боці потилиці і навпаки (рис. 145).



*Рис. 144.* Щипцеподібне погладження груднинно-ключично-соскоподібного м'яза.



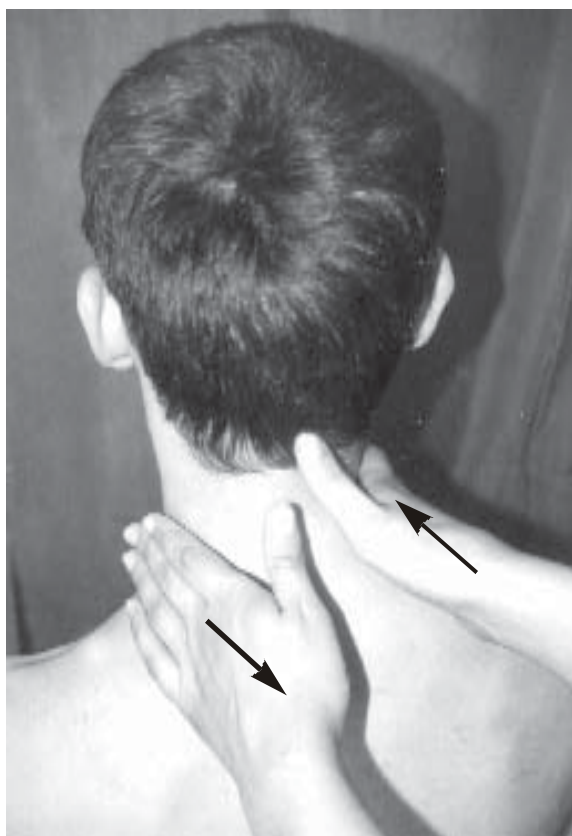
*Рис. 145.* Спіралеподібне розтирання потиличної ділянки пальцями однієї руки.

Напрямок рухів – від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребеня і навпаки. Спіралеподібне розтирання задньої та бічних шийних ділянок, щипцеподібне – груднинно-ключично-соскоподібних м'язів, лінійне – передньої шийної ділянки в напрямку зверху донизу. Спіралеподібне розтирання груднинно-ключичних з'єднань та ключиці. Комбіноване розтирання задньої та бічних шийних ділянок послідовно з кожного боку однією рукою чи одночасно з обох боків двома руками, які рухаються в протилежних фазах: ліктьовим краєм кисті – потиличної ділянки, обхоплююче та площинне долонною поверхнею кисті – задньої шийної ділянки (рис. 146); обхоплююче розтирання долонною поверхнею кисті, пиляння, пересікання низхідної частини трапецієподібного м'яза (рис. 147, 63). Щипцеподібне розтирання груднинно-ключично-соскоподібного м'яза та країв трапецієподібного. Спіралеподібне розтирання кінцями пальців драбинчастих м'язів.

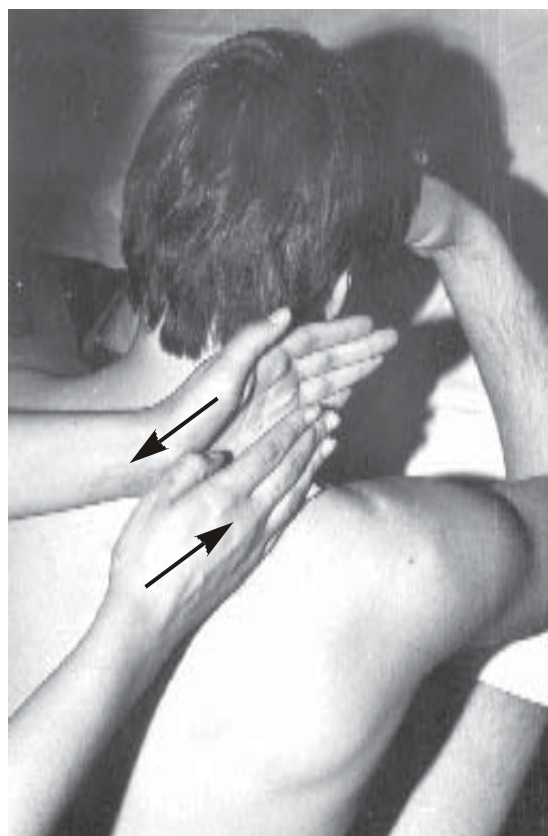
Спіралеподібне розтирання ділянки VII шийного хребця та прилеглих тканин долонною поверхнею нігтьових фаланг пальців. Напрямок рухів – “сонечком” (у вигляді променів сонця): починаючи з остистого відростка рука рухається на периферію на відстань 2-2,5 см і знову повертається на остистий відросток цим же шляхом. Таким чином масажується вся ділянка навколо VII шийного хребця. Виконується однією рукою (рис. 148).

**Розминання.** Розминання попереми́ним натискуванням кінцями III-IV пальців підшкірного м'яза шиї, починаючи від I-II ребра до краю нижньої щелепи. Поперечне, поздовжнє, щипцеподібне розминання, розминання натискуванням та зміщенням низхідної частини трапецієподібного м'яза (рис. 149-151). Щипцеподібне розминання груднинно-ключично-соскоподібного м'яза (рис. 152), розминання натискуванням драбинчастих м'язів. У місцях початку та прикріплення м'яза проводять спіралеподібне розтирання пальцями, штрихування. Розминання м'язів може проводитися послідовно з кожного боку або одночасно.

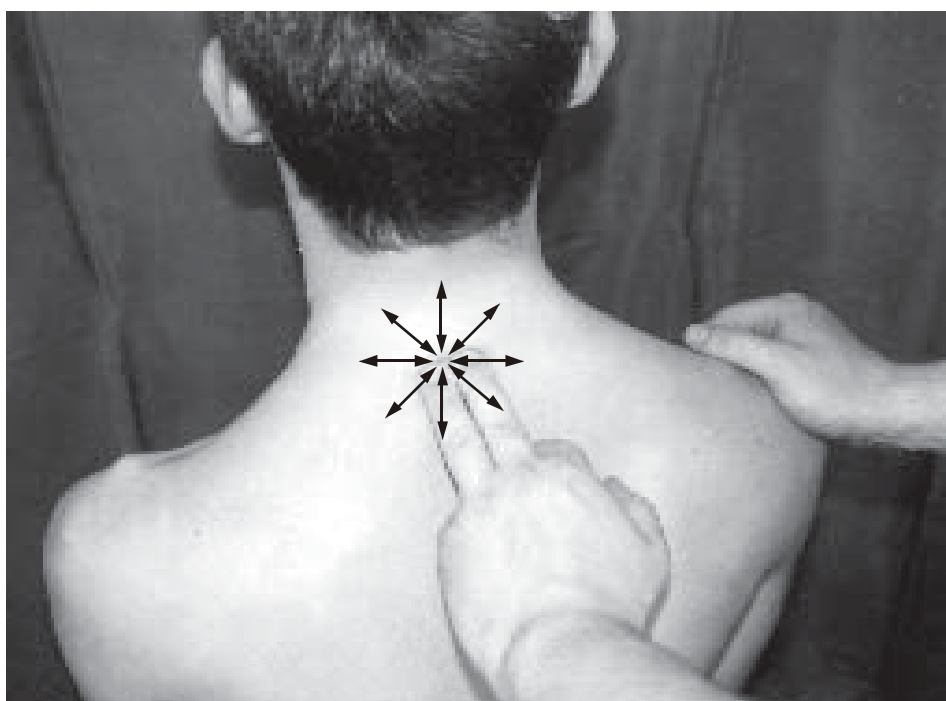




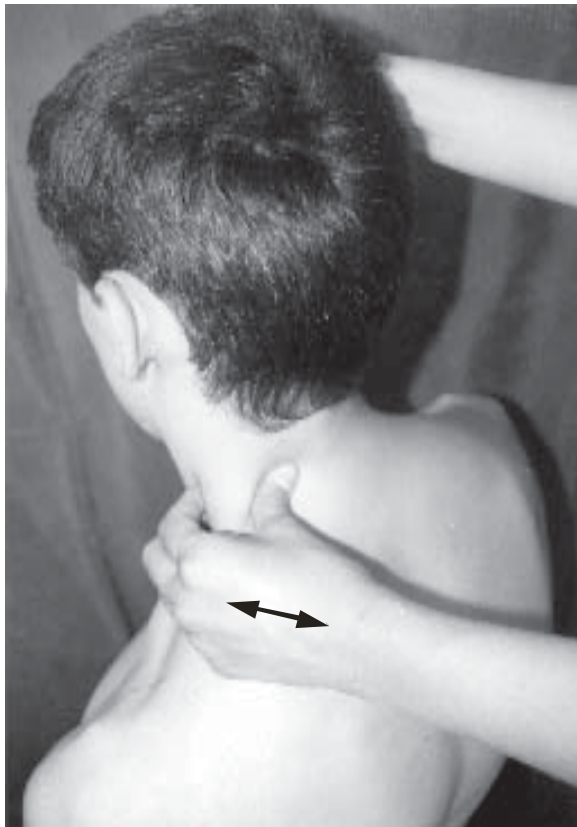
*Рис. 146.* Площинне розтирання бічних шийних ділянок пальцями обох рук (руки рухаються по симетричних ділянках у протилежних напрямках).



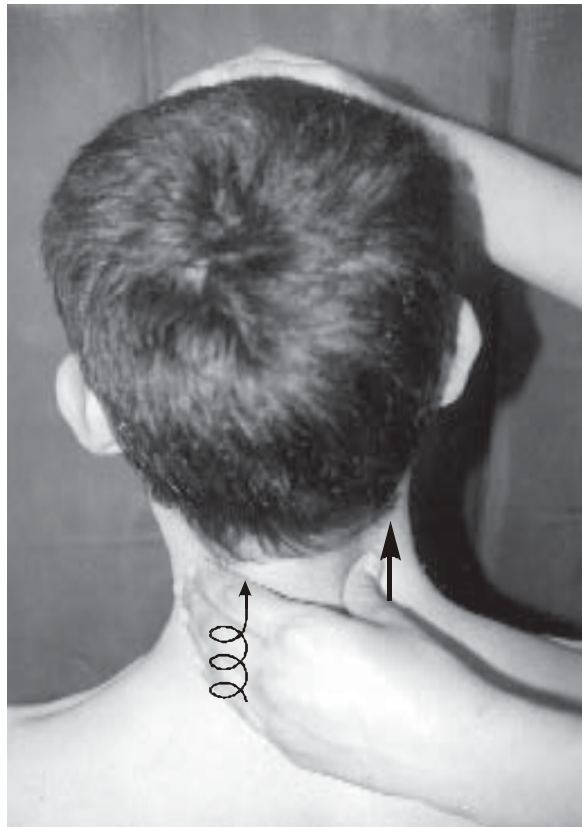
*Рис. 147.* Розтирання трапецієподібного м'яза ліктьовим краєм обох кистей, які рухаються в протилежних напрямках (пиляння).



*Рис. 148.* Розтирання VII шийного хребця та прилеглих тканин "сонечком".



*Рис. 149.* Щипцеподібне розминання зовнішнього краю трапецієподібного м'яза.



*Рис. 150.* Розминання натискуванням трапецієподібного м'яза (при роботі II-V пальцями кисть опирається на I палець і навпаки).



*Рис. 151.* Поперечне розминання трапецієподібного м'яза з обох боків двома руками (руки рухаються в протилежних напрямках).

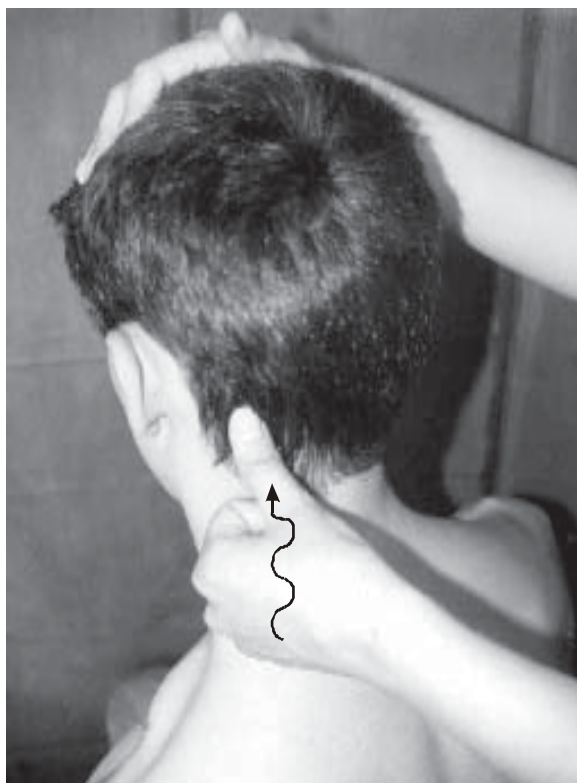




*Рис. 152.* Щипцеподібне розминання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів двома руками одночасно (руки рухаються в протилежних напрямках).

**Вібрація.** Ніжне пунктування долонною поверхнею нігтьових фаланг пальців передньої та бічних шийних ділянок. Точковий масаж біологічно активних точок (рис. 153, 83).

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



*Рис. 153.* Стабільна вібрація на місці виходу великого потиличного нерва.

**Практичні рекомендації** щодо проведення масажу шиї.

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

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

3. Під час масажу хворий не повинен затримувати дихання.

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

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

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

7. Масаж корисно поєднувати з вправами для шийного відділу хребта.

8. Під час розтирання шиї обома руками руки масажують симетричні ділянки, але рухаються в протилежних напрямках.

9. Тривалість масажу шиї – 7-10 хв.

**Показання** до призначення масажу шиї.

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

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

### **Анатомо-топографічні дані передніх та бічних ділянок грудної клітки**

На передній та бічній поверхнях грудної клітки виділяють передгруднинну ділянку, підключичну ямку, ключично-грудний та дельто-грудний трикутники, грудну ділянку (яка включає бічну ділянку грудної клітки, ділянку груді, підгрудну ділянку), пахову ділянку, пахову ямку. Усі, крім передгруднинної ділянки, парні (рис. 101).

На передній поверхні грудної клітки визначають такі розпізнавальні кісткові утвори (рис. 154). Ключиця розміщена безпосередньо під шкірою, її можна промацати на всьому протязі. Внутрішнім кінцем вона з'єднується з грудниною, а зовнішнім – з лопаткою. Добре пальпується кут груднини, до якого прикріплюється II ребро. Тіло груднини з'єднується з хрящами III-VII ребер. З боків від мечоподібного відростка пальпуються хрящі сьомих ребер, донизу і назовні від них ідуть реброві дуги (рис. 155).

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

М'язи грудної клітки поділяють на ті, що починаються на грудній клітці, а прикріплюються на кістках верхніх кінцівок, та м'язи, які починаються і прикріплюються на скелеті грудної клітки (рис. 156, 157). Крім цього, їх поділяють на поверхневі (м'язи, що прикріплюються до верхніх кінцівок) та глибокі (власне м'язи грудної клітки). До поверхневих м'язів грудної клітки відносять великий та малий грудні, а також підключичний та передній зубчастий м'язи. До групи м'язів, що починаються і прикріплюються на кістках грудної клітки (глибоких м'язів), належать м'язи – підіймачі ребер, зовнішні, внутрішні та найглибші міжреброві м'язи, підреброві м'язи, а також поперечний м'яз грудної клітки.

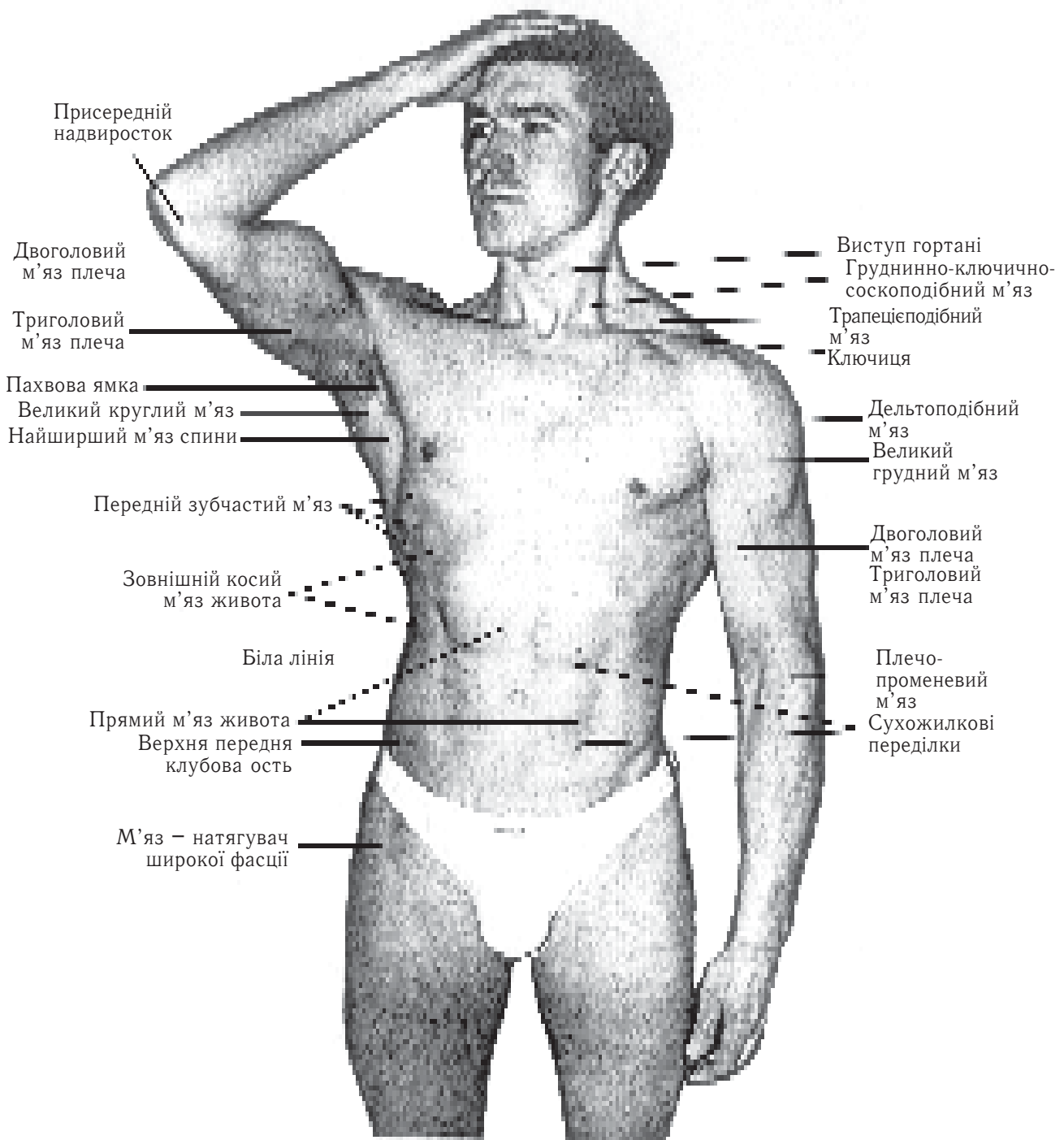


Рис. 154. Рельєф м'язів гулуба (вигляд спереду).

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

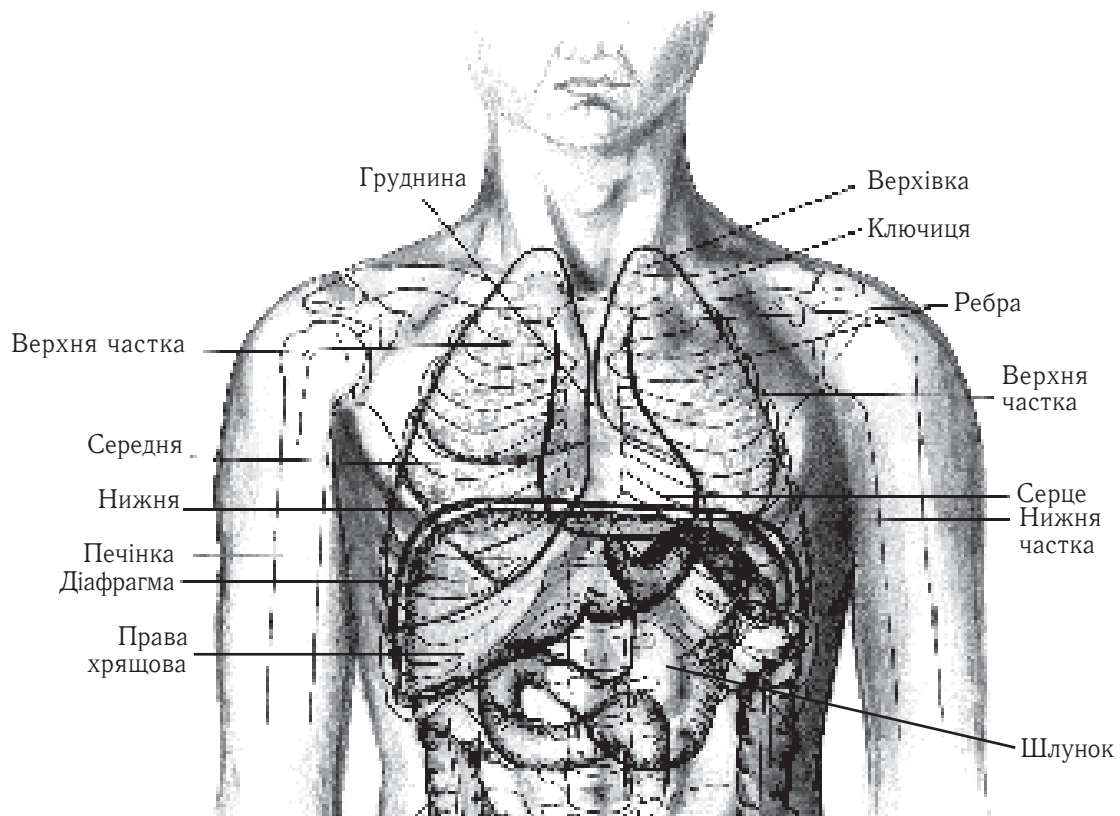


Рис. 155. Проекція внутрішніх органів на передню поверхню грудної клітки.

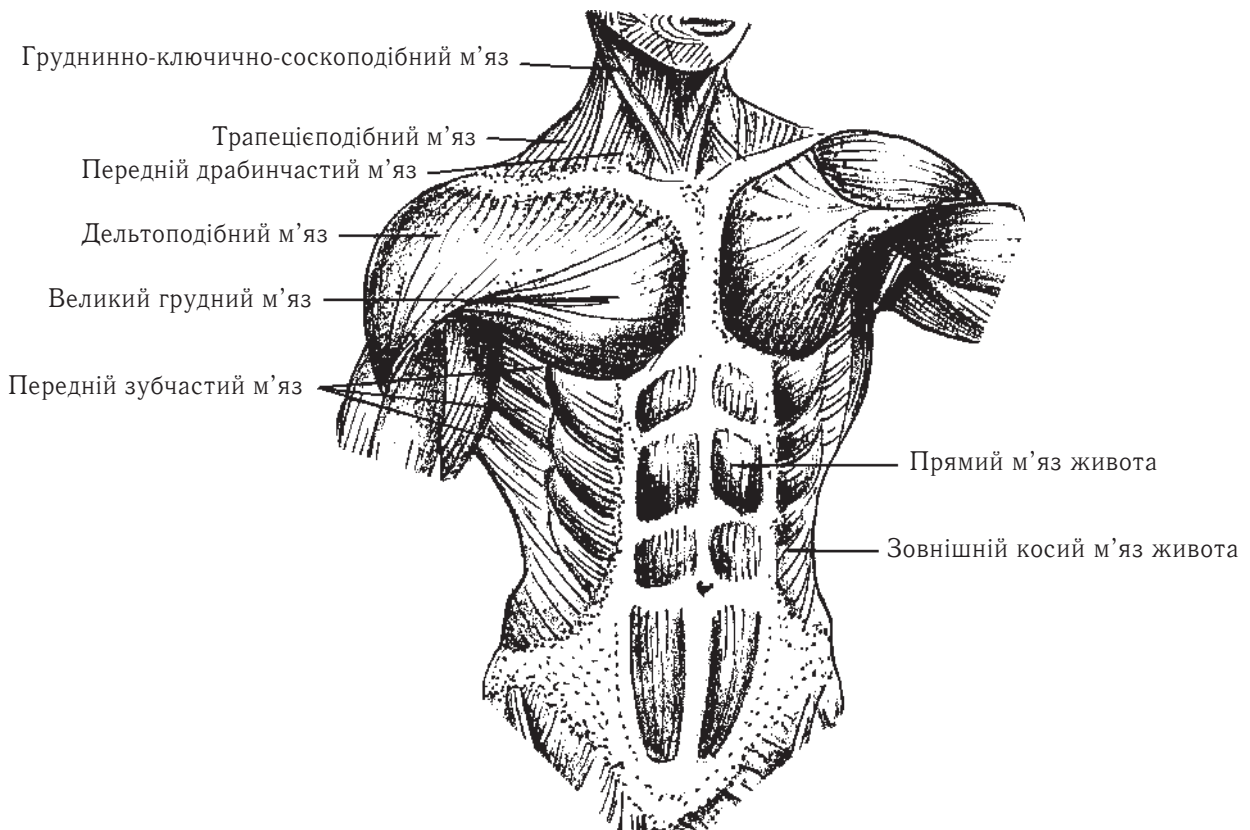


Рис. 156. М'язи тулуба (вигляд спереду).

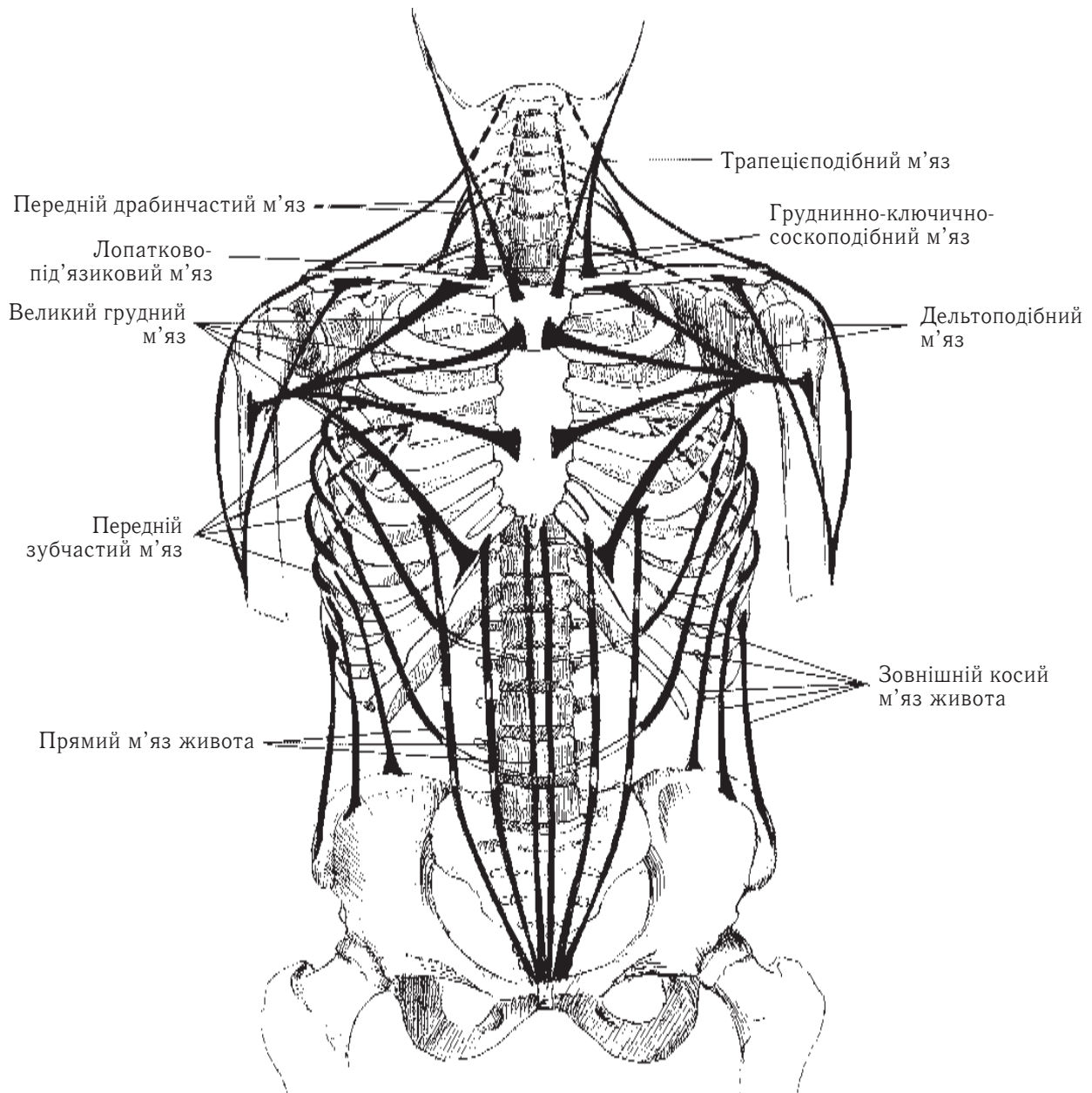


Рис. 157. Місця початку й прикріплення м'язів передньої та бічної поверхонь тулуба (схема).

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

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

### Техніка масажу передніх та бічних ділянок грудної клітки

Положення пацієнта: лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Положення масажиста: стоячи на рівні кульшових суглобів пацієнта або сидячи перед ним (рис. 158).



Рис. 158. Положення хворого і масажиста під час масажу ділянки грудей.

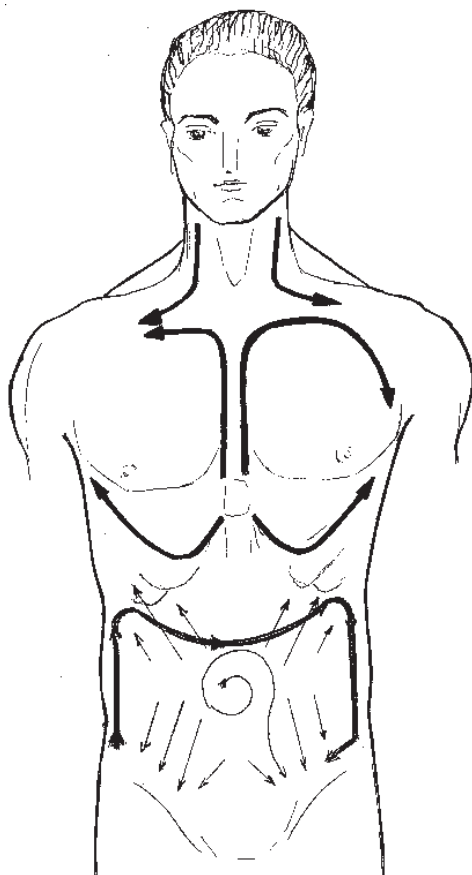
**Поладжування.** Напрямок масажних рухів – від поясної лінії і передньої серединної лінії до пахвових, підключичних лімфатичних вузлів (рис. 159). На передній поверхні використовують площинне погладжування, на бічній та в ділянці великих грудних м'язів – обхоплююче (рис. 160, 161). Міжреброві проміжки масажують граблеподібним прийомом від груднини в напрямку до хребтового стовпа, реброві дуги погладжують опорною частиною кисті або пальцями у цьому ж напрямку.

**Розтирання.** Розтирання великих грудних м'язів: у чоловіків кінцями пальців, опорною частиною кисті чи ліктьовим краєм кисті спіралеподібно, пиляння двома руками за ходом м'язових волокон у напрямку до пахвової ділянки; у жінок – розтирання пальцями чи граблеподібне розтирання, штрихування місць прикріплення грудних м'язів, обминаючи грудь. Розтирання пальцями чи опорною частиною кисті місць початку передніх зубчастих м'язів. Спіралеподібне розтирання пальцями груднини, ключиць, ребер. Граблеподібне розтирання, штрихування, пиляння міжребрових проміжків (рис. 162). Розтирання пальцями ребер у напрямку від груднини до хребта.

**Розминання.** Розминання великого грудного м'яза від місця початку до прикріплення проводять у чоловіків та дітей. Для цього використовують поздовжнє та поперечне розминання, зміщення, натискування долонями чи пальцями (рис. 163). У жінок масажують лише місце його прикріплення до плечової кістки прийомами натискування та зміщення. Передній зубчастий м'яз розминають також зміщенням та натискуванням, міжреброві м'язи – натискуванням одним чи декількома пальцями.

**Вібрація.** Стабільна та лабільна вібрація проводиться в ділянці груднини (рис. 164), по обидва боки від неї, в підключичних ділянках, на зубчастих м'язах та в місцях прикріплення м'язів до плечової кістки. Використовують потрушування великих грудних та передніх зубчастих м'язів. Переривчаста вібрація: поколювання пальцями передньої поверхні грудної клітки та міжребрових проміжків, рубання (у чоловіків) великих грудних м'язів уздовж м'язових волокон та міжребрових проміжків. Струшування грудної клітки, шмагання. Прийоми переривчастої вібрації на передній поверхні грудної клітки проводять тільки за показаннями, дуже обережно, зліва – не бажано.





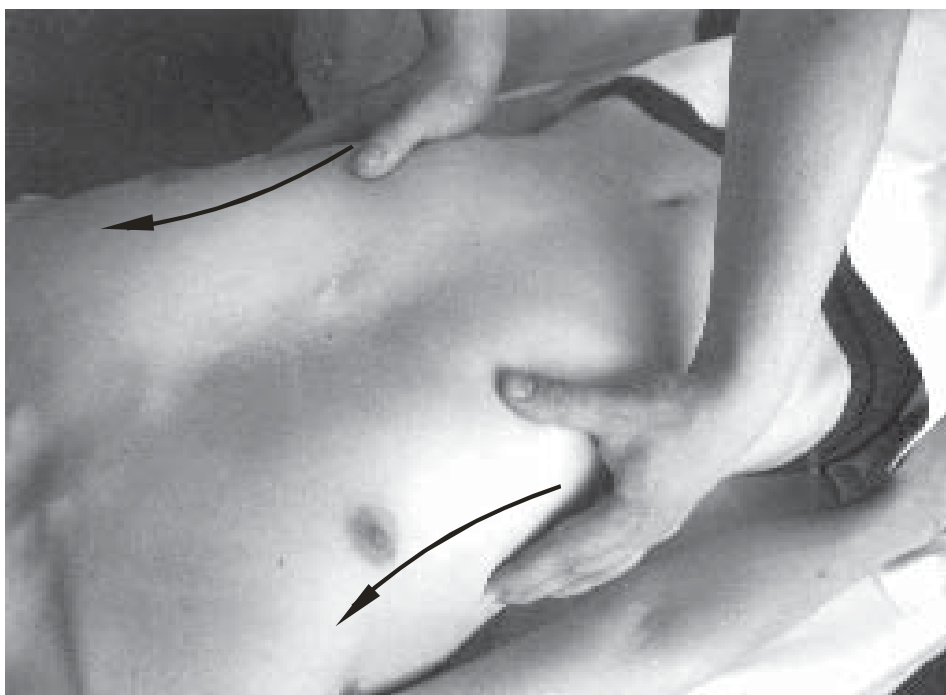
*Рис. 159.* Напрямок масажних рухів у ділянках грудей та живота (схема).

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



*Рис. 160.* Погладжування передніх ділянок грудної клітки долонними поверхнями обох кистей, які рухаються симетрично.





*Рис. 161. Обхоплююче погладження бічних ділянок грудної клітки обома руками.*



*Рис. 162. Граблеподібне розтирання міжребрових м'язів обтяженою кистю.*

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

Після розслаблення м'язів проводять ритмічні натискування на грудну клітку та стискання її з боків. Для підсилення ефекту можна проводити це під час видиху пацієнта, у такому випадку сила натискування чи стискання збільшується (рис. 165).



Рис. 163. Розминання натискуванням пальцями місця прикріплення великого грудного м'яза.

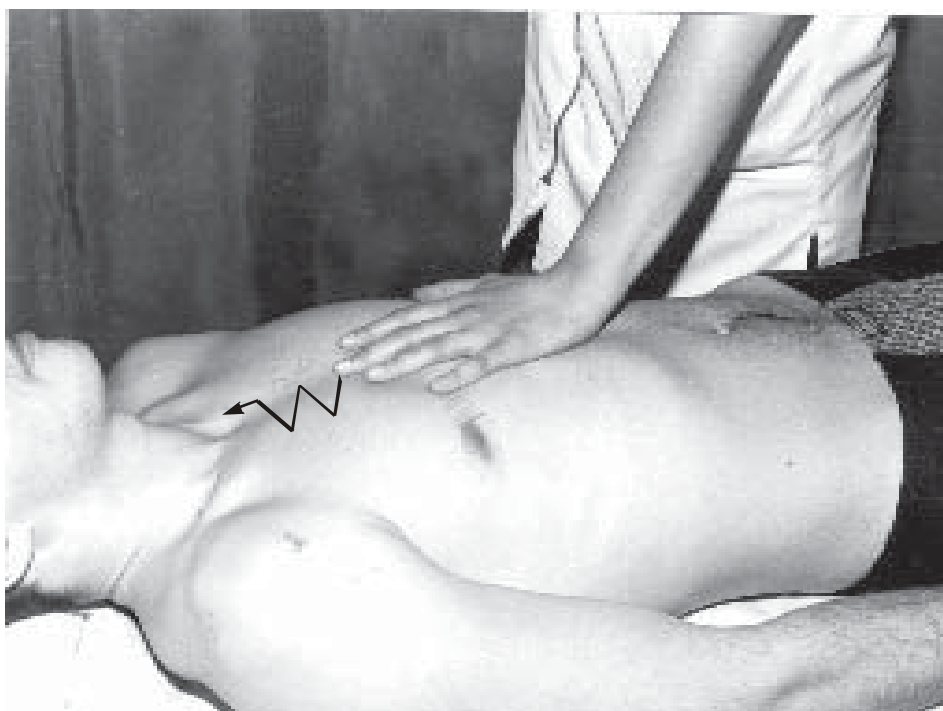


Рис. 164. Лабільна вібрація грудної клітки однією рукою.

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

Масаж грудей у жінок проводиться тільки при наявності показань. Використовується погладження, розтирання, переривчаста вібрація у формі пунктування. Вибір окремих прийомів та напрямків масажних рухів залежать від поставленої мети: при явищах судинного застою, в'ялих,



Рис. 165. Натискування на грудну клітку під час видиху.

розтягнутих грудях – від соска; при недостатній секреторній діяльності груді, застої в ній молока, в період лактації – від основи груді до соска. Масажувати сосок, крім окремих показань (впалий сосок та ін.), не рекомендують.

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

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

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

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

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

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

## Анатомо-топографічні дані та техніка масажу живота

### Анатомо-топографічні дані живота

У ділянці живота виділяють підреброву ділянку, або підребер'я, надчеревну ділянку, або надчерев'я, бічну, пупкову, пахвинну, лобкову ділянки. Надчеревна, пупкова, лобкова ділянки непарні, інші – парні (рис. 101, 166).

При огляді верхньої частини живота (рис. 154) помітні ліва та права реброві дуги, які спереду утворюють підгруднинний кут. У нижньому відділі живота помітні пахвинні складки. По серединній лінії розміщується біла лінія живота, на якій (відповідно до місця з'єднання III-IV поперекових хребців) міститься пупок. По боках від серединної лінії вимальовуються контури прямих м'язів живота (рис. 110, 115).

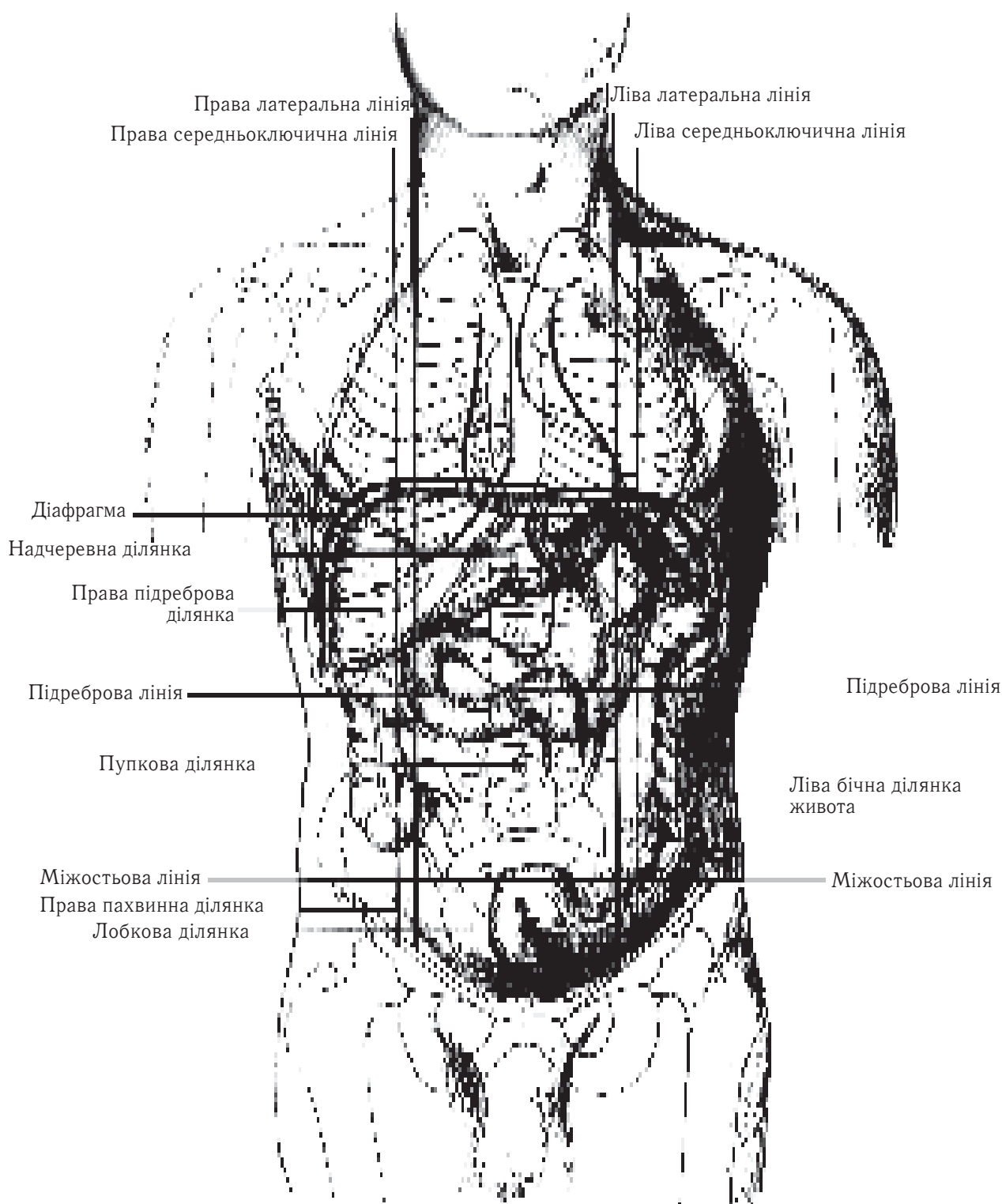


Рис. 166. Ділянки та поверхні черевної порожнини.

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

М'язи передньо-бічної стінки черевної порожнини заповнюють проміжок між грудною кліткою і тазом. Вони розміщені симетрично від серединної лінії, а їхні волокна йдуть у косому,

поперечному та повздовжньому напрямках. До м'язів передньої стінки живота відносять прямий та пірамідальний м'язи. Бічну стінку утворюють зовнішній і внутрішній косі м'язи живота, а також поперечний м'яз живота (рис. 156, 157).

У черевній порожнині (рис. 166) залягає шлунок, більша частина його розміщена ліворуч, а менша – праворуч від серединної лінії. Проекція шлунка на передню стінку живота відповідає надчеревній та лівій підребровій ділянкам. Вхід у шлунок лежить на рівні X-XI грудного хребця, ліворуч від хребтового стовпа, а вихід – на рівні XII грудного чи I поперекового хребця, праворуч від хребтового стовпа. Нижня межа проектується на 2-4 см вище пупка. Кровопостачається шлунок з правої та лівої шлункової артерій, правої та лівої шлунково-сальникової артерій і коротких шлункових артерій, а венозна кров відтікає від шлунка по однойменних венах. Лімфа від шлунка відтікає в регіональні лімфатичні вузли, розміщені по великій та малій кривизнах шлунка. Шлунок іннервують гілки блукаючого нерва (збільшується перистальтика, посилюється секреція залоз та розслабляється м'яз – стискач пілоруса) і гілки симпатичного стовбура, що є антагоністом блукаючого нерва.

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

Товста кишка є продовженням тонкої. Вона поділяється на три основні частини: сліпу, ободову і пряму кишки. Ободова кишка має висхідну, поперечну, низхідну та сигмоподібну частини. Сліпа кишка розміщена у правій клубовій ямці. Вона досить рухлива. Від сліпої кишки відходить червоподібний відросток, положення якого дуже непостійне, і це ускладнює діагноз апендициту. Місце відходження відростка визначається точкою Мак-Бурнея, яка розміщується на середині лінії, проведеної між пупком та правою передньою верхньою клубовою остю. Висхідна ободова кишка спрямована догори, розміщується в правій бічній ділянці черевної порожнини. У правій підребровій ділянці вона утворює різкий згин і переходить у поперечну ободову кишку, яка йде до ділянки лівого підбер'я, і тут, утворивши лівий згин ободової кишки, переходить у низхідну ободову кишку. Брижа поперечної ободової кишки має найбільшу ширину в середній частині, і тому вона дугоподібно звисає донизу. Іноді середня точка поперечної ободової кишки розміщена нижче від пупка, а часом лежить біля лобкового зрощення. Низхідна ободова кишка від лівого згину ободової кишки йде донизу по задній стінці живота і на рівні клубового гребеня переходить у пряму кишку. Пряма кишка закінчується в ділянці промежини відхідником.

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

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

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

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

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

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

### **Техніка масажу живота**

Масаж живота виконують в положенні пацієнта лежачи на спині, голова дещо піднята, руки вздовж тулуба, коліна зігнуті, під колінами валик (рис. 158).

Масажист розміщується боком до кушетки на рівні кульшових суглобів пацієнта.

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

### **Масаж передньої черевної стінки**

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

**Погладжування.** Масаж починають з площинного поверхневого погладжування навколо пупка за годинниковою стрілкою кінцями II-IV пальців правої руки з опорою на перший палець. Починати треба з легкого поверхневого погладжування, ледь торкаючись шкіри, це сприяє розслабленню м'язів живота. Далі проводять площинне погладжування долонею однієї або двох рук, масажуючи всю поверхню живота. Погладжування верхньої половини живота виконують від білої лінії живота в напрямку пахвових ямок, а нижньої – до пахвинних (рис. 159).

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

**Розминання** Розминання прямих м'язів живота поперечним розминанням, починаючи від верхнього краю лобкової кістки догори до місця їх прикріплення в ділянці хрящів V і VII ребер та мечоподібного відростка (рис. 167). Косі м'язи живота масажують двома руками одночасно або послідовно, з кожного боку окремо, їх захоплюють руками, зміщують, розтягують, стискають. На передній черевній стінці виконують також прийом накочування (рис. 70).

**Вібрація.** Вібраційне погладжування і стрясування (рис. 87), безперервна вібрація (рис. 85), ніжне поплескування та рубання (при відсутності болю), пунктування (рис. 168).

### **Масаж органів черевної порожнини**

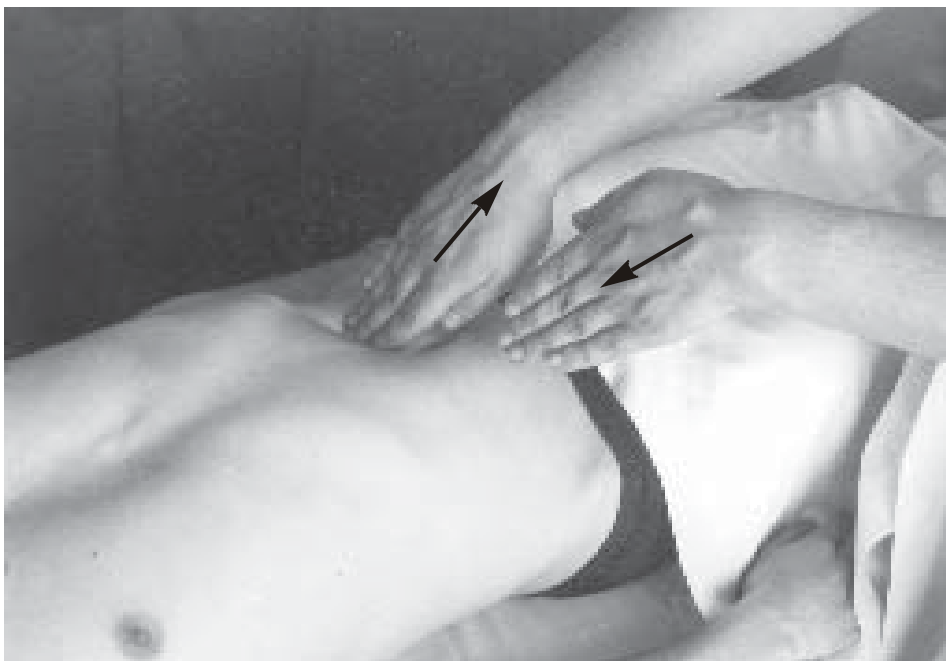
**Масаж шлунка.** Вихідне положення – лежачи на спині, потім – на правому боці (для полегшення переходу вмісту в дванадцятипалу кишку). Безпосередній вплив на шлунок можливий тільки на незначній ділянці, тому для рефлекторного впливу на нього після розслаблення м'язів передньої черевної стінки використовують: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

**Масаж кишечника.** Масаж тонкої кишки також здійснюють рефлекторним шляхом. Після розслаблення передньої черевної стінки, чергуючи з погладжуванням, виконують прийоми

переривчастої вібрації кінцями пальців і поперемінного натискування на передню стінку живота. Масаж товстої кишки проводять за годинниковою стрілкою, починаючи з правої пахвинної ділянки, по висхідній частині товстої кишки до правого ребрового краю (рис. 169). Далі опускаються дугою до пупка і проходять на один сантиметр над пупком, доходять до лівого підребер'я майже до аксиллярної лінії, потім спускаються вниз до лівої пахвинної ділянки (рис. 159). Використовують погладжування кінцями пальців за ходом кишок, поверхнєве і глибоке гладження, спіралеподібне розтирання кінцями пальців і обтяженою кистю (рис. 76), штрихування, переривчасту і безперервну вібрацію кінцями пальців, ніжні натискування, потрушування і підштовхування окремих відділів товстої кишки. Рухи виконуються м'яко, ритмічно, не завдаючи болю. Закінчують масаж прийомами ніжного поплескування і стрясування живота, колового площинного погладжування передньої черевної стінки.



*Рис. 167. Масаж передньої черевної стінки – поперечне розминання.*



*Рис. 168. Масаж передньої черевної стінки – стругання.*





Рис. 169. Масаж товстої кишки – спіралеподібне розтирання пальцями з обтяженою кистю.

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

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

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

**Практичні рекомендації** щодо проведення масажу живота.

1. Перш ніж приступити до масажу, масажист повинен в'ясувати:
  - а) самопочуття хворого; б) стан кишечника – біль, нудота, печія, відрижка, закрепи, пронос; в) час останнього приймання їжі (масаж можна починати через півгодини після легкого сніданку і через 2 год після обіду); г) час останнього сечовипускання та випорожнення (перед масажем кишечник і сечовий міхур необхідно опорожнити); д) стан серцевої діяльності (масаж має великий вплив на стан серцево-судинної системи). Таке опитування необхідно проводити перед кожною процедурою масажу.
2. Масаж живота потрібно проводити на твердому ложі.
3. Руки масажиста повинні бути теплими, холодні руки гальмують розслаблення м'язів.
4. Масаж живота і особливо органів черевної порожнини – відповідальна процедура, тому масажист повинен добре знати топографію внутрішніх органів, чітко орієнтуватися в стані тону м'язів.
5. Під час масажу внутрішніх органів м'язи передньої черевної стінки повинні бути максимально розслабленими.
6. При масажі черевних м'язів напрямок рухів повинен відповідати ходу їх м'язових волокон, при масажі внутрішніх органів необхідно керуватися топографо-анатомічними особливостями розміщення цих органів.

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

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

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

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

**Показання** до призначення масажу ділянки живота.

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

## Анатомо-топографічні дані та техніка масажу голови

### Анатомо-топографічні дані голови

На голові виділяють два відділи: мозковий і лицевий. Ділянки голови: лобова, потилична, лицева (непарні), тім'яна, скронева, слухова, соскоподібна (парні). Лицева ділянка включає очноямкову, підочноямкову, виличну, щічну, привушно-жувальну (парні) ділянки та ротову, носову, підборідну (непарні) ділянки (рис. 170, 101).

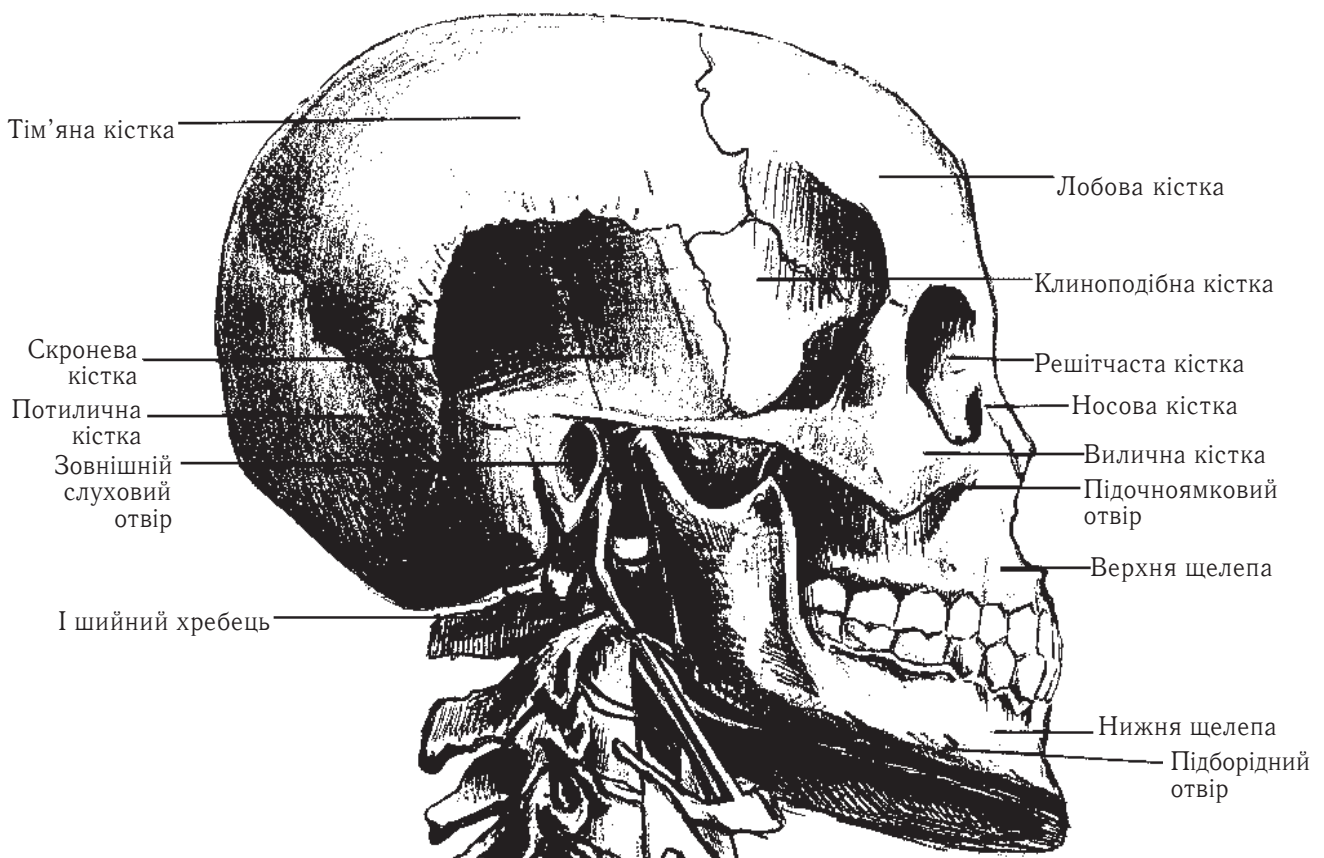


Рис. 170. Череп (вигляд справа).

Шкіра мозкового відділу голови покрита волоссям, має значну товщину, вільно зміщується, на лобі легко збирається в складку. Вона має багато сальних та потових залоз. У підшкірній

основі (підшкір'ї) розміщуються судини і нерви. Лімфатичні судини ідуть від тім'я вниз назад і впадають у регіональні привушні та потиличні лімфатичні вузли. Під шаром власне шкіри і підшкірної основи знаходиться сухожилковий шолом, вільно з'єднаний з ними, утворюючи монолітний пласт, що переміщується одночасно з шкірою. Сухожилковий шолом входить до складу надчерепного м'яза: краї його переходять спереду в лобовий, ззаду в потиличний, по боках – в скронево-тім'яні м'язи. Функція: зміщує шкіру склепіння черепа, піднімає брови та розширює щілину ока (рис. 171).

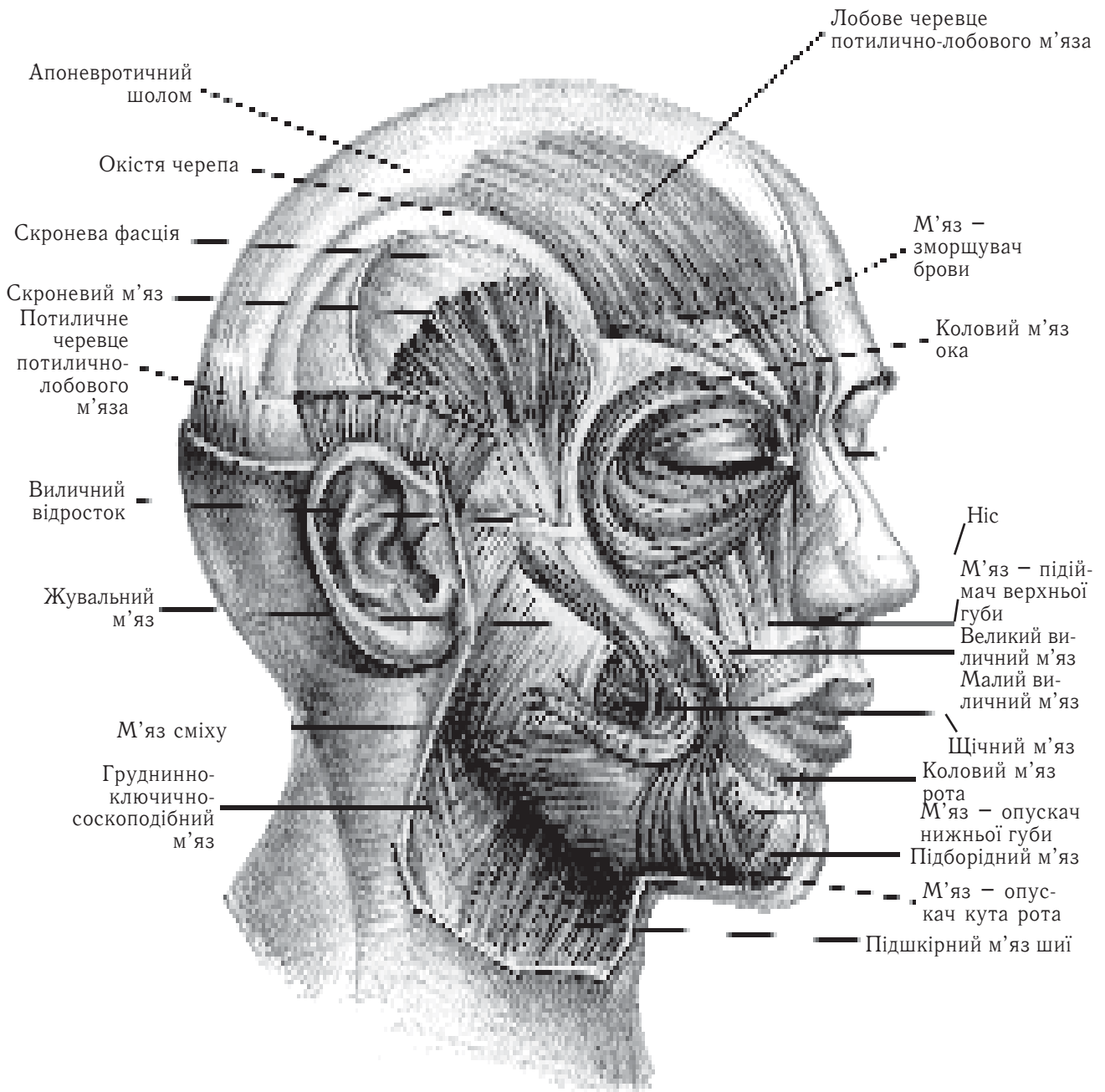


Рис. 171. М'язи лиця.

Шкіра лиця тонка та рухома. У підшкірній основі закладені м'язи, судини, нерви, протока привушної залози. М'язи починаються від кісток черепа або від фасцій лиця і закінчуються на внутрішній поверхні шкіри. У зв'язку з цим, зміщуючи та деформуючи шкіру лиця, одночасно впливають на його м'язи. М'язи утворені дугоподібними чи коловими

волокнами, які розміщені переважно навколо отворів лица – очей, рота, носа, вух. Вони зумовлюють міміку обличчя, беруть участь у мовленні, жуванні (рис. 171).

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

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

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

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

#### **Техніка масажу волосистої частини голови**

Масаж волосистої частини може проводитись: а) поверх волосся, без розділення його на проділи (рис. 172); б) з оголенням поверхні шкіри шляхом розділення волосся на проділи (рис. 173). Частіше користуються першим методом. Другим користуються при довгому волоссі та при захворюваннях шкіри. Масажні рухи виконують від тім'я вниз назад і вбік до лімфатичних вузлів потилиці, вух, шиї (рис. 142, 174).

Положення пацієнта – сидячи, масажист розміщується позаду (рис. 141, 175).



*Рис. 172. Масаж волосистої частини голови без поділу на пробори.*



*Рис. 173. Масаж волосистої частини голови з поділом на пробори.*



*Рис. 174. Граблеподібне розтирання волосистої частини голови.*



А



Б

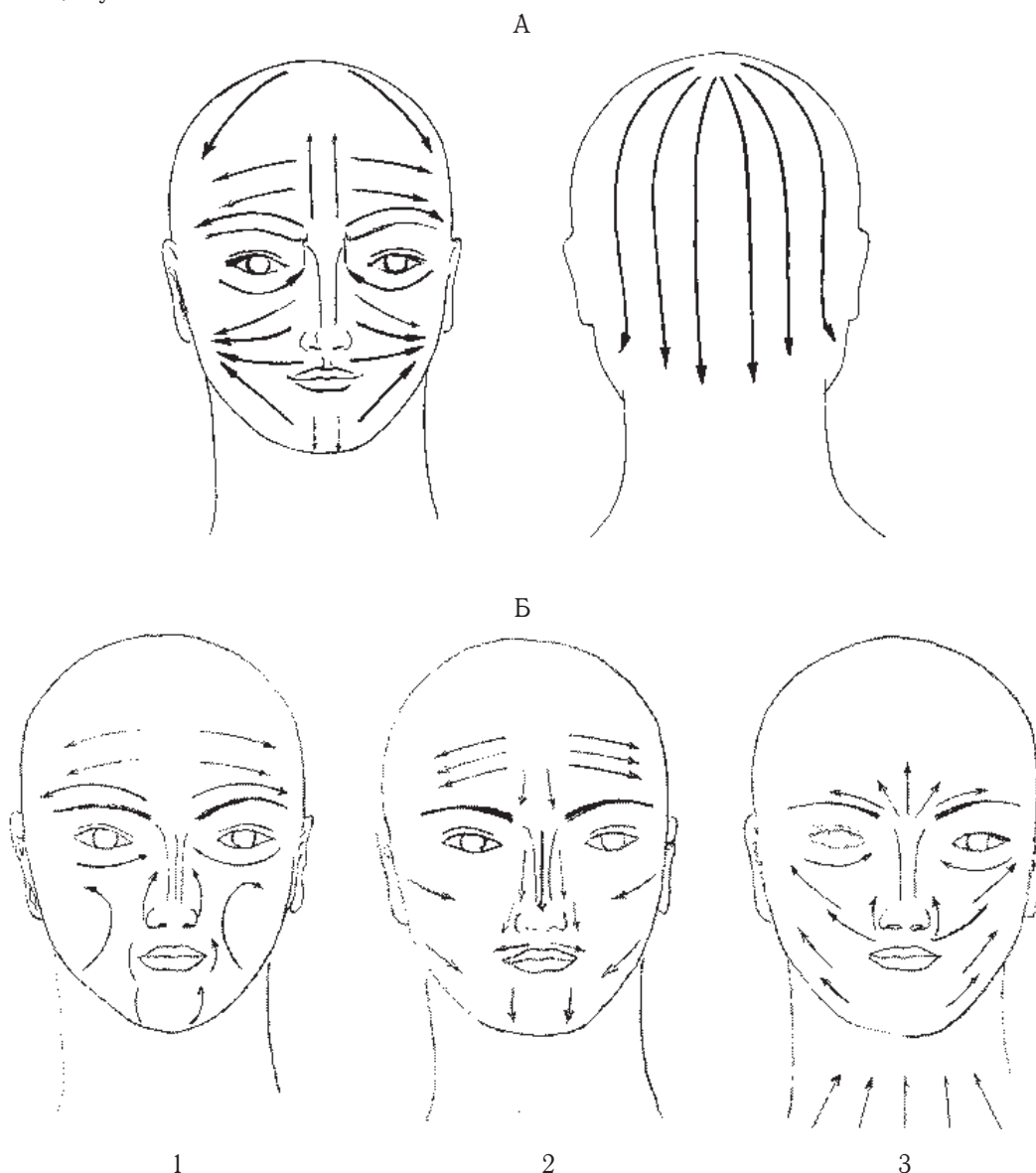
*Рис. 175.* Положення хворого та масажиста при проведенні масажу лиця (А) та волосистої частини голови (Б).

**Масаж голови поверх волосся**

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

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

**Розтирання.** Граблеподібне розтирання подушечками пальців шкіри мозкового відділу голови прямолінійними і напівколовими рухами, масажуючи всю поверхню волосистої частини голови від її маківки до краю волосистої частини (рис. 176). Розтирання пальцями лобового, потиличного, вушних м'язів.



**Рис. 176. Напрямок масажних ліній на голові (А). Напрямок масажних ліній на лиці за даними різних авторів (Б):**

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



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

**Вібрація.** Найчастіше використовують стабільну вібрацію біологічно активних точок.

#### **Масаж волосистої частини голови з розділенням волосся на проділи**

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

**Погладжування** поверхневе і глибоке подушечками пальців: II-V пальці рук масажист розміщує в ділянці проділу і здійснює погладжування всього проділу в напрямку спереду назад, спочатку поверхнево, потім глибоко, по 3-4 рази. Руки можуть рухатися одночасно, розміщуючись поруч, або здійснювати погладжування поперемінно, одна за одною.

**Розтирання** шкіри в ділянці проділу: масажист пальцями лівої руки фіксує шкіру біля проділу, а II і III пальці правої руки виконують розтирання в напівколових і зигзагоподібних напрямках. Розтирання можна здійснювати граблеподібно поставленими на проділі пальцями, а також ніжним штрихуванням (рис. 173). На одному місці проводять 3-4 рухи і таким чином обходять весь проділ.

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

**Вібрація.** Пунктування II-V пальцями послідовно.

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

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

**Практичні рекомендації** щодо проведення масажу волосистої частини голови.

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

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

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

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

**Показання** до призначення масажу волосистої частини голови.

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

#### **Техніка масажу лица**

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

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

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

Масаж лица проводиться відповідно до масажних ліній (рис. 142, 174), напрямком яких збігається з напрямком відвідних судин та м'язових волокон мімічних м'язів. Проте існують різні схеми масажу лица, які залежать від погляду авторів та завдань масажу (рис. 174). Масаж лица рекомендують виконувати двома руками, які рухаються симетрично відносно середньої лінії лица (ліва рука – вліво, права рука – вправо).

#### Масаж лобової ділянки

**Погладжування** площинне долонною поверхнею кисті чи пальців від середини лоба до скроневих ділянок симетричними рухами рук прямолінійно, потім – спіралеподібно (рис. 177). Обхоплююче погладжування долонною поверхнею пальців у цих же напрямках. Площинне погладжування долонними поверхнями II-IV пальців середини лобової ділянки поперемінними рухами рук від перенісся вгору до переднього краю волосистої частини голови (рис. 178). При наявності шкірних складок на лобі цей прийом протипоказаний. Скроневі ділянки погладжують подушечками пальців прямолінійно та спіралеподібно від лоба до привушних лімфатичних вузлів, цей прийом може бути продовженням масажу лобової ділянки (рис. 179).



Рис. 177. Погладжування лоба в напрямку до скроневих ділянок.

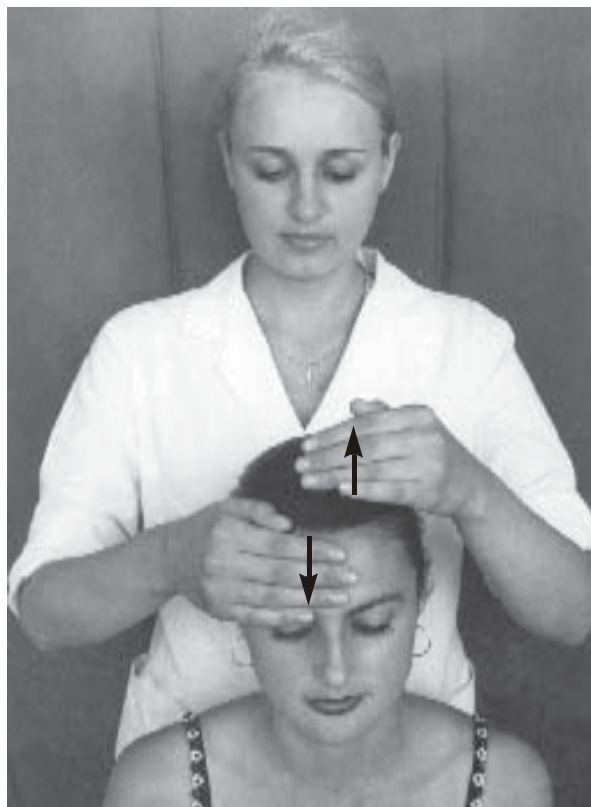


Рис. 178. Погладжування лоба в напрямку від надбрівних ділянок до переднього краю волосистого покриву голови.

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

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

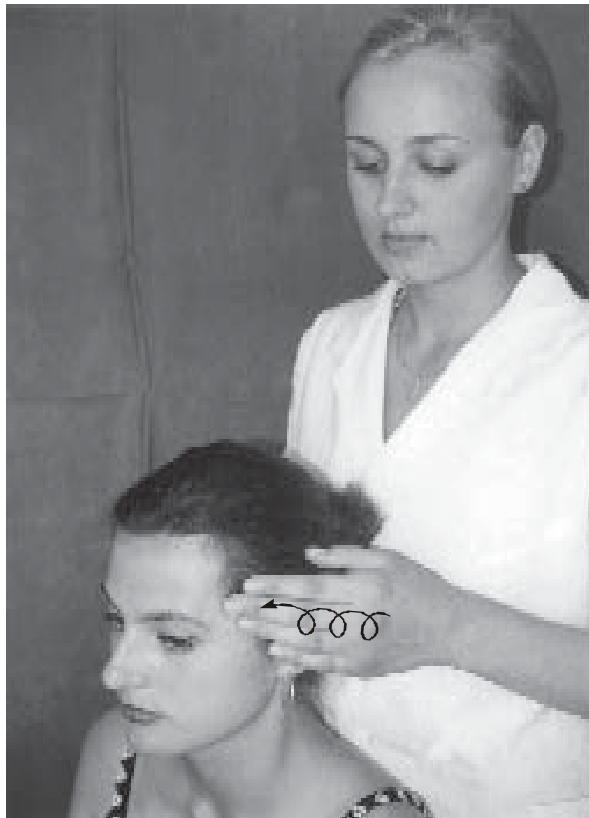


Рис. 179. Спіралеподібне погладження пальцями скроневої ділянки.

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

#### **Масаж очноямкової ділянки**

Масаж проводиться систематичними рухами рук одночасно навколо обох закритих очей.

**Погладжування.** Колоподібне погладжування навколо очей долонною поверхнею кінцевих фаланг середніх пальців від скроневої ямки по нижньому краю колового м'яза ока до внутрішнього кута ока, потім догори, до брови, а далі – по верхньому краю очноямкової ділянки уже двома пальцями (середній – під бровою, вказівний – над нею) в напрямку до скроневої ділянки (рис. 180). Погладжування повік виконують долонною поверхнею нігтьових фаланг одного (II чи III) пальця. У напрямку від перенісся до скроневої ділянки погладжують верхню повіку і без перерви продовжують рух по нижній повіці до внутрішнього кута ока. Рухи повторюються 3-4 рази одночасно на обох повіках.

**Розтирання** не показане.

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

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

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

#### **Масаж щік**

**Погладжування** щік від крил носа проводиться в напрямку до козелка вуха, від кутів рота – до сережки вуха. Використовують площинне погладжування долонною та тильною поверхнею пальців. О.Ф. Вербов рекомендує масаж щік проводити таким чином: розмістивши великі пальці



Рис. 180. Погладжування навколо очей.

обох рук під підборіддям, інші пальці своєю долонною поверхнею обхоплюють ніс; потім, переміщуючи великі пальці ковзаючими рухами до кутів нижньої щелепи, долоньями рук проводять легке погладжування шкіри щік в напрямку догори через виличну дугу до вух та скроневих ділянок і далі до кутів рота.

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

**Розминання.** Шкіру щік разом з м'язами стискають між I-II чи I та II-IV пальцями і швидко відпускають її. На природних складках лиця та зморшках пальці розміщують перпендикулярно до складок. Переривчасте натискування долонною та тильною поверхнею пальців, гребенеподібне; стискання м'яких тканин між пальцями та кістковою основою (верхньою щелепою, виличною кісткою) з легкими вібраційними рухами по всій поверхні щік (рис. 181).

**Вібрація.** Ніжна безперервна стабільна вібрація окремими пальцями (рис. 182) та II-IV пальцями разом (рис. 183), пунктування, поколочування одночасними та поперемінними рухами пальців, ніжне поплескування долонною поверхнею пальців усієї поверхні щік. Точковий масаж у місцях виходу нервів та біологічно активних точок.

#### Масаж носа

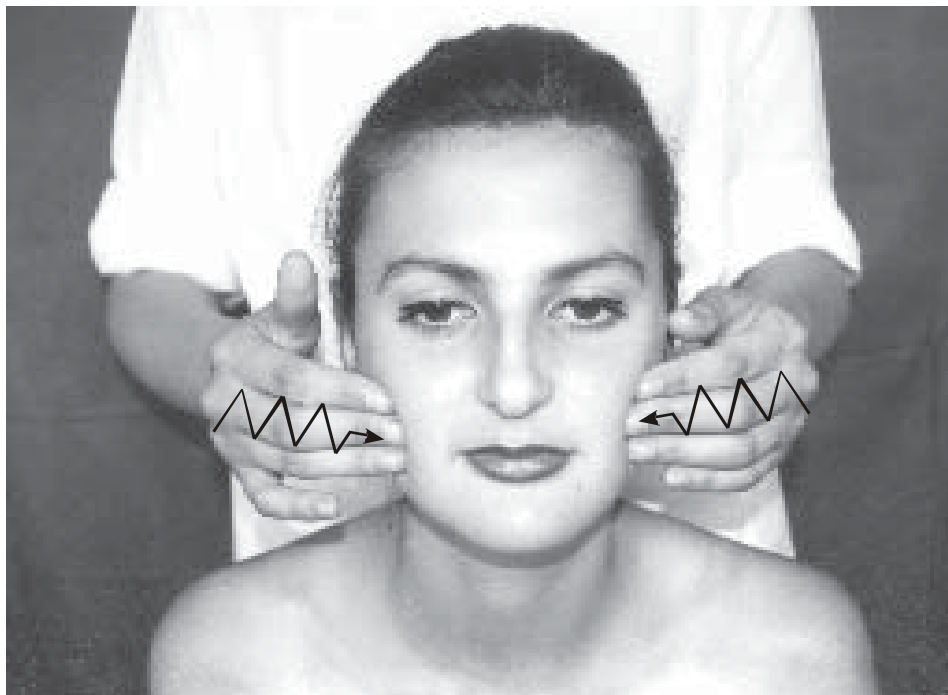
**Погладжування** спинки носа долонною поверхнею нігтьових фаланг II чи II-III пальців послідовними рухами рук від кінчика носа до його кореня; крил носа – від його спинки далі по щічній ділянці до вушної сережки симетричними рухами рук.

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

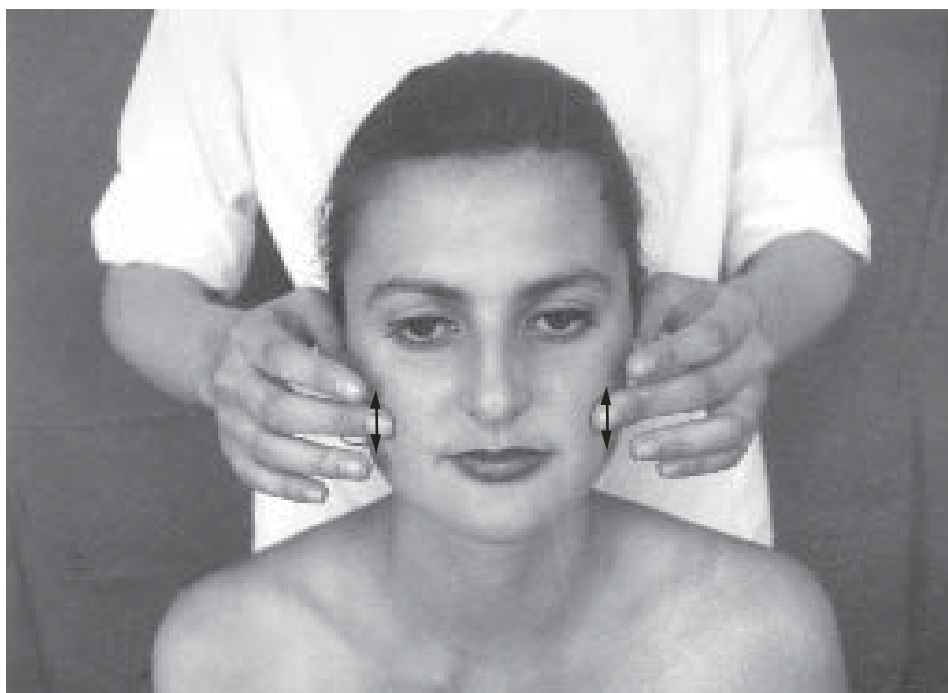
**Розминання:** натискуючи на крила носа II чи II-III пальцями з обох боків, стискають і легко переминають м'які тканини.

**Вібрація:** легка стабільна та лабільна вібрація, пунктування, поколочування одночасними чи послідовними рухами II та III пальців. Точковий масаж біологічно активних точок. При

вираженій носо-губній борозні проводять ніжні погладження, вібраційні натискування, починаючи від кута рота в напрямку до основи носа, поколювання, пунктування. Закінчують масаж носа погладженням.



*Рис. 181.* Переривчасте натискування долонною поверхнею кінцевих фаланг пальців з легкими вібраційними рухами в ділянках щік.



*Рис. 182.* Стабільна вібрація долонною поверхнею кінцевих фаланг середніх пальців у ділянці щік.



*Рис. 183. Стрясання в ділянці щік.*

#### **Масаж підборіддя та верхньої губи**

**Погладжування** площинне долонною поверхнею пальців верхньої губи та підборіддя, починаючи від їх середини до кута нижньої щелепи (рис. 184). Площинне та спіралеподібне погладжування в ділянці підборіддя долонною поверхнею пальців від його середини вздовж нижньої щелепи до кута нижньої щелепи. Масаж виконується симетричними рухами рук з обох боків одночасно.



*Рис. 184. Погладжування ділянки підборіддя, губ, носа.*



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

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

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

### **Масаж вух**

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

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

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

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

**Вібрація.** Найчастіше використовують стабільну вібрацію біологічно активних точок.

**Практичні рекомендації** щодо проведення масажу лица.

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

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

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

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

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

6. Масаж лица проводять після попередньо виконаного масажу шиї.

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

**Показання** до призначення масажу ділянки лица.

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

### **Масаж нервових закінчень в ділянці голови**

Із нервів, які виходять на поверхню в ділянці волосистої частини голови та лица, найчастіше уражаються трійчастий, лицевий, великий та малий потиличний нерви. Трійчастий нерв виходить на поверхню трьома основними нервами: очним, верхньощелепним та нижньощелепним. На очний нерв можна впливати, масажуючи надбрівну дугу в ділянці верхнього очноямкового отвору (рис. 185); на верхньощелепний – на 0,5 см донизу від середини нижнього краю орбіти, в ділянці підочноямкового отвору (рис. 186); на нижньощелепний – в ділянці підборідного отвору, на 3-3,5 см назовні від середини основи нижньої щелепи (рис. 187).



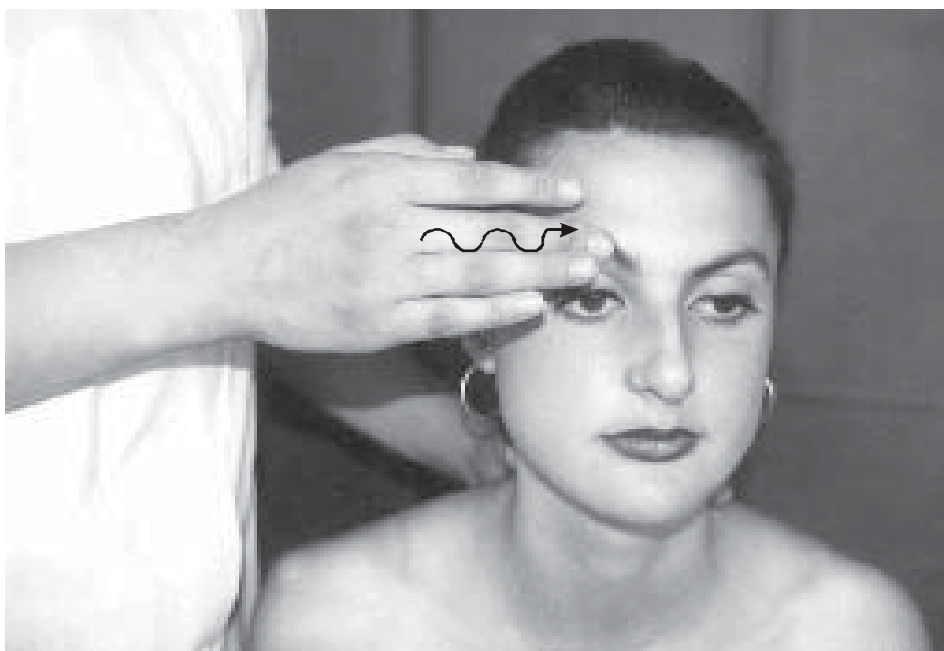


Рис. 185. Вібрація на місці виходу надчочномкового нерва.



Рис. 186. Вібрація на місці виходу підчочномкового нерва.

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

Великий потиличний нерв виходить на поверхню на задній поверхні голови, посередині між соскоподібним відростком і першим шийним хребцем (рис. 153). Малий потиличний нерв – позаду верхівки соскоподібного відростка.

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



Рис. 187. Вібрація на місці виходу нижньощелепного нерва.

## Анатомо-топографічні дані та техніка масажу верхніх кінцівок

### Анатомо-топографічні дані верхніх кінцівок

Верхня кінцівка складається з пояса верхньої кінцівки (грудного пояса) і вільної частини верхньої кінцівки (рис. 188). До кісток пояса верхньої кінцівки належать лопатка і ключиця. До кісток вільної частини верхньої кінцівки входять: плечова кістка, кістки передпліччя – променева та ліктьова, а також кістки кисті: зап'ясткові, п'ясткові і кістки пальців.

Плечовий суглоб утворений головкою плечової кістки та суглобовою западиною лопатки, доповненою суглобовою губою (рис. 192). За формою – кулястий, найбільш рухомий суглоб людини. Основні рухи в плечовому суглобі можливі в трьох осях: сагітальній (відведення та приведення), фронтальній (згинання й розгинання) та вертикальній (обертання досередини та вбік). Суглобова капсула фіксується за рахунок слабких дзьобо-надплечових, верхніх і нижніх поперечних зв'язок лопатки. На 70 % міцність суглоба забезпечується сухожилками м'язів (надостьовий, підостьовий, малий круглий, підлопатковий), які вплітаються в суглобову капсулу. Тому найменші зміни функціонального стану вказаних м'язів призводять до обмеження функції плечового суглоба. Про це обов'язково потрібно пам'ятати масажистові, вибираючи ділянку та методику масажу.

Вільна частина верхньої кінцівки – найбільш рухома частина тіла людини, що зумовлено добре розвиненими м'язами верхньої кінцівки (рис. 189, 190). Їх поділяють на м'язи пояса верхніх кінцівок та м'язи вільної частини верхньої кінцівки (рис. 191, 192). До м'язів пояса верхньої кінцівки відносять дельтоподібний, надостьовий і підостьовий м'язи, а також великий і малий круглі та підлопатковий м'язи. М'язи вільної частини верхньої кінцівки за функцією та топографією поділяють на м'язи плеча, передпліччя, кисті. М'язи плеча, залежно від їхньої дії на плечовий і ліктьовий суглоби, поділяють на м'язи переднього відділу плеча (відділ згиначів плеча) та заднього відділу плеча (відділ розгиначів плеча). До м'язів – згиначів плеча відносять: двоголовий м'яз плеча, дзьобо-плечовий та плечовий м'язи. М'язи – розгиначі плеча формують триголовий м'яз плеча та ліктьовий м'яз (рис. 193).

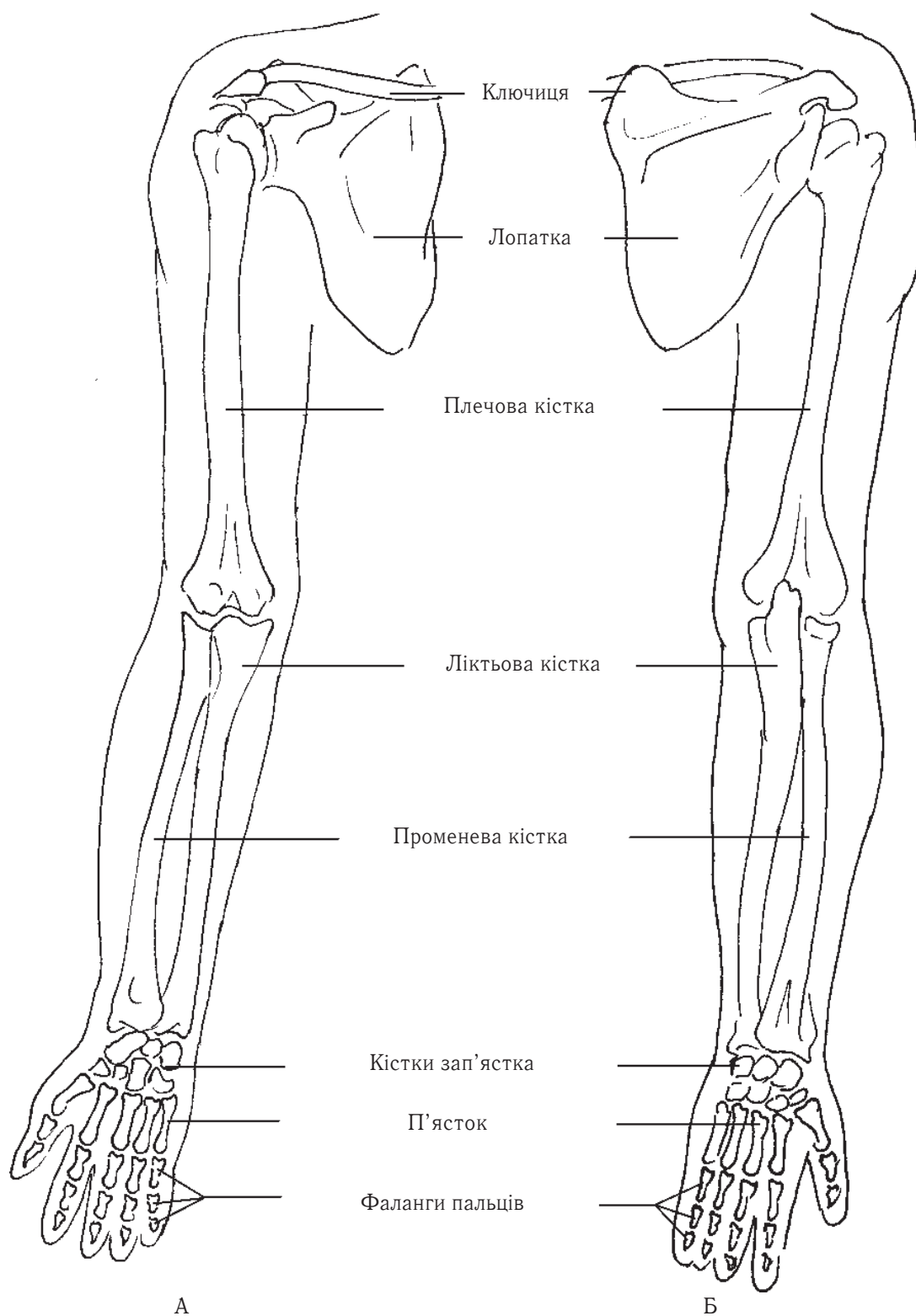


Рис. 188. Скелет верхньої кінцівки (правій):  
А – вигляд спереду; Б – вигляд ззаду.

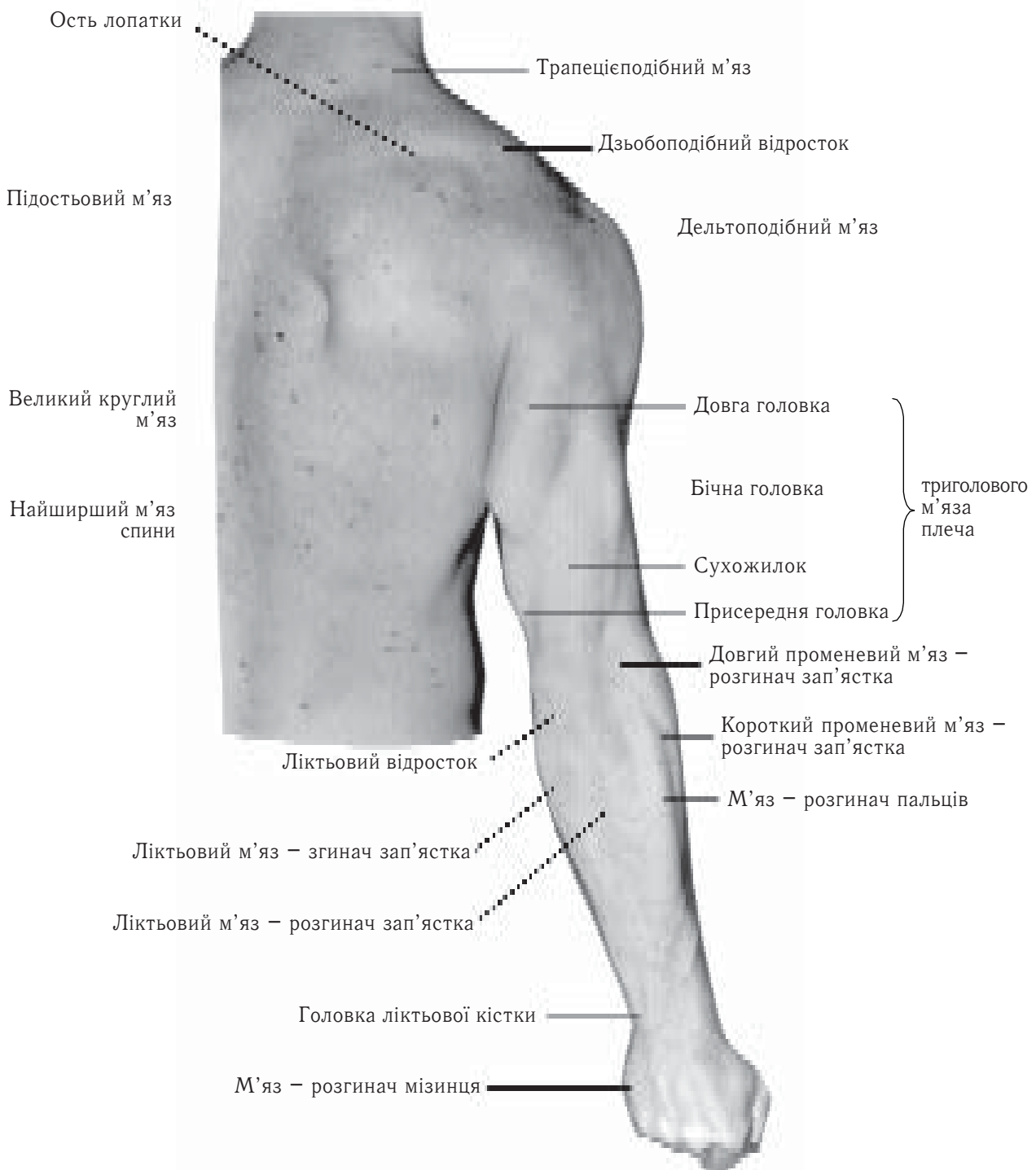


Рис. 189. Рельєф м'язів верхньої кінцівки (правої, вигляд ззаду).

Ліктьовий суглоб утворюється дистальним кінцем плечової кістки та проксимальними кінцями променевої і ліктьової кісток. Суглоб складний, оскільки в ньому є три суглоби, об'єднані спільною суглобовою капсулою: плечо-ліктьовий, плечо-променевий та проксимальний променево-ліктьовий. У ліктьовому суглобі можливі згинання, розгинання, пронація та супінація. В ділянці ліктьового згину розміщені лімфатичні вузли, про що необхідно пам'ятати під час масажу.

М'язи передпліччя також поділяються за топографічними та функціональними ознаками. За топографією їх поділяють на м'язи переднього та заднього відділів передпліччя, кожний з

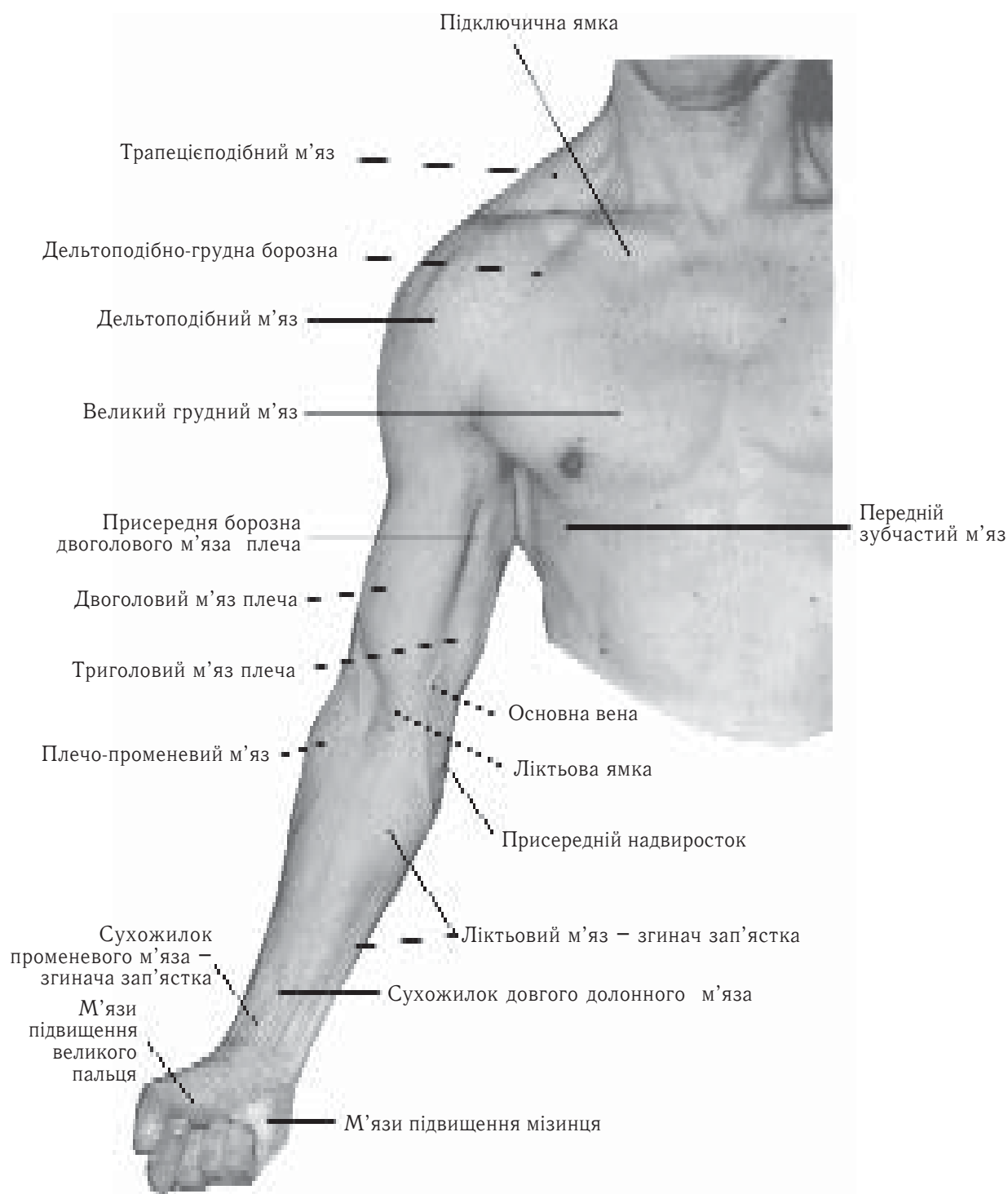


Рис. 190. Рельєф м'язів верхньої кінцівки, правої (вигляд спереду).

яких складається з поверхневих та глибоких частин, а за функцією відносять до згиначів, розгиначів, привертачів та відвертачів (супінаторів та пронаторів).

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

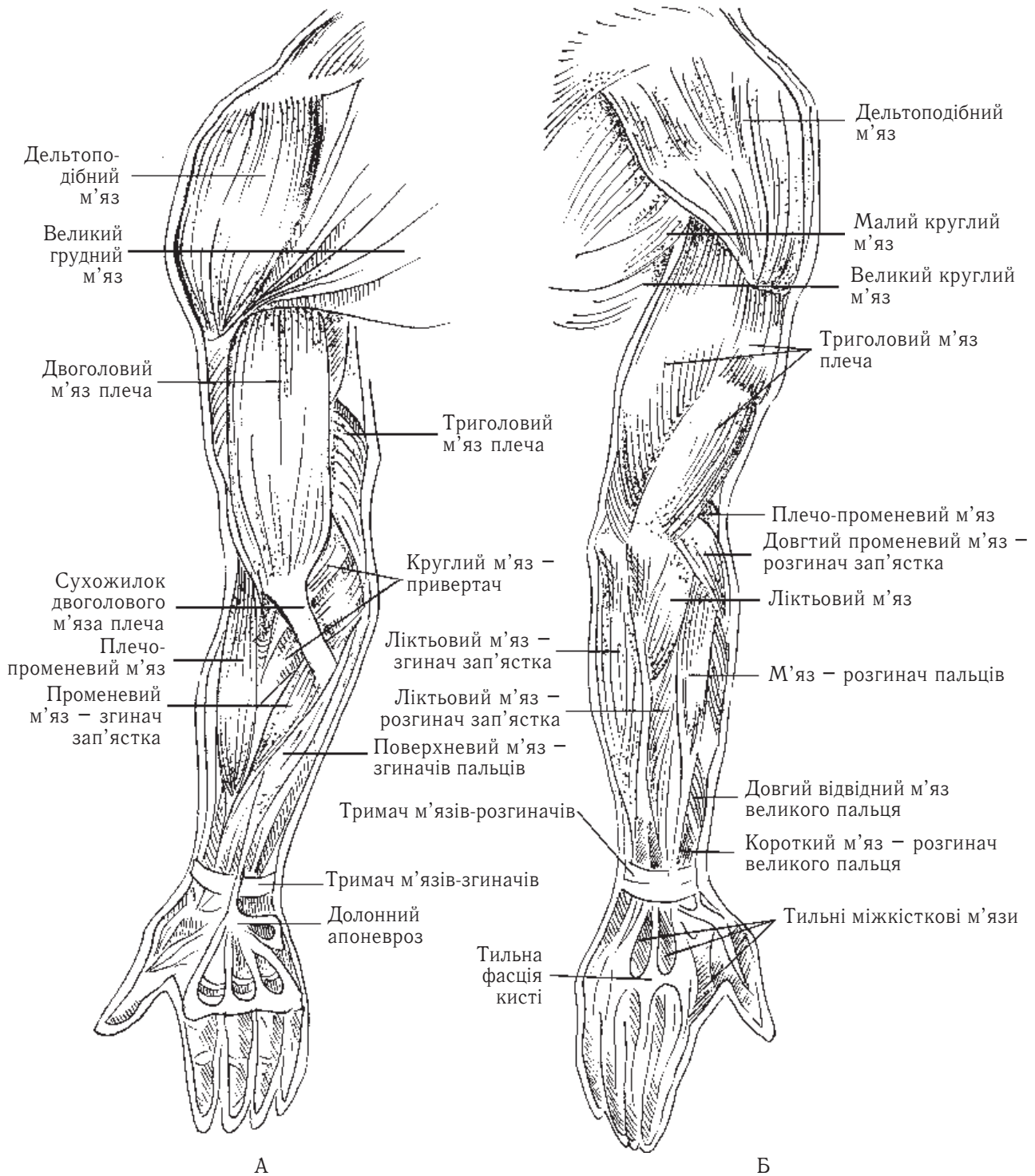


Рис. 191. М'язи верхньої кінцівки (правої):

А – вигляд спереду; Б – вигляд ззаду.

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

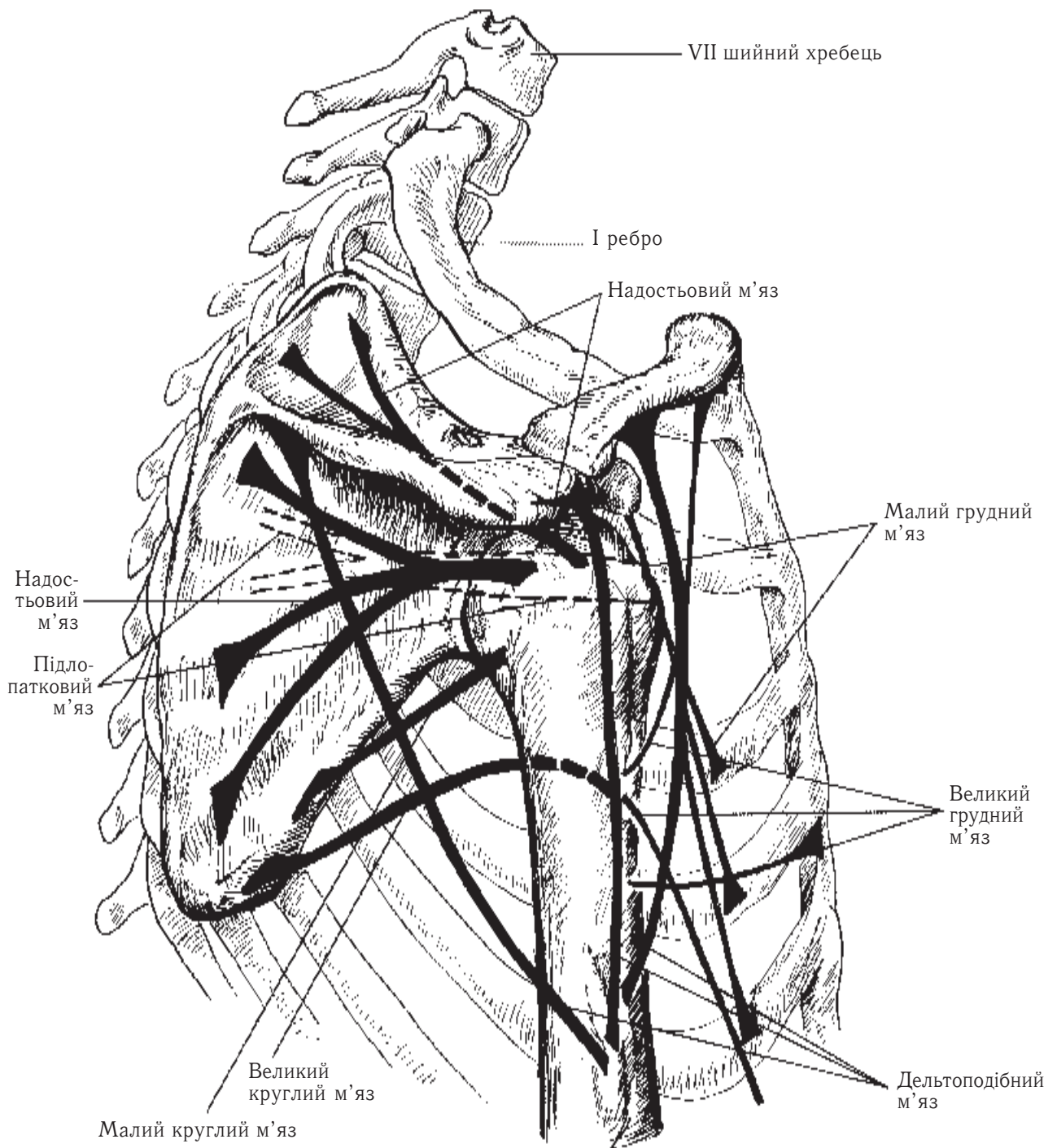


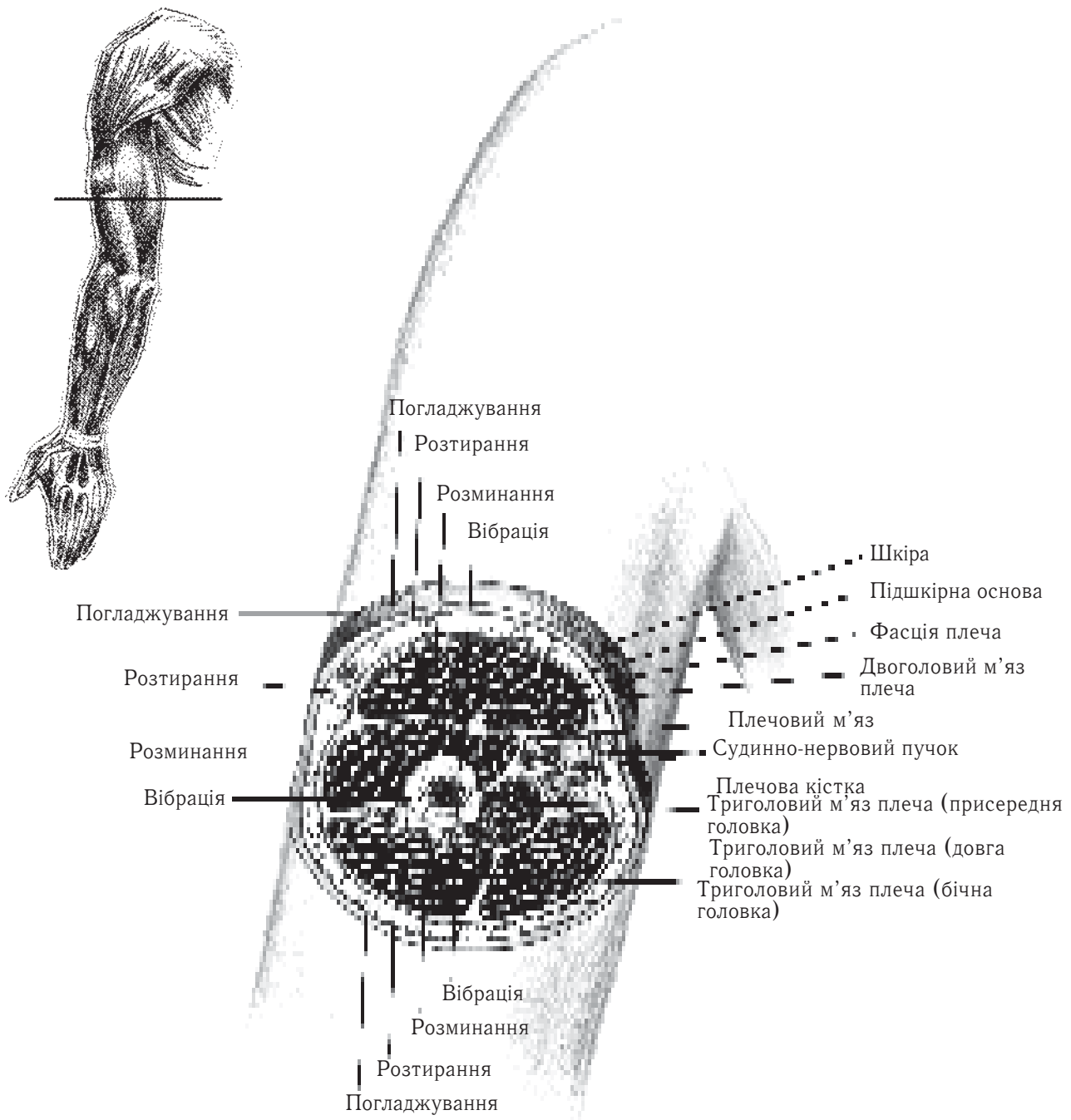
Рис. 192. Місця початку та прикріплення м'язів на кістках плечового пояса та плеча (правих, вигляд збоку, схема).

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

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

До кісток зап'ястка відносять вісім невеликого розміру та різної форми кісток, що розміщені в два ряди, які зчленовуються між собою. Верхні – прилягають до суглобових поверхонь





**Рис. 193. Горизонтальний розпил середини лівого плеча (схема). Вплив основних прийомів масажу на анатомічні структури плеча.**

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

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

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

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

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

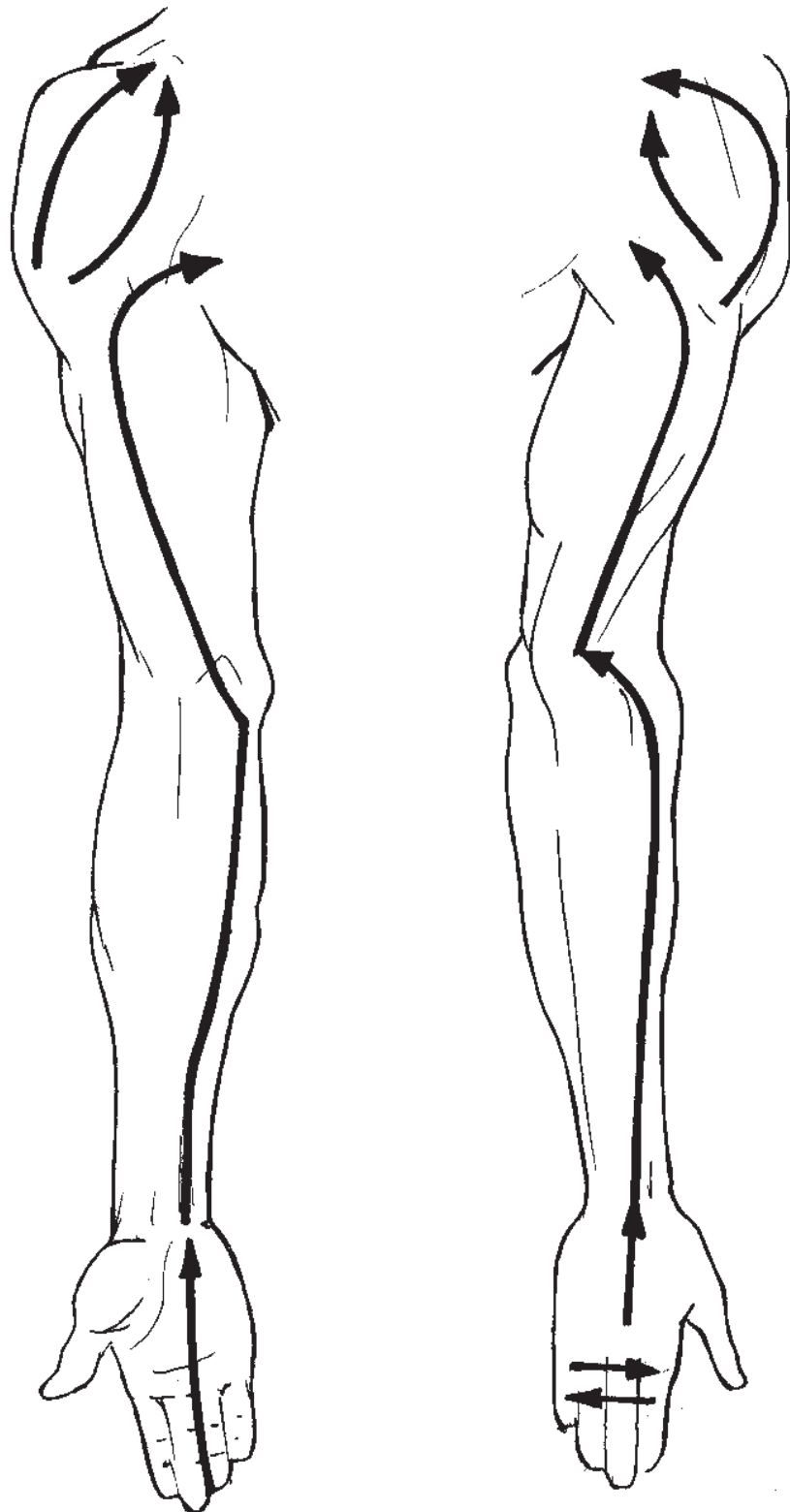
Іннервація верхньої кінцівки здійснюється за рахунок плечового сплетення, від якого відходять короткі та довгі периферійні гілки. Короткі гілки іннервують передні і бічні ділянки грудної клітки та пояс верхніх кінцівок. Довгі гілки йдуть вздовж вільної частини верхньої кінцівки, іннервуючи її м'язи та шкіру. Серед довгих гілок виділяють: м'язово-шкірний нерв – іннервує двоголовий м'яз плеча, шкіру зовнішньої поверхні передпліччя та підвищення великого пальця; присередній нерв – іннервує м'язи – згиначі зап'ястка та пальців; променевий – розгиначі зап'ястка та пальців; ліктьовий – м'язи, розміщені на передній поверхні вздовж ліктьової кістки, глибокі м'язи долоні і тильну поверхню долоні та пальців.

### **Техніка масажу верхніх кінцівок**

Положення хворого – сидячи за масажним столиком чи лежачи. У положенні сидячи руки надають середнього фізіологічного положення: згинають в ліктьовому суглобі на  $110^\circ$  відносно плеча. Після підготовчого масажу проводять послідовно масаж кисті (пальці, п'ясток, зап'ясток, променево-зап'ясткового суглоба, передпліччя, ліктьового суглоба, плеча, плечового суглоба, дельтоподібної ділянки (рис. 194).

#### **Підготовчий масаж**

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



*Рис. 194.* Напрямок масажних рухів на верхніх кінцівках.

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

### Масаж кисті

Він включає масаж пальців, п'ястка, зап'ястка. Положення кисті при масажі тильної поверхні: на масажному валику чи лівій руці масажиста (рис. 195); при масажі долонної поверхні – рука супінована, долонною поверхнею догори, розміщена на масажному столику чи лівій руці масажиста. Під час масажу кисть повинна бути зафіксована рукою масажиста чи протилежною рукою самого хворого.



Рис. 195. Спіралеподібне розтирання пальцями суглобів пальців кисті.

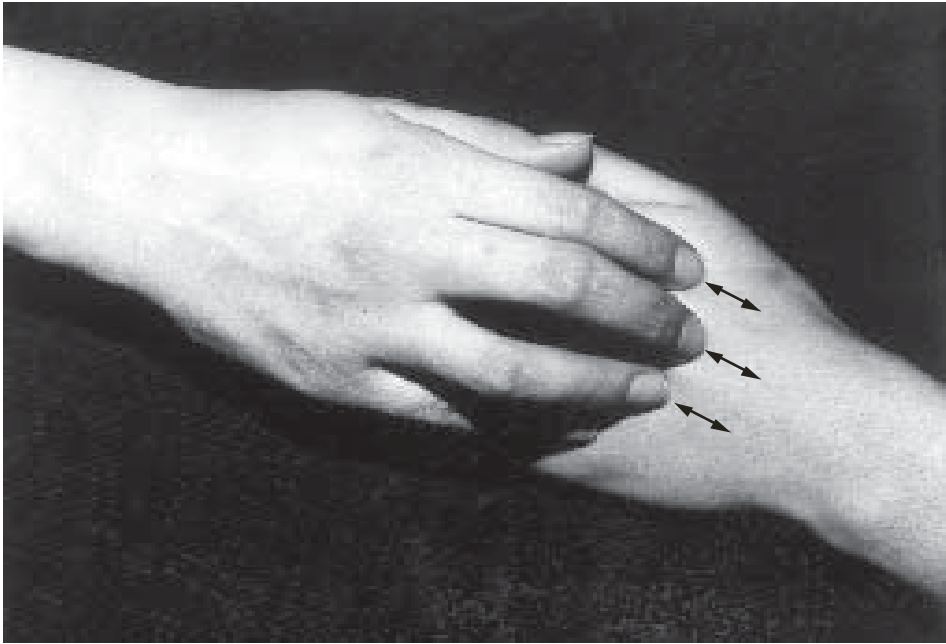
### Масаж пальців

Поперечне погладжування тильної і долонної поверхні всіх пальців та кожного зокрема. Поздовжнє погладжування бічної поверхні кожного пальця щипцеподібно, починаючи від нігтьових фаланг. Розтирання у вигляді штрихування: поперечне на тильній та долонній поверхнях пальців, поздовжнє – на бічних. Спіралеподібне та колове погладжування і розтирання випрямлених та зігнутих пальців кисті (рис. 195). Розминання м'язів пальців: щипцеподібно обхопивши м'які тканини пальців, відтягують їх і розминають між своїми пальцями або ж стискають м'які тканини між пальцями масажиста та їх кістковою основою, виконуючи натискування і зміщення.

При тугорухомості пальців кисті, рубцевих зрощеннях м'яких тканин використовується розтягування їх шляхом розтягування суглобових поверхонь між собою, супроводжуючи спіралеподібними розтираннями та активними і пасивними рухами пальців.

### Масаж п'ястка і зап'ястка

Спочатку масажують тильну поверхню кисті: погладжування, починаючи від пальців, продовжують масажні рухи до ліктьового суглоба. Поздовжнє площинне та обхоплююче поверхневе і глибоке погладжування долонною поверхнею кисті. Виконується однією рукою або двома руками послідовно. Спіралеподібне розтирання, штрихування тильної поверхні п'ястка та зап'ястка (рис. 58). Розтирання кожного сухожилка пальцями в положенні випрямлених, пасивно піднятих (розігнутих) та опущених (зігнутих) в п'ястково-фалангових суглобах пальців. Розтирання міжкісткових проміжків великим пальцем або граблеподібно (рис. 196). Розминання міжкісткових м'язів зміщенням сусідніх п'ясткових кісток у протилежних напрямках (рис. 72).



*Рис. 196. Граблеподібне розтирання міжкісткових проміжків п'ясткових кісток.*

Масаж долонної поверхні п'ястка та зап'ястка. Погладжування опорною частиною кисті, гребенеподібно, гладження. Розтирання пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібно (рис. 197). Щипцеподібно розтирання бічних поверхонь, підвищень великого пальця та мізинця (рис. 198). Розминання щипцеподібно м'яких тканин бічних поверхонь. Розминання м'язів підвищення великого пальця та мізинця поперечним, поздовжнім розминанням, щипцеподібно, розминання натискуванням та зміщенням (рис. 199). Вібрація: рубання, поколючування, пунктування однією рукою, потрушування кисті. Закінчують погладжуванням.

Ефективним є виконання після масажу активних та пасивних рухів у суглобах кисті в усіх можливих осях.



*Рис. 197. Гребенеподібно розтирання долонної поверхні кисті.*

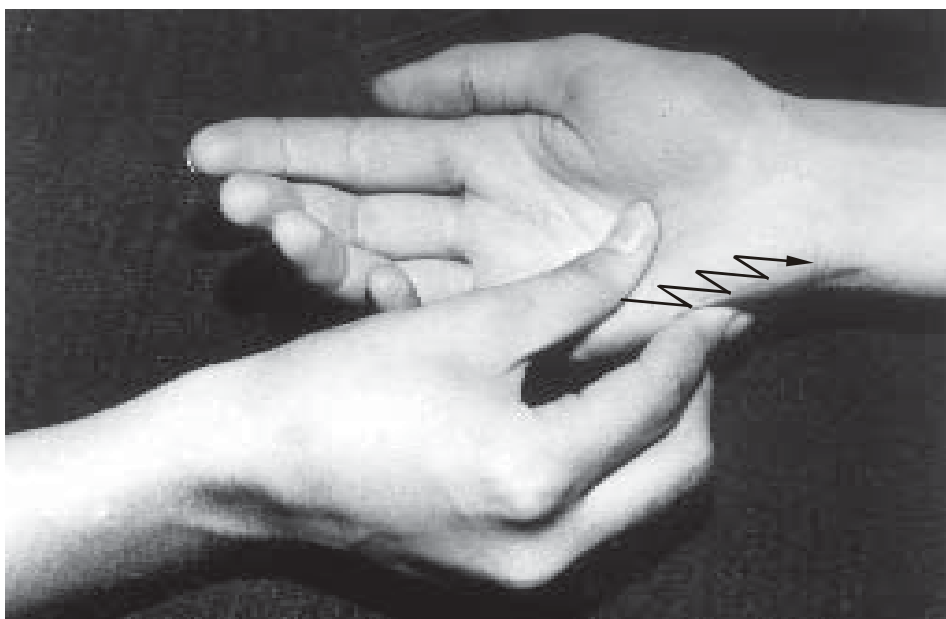


Рис. 198. Щипцеподібне розтирання м'язів підвищення мізинця.

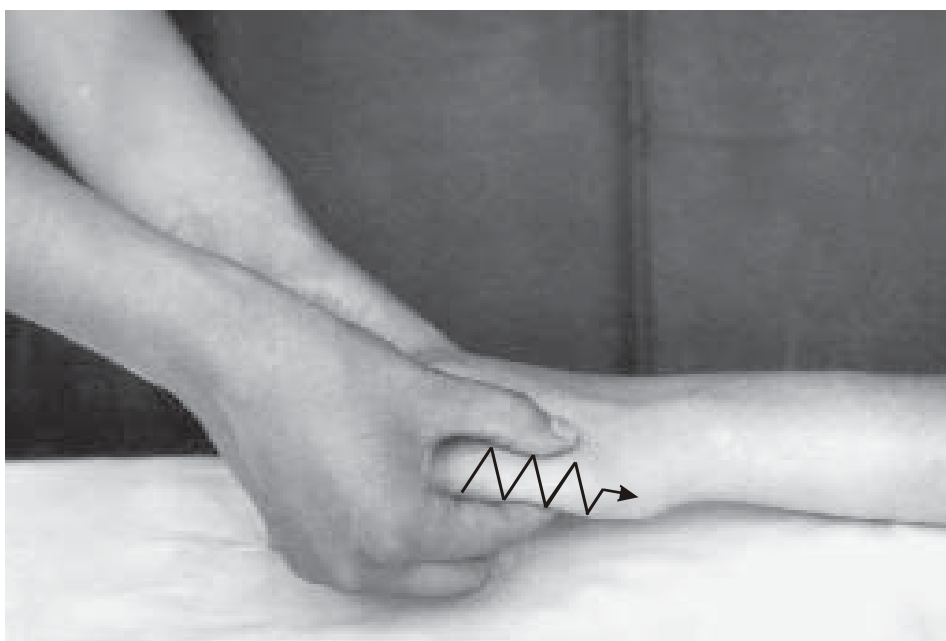


Рис. 199. Щипцеподібне розминання м'язів підвищення мізинця.

#### **Масаж променево-зап'ясткового суглоба**

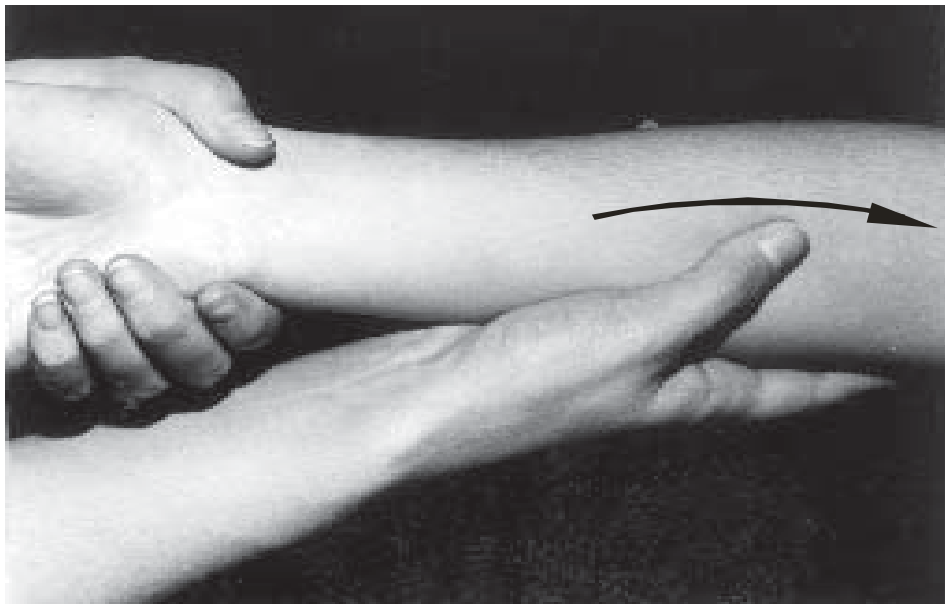
Кращий доступ до суглоба – з тильної та бічної поверхонь, тому сила натискування тут повинна бути меншою, ніж на долонній поверхні. Обхоплююче поверхнєве та глибоке, спіралеподібне та колове погладжування. Розтирання спіралеподібне, колове, штрихування, щипцеподібне розтирання бічних поверхонь суглоба прямолінійними чи спіралеподібними рухами пальців обох рук. Для більш глибокого доступу до суглоба масаж його тильної поверхні проводиться у положенні долонного згинання. На долонній поверхні суглоба виконують штрихування, спіралеподібне розтирання першим чи II-IV пальцями шкіри та сухожилків, розміщених під нею. При наявності рубців та зрощень проводять розтягування, зміщення шкіри та сухожилків, спіралеподібне розтирання першим чи II-IV пальцями у положенні максимального згинання та розгинання.

Закінчують активними та пасивними рухами у всіх можливих напрямках, струшуванням кисті, погладжуванням.

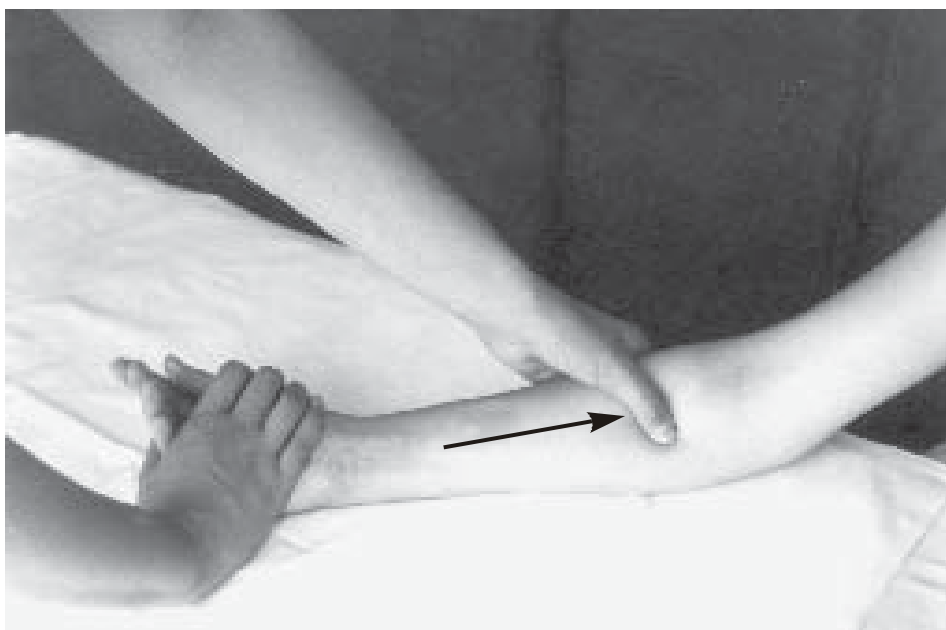
### **Масаж передпліччя**

Положення пацієнта – сидячи, рука зігнута у ліктьовому суглобі під кутом  $110^\circ$  відносно плеча, розміщена на масажному столику. Під час масажу задньої передплічної ділянки кисть пронована (долонею донизу), передньої – супінована (долонею догори).

**Погладжування.** Поверхнєве (рис. 200) та глибоке (рис. 201) безперервне погладжування від променево-зап'ясткового суглоба до ліктьового згину однією рукою (рис. 202) чи обома руками послідовно. При погладженні задньої передплічної ділянки рухи закінчуються біля зовнішнього надвиростка, передньої – біля внутрішнього. Крім цього, використовуються гладження, щипцеподібне погладжування окремих м'язових груп та сухожилків.

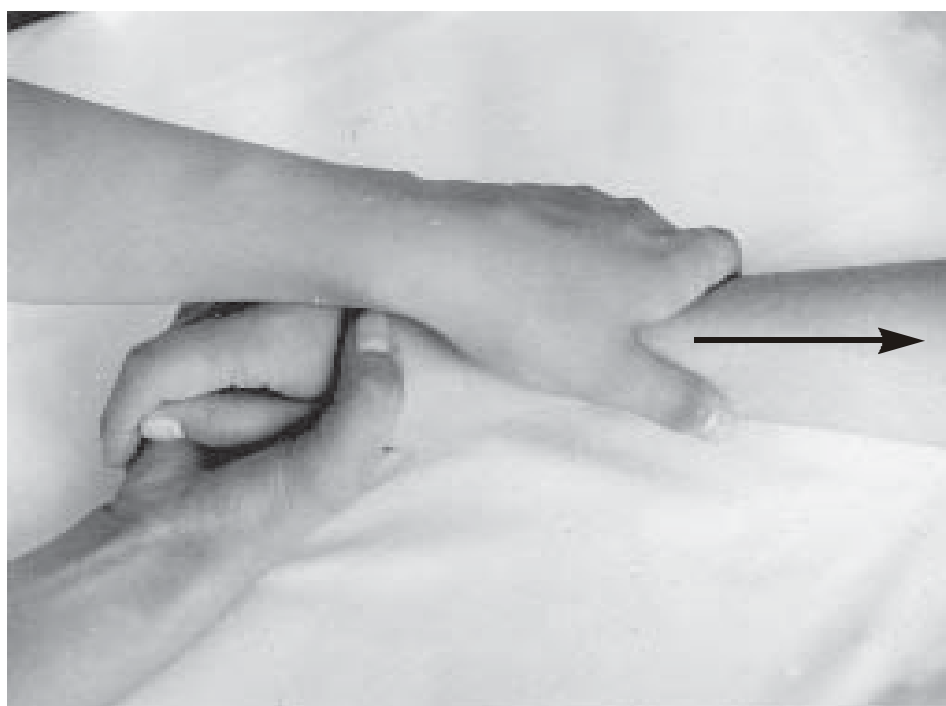


*Рис. 200.* Обхоплююче поверхнєве погладжування долонною поверхнею ліктьового краю кисті передплічної ділянки.

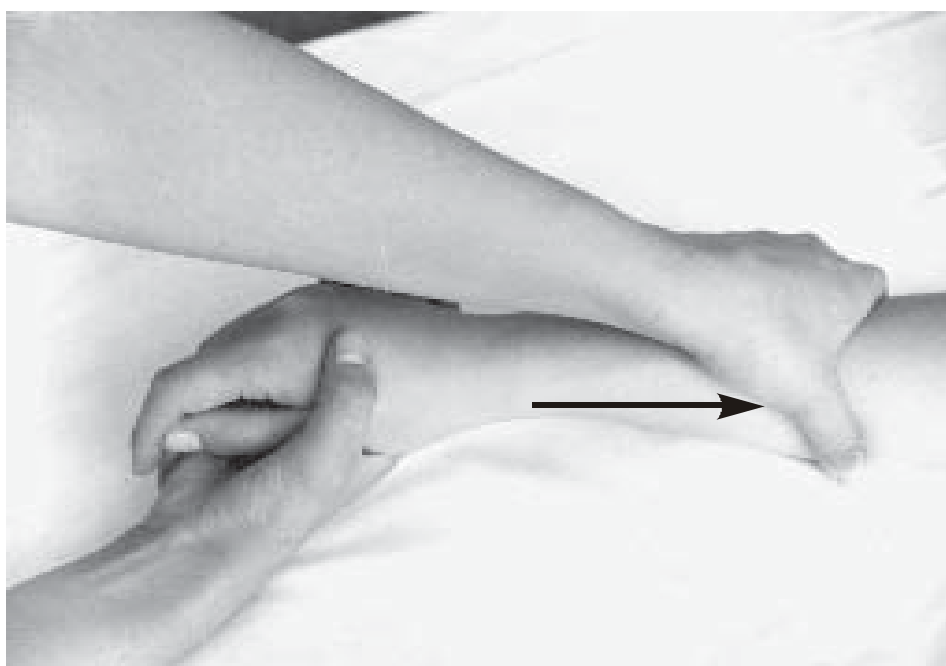


*Рис. 201.* Обхоплююче глибоке погладжування передпліччя.



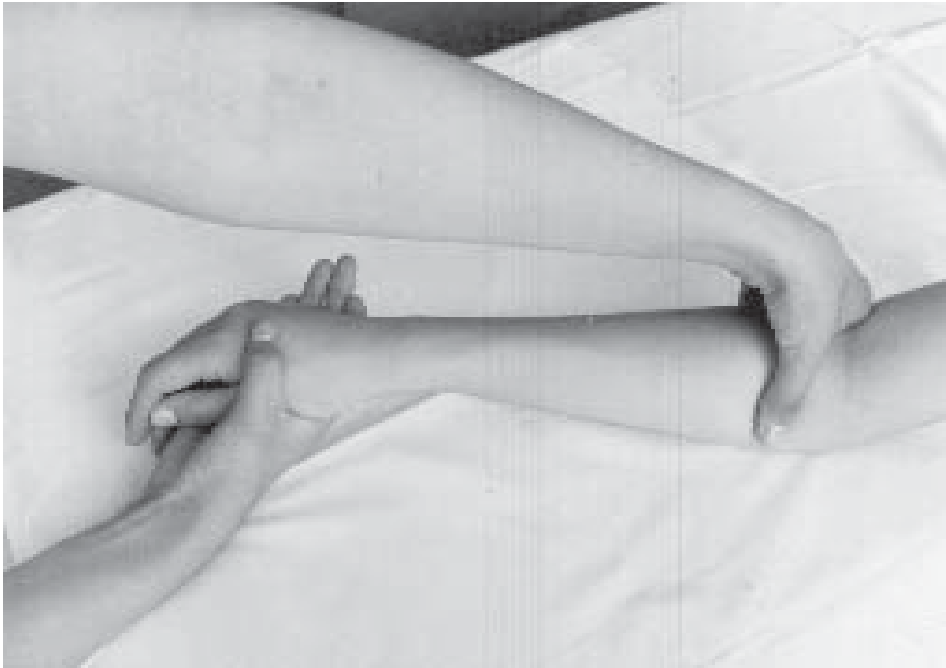


А



Б

*Рис. 202. Обхоплююче погладжування передпліччя (послідовність фаз).*



В

Рис. 202 (продовження). **Обхоплююче погладження передпліччя** (послідовність фаз).

**Розтирання.** Масажист однією рукою фіксує руку пацієнта, другою проводить масаж. Поздовжнє поверхнєве та глибоке прямолінійне розтирання пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібне, ліктьовим краєм кисті, щипцеподібне розтирання окремих м'язових груп та сухожилків. Спіралеподібне розтирання опорною частиною кисті (рис. 203), пальцями, граблеподібне. Окремо виконують розтирання задньої та передньої поверхонь. Розтирання обома руками: кисть пацієнта встановлюється в середнє між супінацією та пронацією (мізинцем до столу) положення, виконується поздовжнє лінійне розтирання долонями, опорними частинами кистей, пальцями, руки при цьому рухаються в протилежних напрямках, одна з них масажує передню, друга – задню передплічну ділянку; пиляння, стругання (рис. 204).

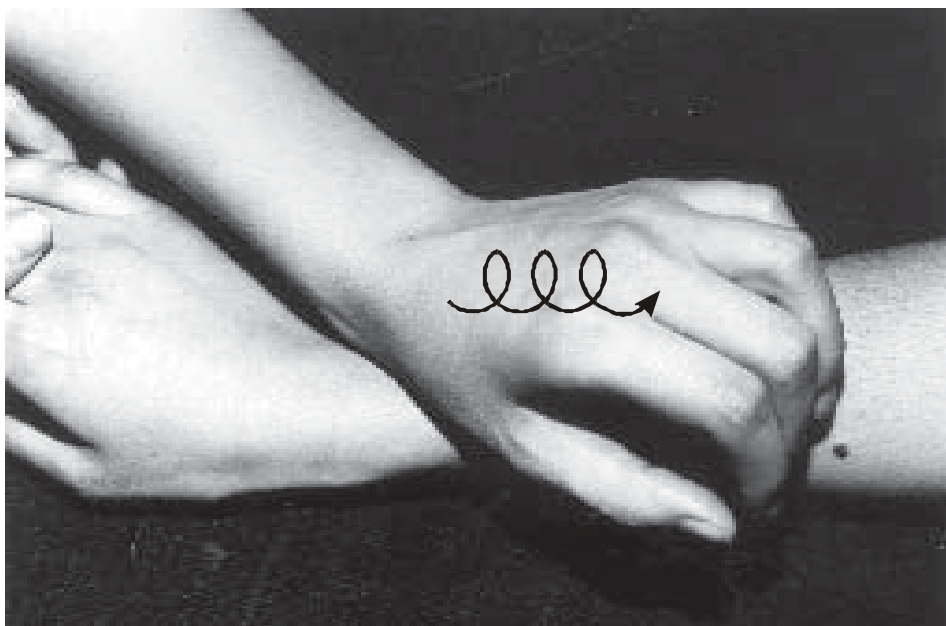


Рис. 203. **Спіралеподібне розтирання передпліччя опорною частиною кисті.**

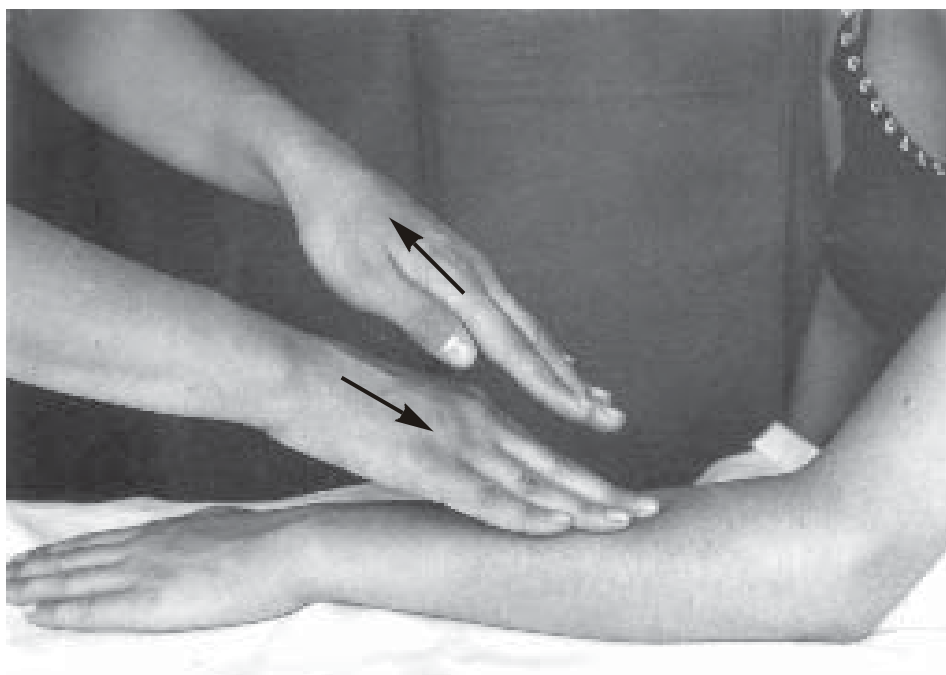


Рис. 204. Стругання передпліччя.

**Розминання.** М'язи – згиначі та розгиначі масажують окремо. При розминанні м'язів – згиначів масажист фіксує руку в положенні супінації кисті, розгиначів – пронації або в середньому між супінацією та пронацією положенні. Поздовжнє розминання м'язів, щипцеподібне розминання окремих м'язових груп (рис. 205, 206). Масаж двома руками: поздовжнє, поперечне розминання та валяння. Натискування, стискання, зміщення, розтягування м'язів, які не відтягуються зі свого ложа. Поздовжнє розминання м'язів проводиться від місць початку до місць прикріплення зі спіралеподібним розтиранням останніх. Послідовність поперечного розминання м'язів: черевце, сухожилок початку, черевце, сухожилок прикріплення, черевце і т.д.



Рис. 205. Поздовжнє розминання м'язів заднього відділу передпліччя.

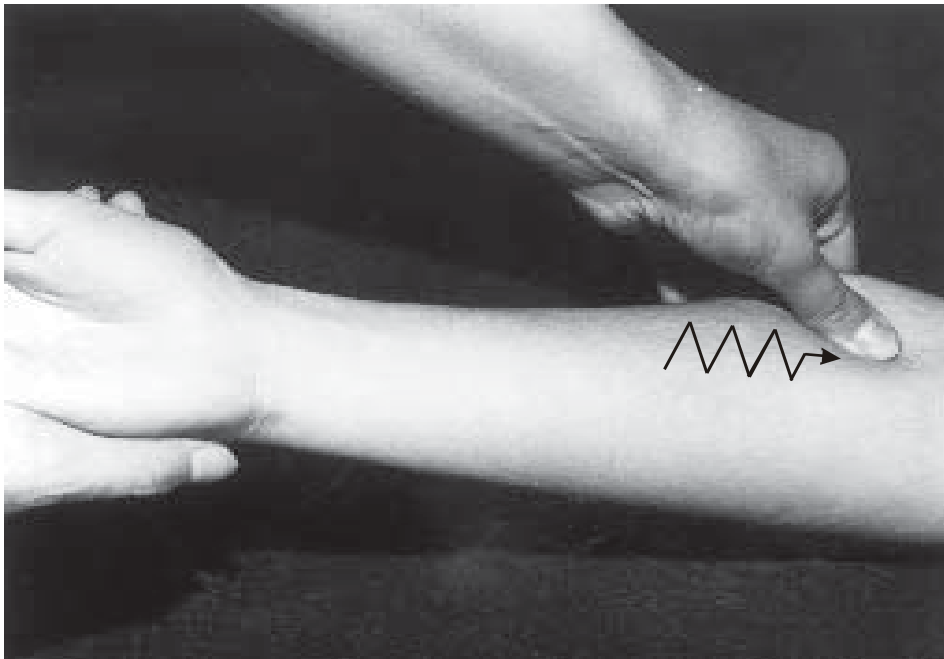


Рис. 206. Поздовжнє розминання м'язів бічного краю передпліччя.

**Вібрація.** Вібраційні погладжування, лабільна безперервна вібрація, поплескування, рубання, поколювання пальцями та кулаком, шмагання, потрушування м'язів, струшування передпліччя.

#### **Масаж ліктьового суглоба**

Проводять з ліктьового, променевого боку, задньої та передньої поверхонь. Найбільш доступна суглобова сумка ззаду. Спереду вона покрита товстим шаром м'язів та сухожилків, тому доступ до неї гірший.

Масаж задньої поверхні суглоба. Зігнута під прямим кутом рука пацієнта розміщена на лівій руці масажиста. Колове та спіралеподібне погладжування, потім розтирання пальцями всієї поверхні суглоба, поступово проникаючи ними глибоко в суглоб. Масаж передньої та бічних поверхонь: рука пацієнта розміщена на столі, зігнута під кутом  $110^\circ$  відносно плеча. Колове і спіралеподібне погладжування та розтирання першим або чотирма пальцями передньої та бічної поверхонь. Бічну поверхню можна масажувати послідовно з кожного боку чи одночасно. Щипцеподібне розтирання бічних поверхонь одночасно з обох боків. Циркулярне розтирання та штрихування пальцями місць прикріплення сухожилків та зв'язок. Масаж лімфатичних вузлів ліктьового згину не показаний. Розтягування м'яких тканин ліктьового суглоба, зафіксувавши лівою рукою плече випрямленої руки, а правою – дистальну частину передпліччя. У такому положенні виконують пасивні згинання в суглобі. Закінчують активними та пасивними рухами в суглобі.

#### **Масаж плеча**

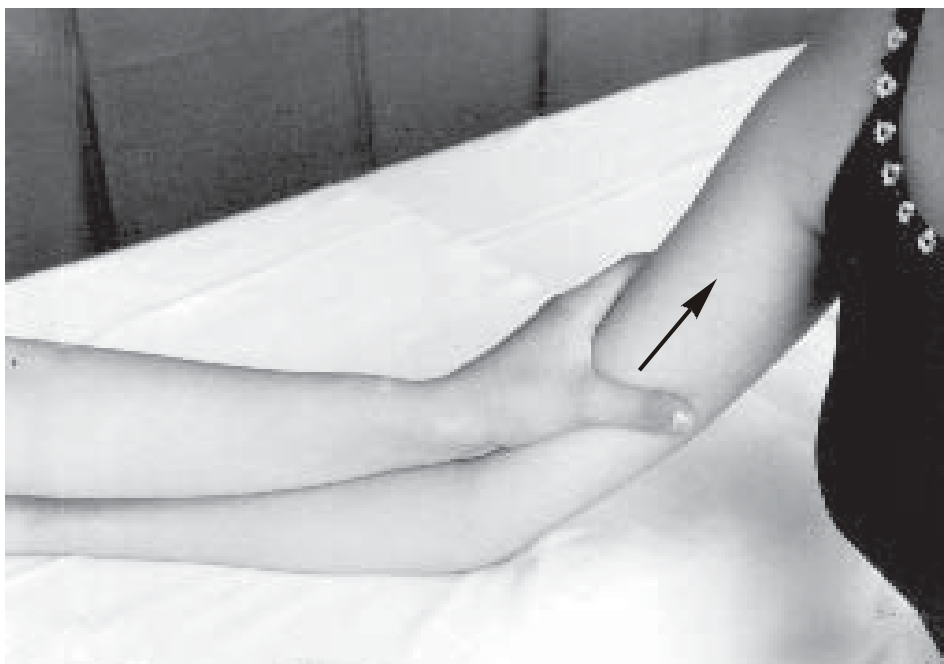
Положення хворого – сидячи, рука відведена, розміщена передпліччям на столі.

**Погладжування** поверхневе та глибоке безперервне обхоплююче передньої та задньої плечових ділянок, починаючи від ліктьового згину до пахової ділянки, виконується однією рукою (рис. 207) чи обома руками послідовно, хрестоподібне погладжування всієї поверхні плеча (рис. 52).

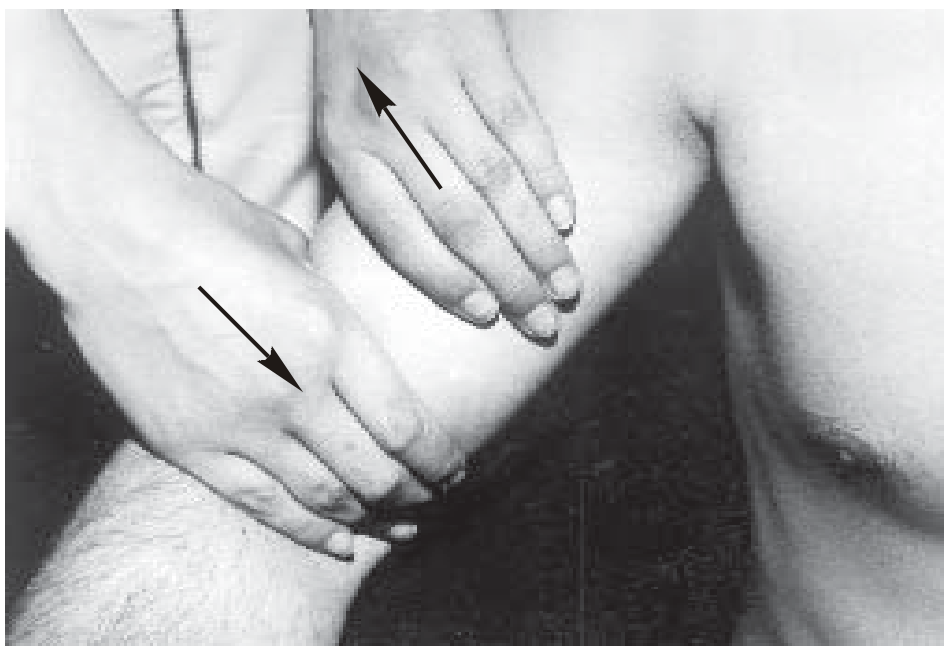
**Розтирання:** площинне та обхоплююче поздовжнє та поперечне (рис. 208); спіралеподібне розтирання опорною частиною кисті, гребенеподібне розтирання, пересікання, пиляння, стругання, щипцеподібне розтирання сухожилків.

**Розминання.** Окремо проводять розминання м'язів переднього (відділ згиначів) і заднього (відділ розгиначів) відділів плеча та дельтоподібного м'яза. Починають з переднього відділу

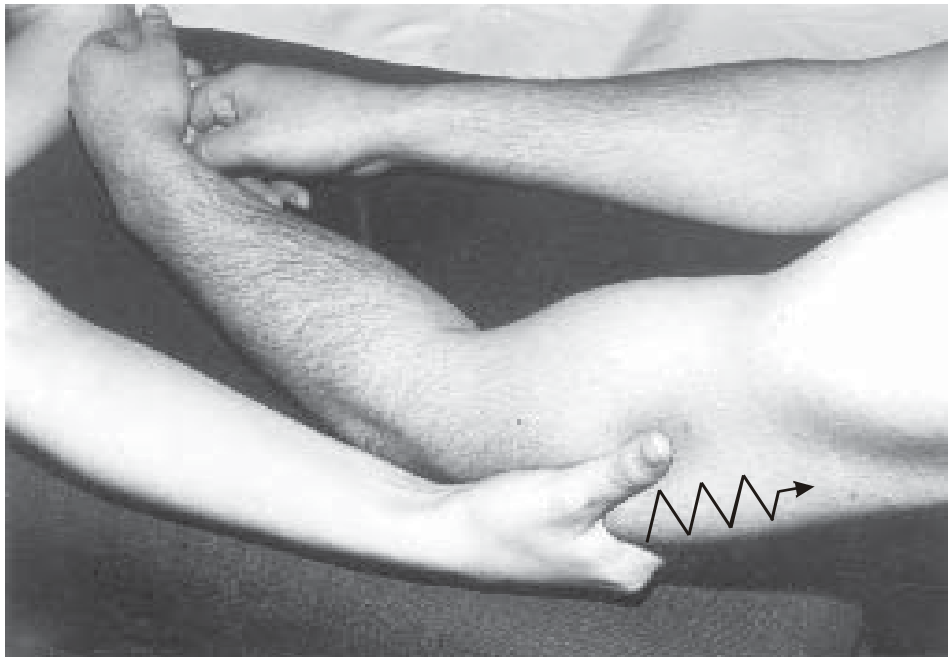
плеча. Розминання м'язів-згиначів та розгиначів плеча: поздовжнє розминання однією рукою, друга фіксує руку пацієнта (рис. 209), поздовжнє розминання двома руками, поперечне розминання двома руками у висхідному та низхідному напрямках, зміщення, розтягування, стискання м'язів, валяння (рис. 210), стругання. У присередній двоголовій борозні розміщений судинно-нервовий пучок, тому інтенсивний вплив не показаний.



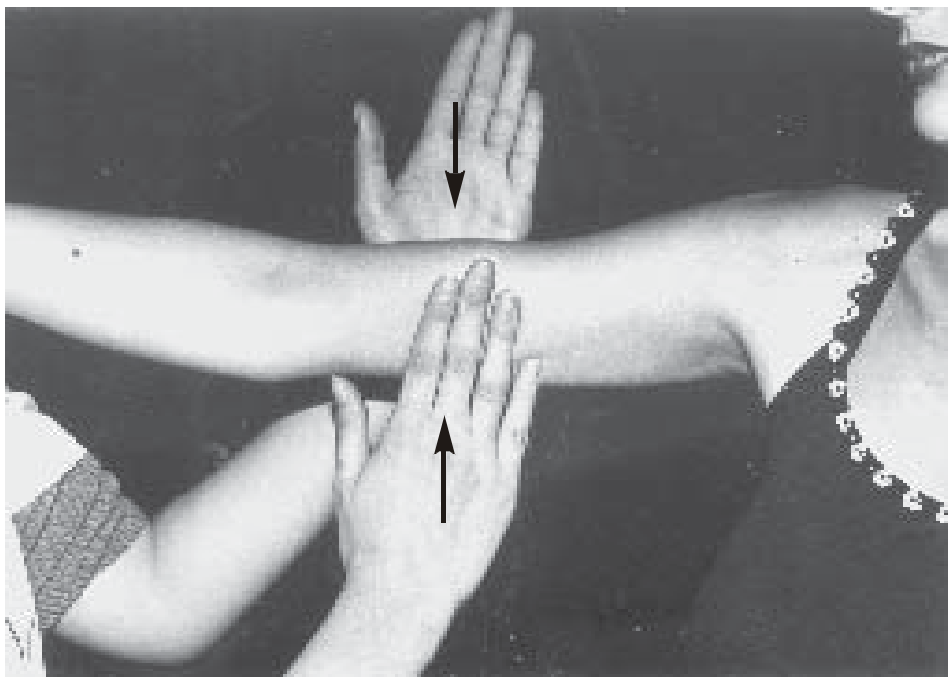
*Рис. 207. Обхоплююче погладження плеча.*



*Рис. 208. Поперечне обхоплююче розтирання плеча долонними поверхнями кистей.*



*Рис. 209. Поздовжнє розминання заднього відділу м'язів плеча однією рукою.*



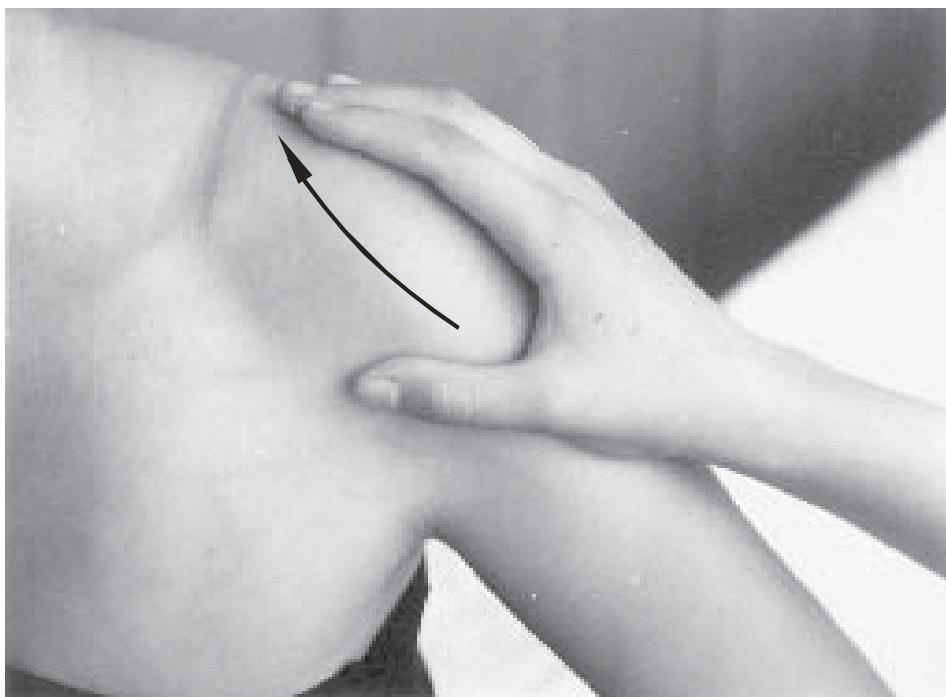
*Рис. 210. Валяння м'язів плеча.*

Дельтоподібний м'яз масажують від плеча догори. Окремо масажують ключичну частину – в напрямку до ключиці, остьову – до лопаткової ості. Надплечову частину при масажі не виділяють. Обхоплююче безперервне погладження всього м'яза (рис. 211, 212), потім щипцеподібно погладжують окремо ключичну та остьову його частини. Розтирання спіралеподібне пальцями та опорною частиною кисті (рис. 213), пиляння, пересікання. Розминання поздовжнє в напрямку м'язових волокон, натискування, стискання, зміщення. Розминання поперечне у

висхідному та низхідному напрямках, спіралеподібне розтирання, штрихування пальцями місць початку та прикріплення м'яза (рис. 214).



*Рис. 211.* Обхоплююче погладження дельтоподібної ділянки двома руками, які рухаються симетрично.



*Рис. 212.* Погладження дельтоподібної ділянки однією рукою.



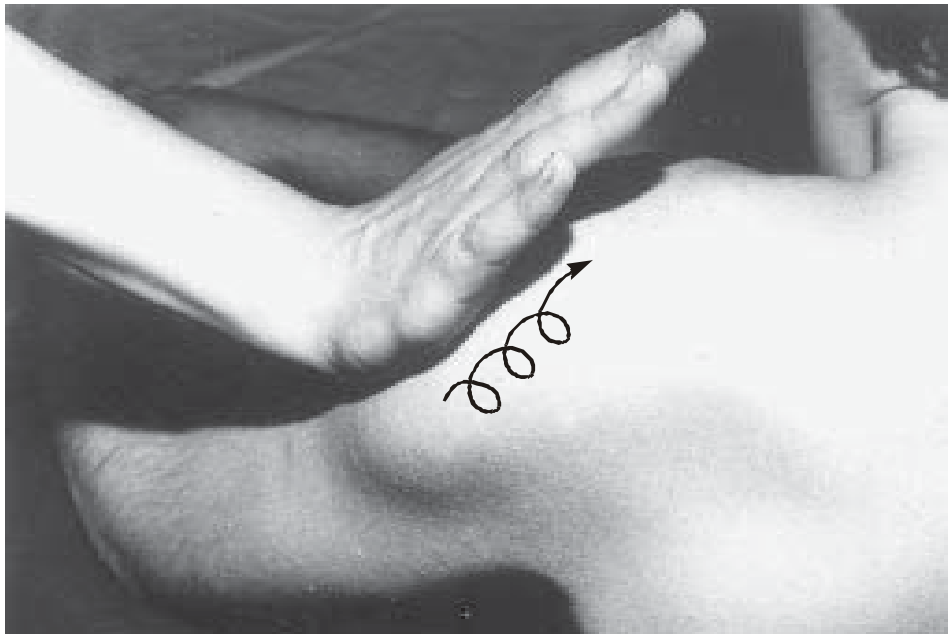


Рис. 213. Спіралеподібне розтирання дельтоподібного м'яза опорною частиною кисті.



Рис. 214. Стабільна вібрація І пальцем місця прикріплення дельтоподібного м'яза.

**Вібрація.** Вібраційне погладження, потрушування м'язів, стабільна та лабільна вібрація, поплескування, поколючування м'язів та кістки, рубання, шмагання, струшування усєї кінцівки (рис. 88).

#### **Масаж плечового суглоба**

Положення хворого – сидячи, плече дещо опущене, передпліччя на масажному столику. Масаж починають з масажу м'яких тканин та м'язів, які оточують суглоб: дельтоподібного м'яза, сухожилків великого грудного м'яза, найширшого м'яза спини та ін., потім самого суглоба. Площинне та обхоплююче поверхнєве і глибоке погладження долонними поверхнями кистей,

колове та спіралеподібне погладження пальцями. Розтирання пальцями колове і спіралеподібне (під час масажу першим пальцем опора на II-IV і навпаки) (рис. 215, 216), поздовжнє та поперечне; розтирання прямолінійне і спіралеподібне опорною частиною кисті. Пиляння та пересікання. Спіралеподібне розтирання та штрихування в місцях прикріплення м'язів до горбків та гребенів плечової кістки.



Рис. 215. Спіралеподібне розтирання пальцями обох рук передньої та задньої поверхні плечового суглоба.



Рис. 216. Поперечне розтирання долонними поверхнями пальців дельтоподібної ділянки.

**Масаж суглобової сумки.** Для масажу передньої поверхні суглоба руку закладають за спину, задньої – руку хворого розміщують на його протилежному плечі, нижньої – руку

відводять вбік. Використовується спіралеподібне розтирання та штрихування кінцями пальців. Пальці поступово заглиблюються в суглоб. При масажі нижньої частини сумки руку кладуть на плече масажиста, масажувати пахвові лімфатичні вузли не рекомендують.

### **Масаж нервових стовбурів**

Масаж нервових стовбурів, що входять до складу плечового сплетення, виконується на тих ділянках, де нерв найближче підходить до поверхні тіла.

Пахвовий нерв підлягає масажу в глибині пахвової ділянки при відведеному плечі (рука розміщується на надпліччі масажиста).

Променевий нерв доступний для масажу в ділянці ліктьового згину (біля латерального надвиростка).

Ліктьовий нерв масажують на плечі або при дещо зігнутий в ліктьовому суглобі руці на ділянці між присереднім надвиростком плечової кістки та ліктьовим відростком ліктьової кістки (рис. 217).



*Рис. 217. Лабільна вібрація на місці проходження ліктьового нерва в ділянці плеча.*

Серединний нерв масажують на передпліччі та долонній поверхні кисті (рис. 218, 219). З масажних прийомів використовують безперервну стабільну і лабільну вібрацію кінцем першого чи вказівного пальця, поздовжнє та поперечне ніжне вібраційне погладження і розтирання. Закінчують погладженням. При неврологічних захворюваннях та травмах верхніх кінцівок масаж нервових стовбурів поєднують з масажем верхньої кінцівки, прихребтових та рефлексогенних зон D6–D1, C7–C3 спинномозкових сегментів.

### **Практичні рекомендації** щодо проведення масажу верхніх кінцівок.

1. Масажу окремих сегментів верхньої кінцівки повинен передувати підготовчий масаж всієї верхньої кінцівки в такій послідовності: пальці кисті, кисть, передпліччя, плече. Для досягнення відсмоктувального ефекту спочатку масажують плече, потім – передпліччя і кисть.

2. Масаж верхніх кінцівок рекомендують поєднувати з впливом на відповідні сегментарні зони спинномозкової іннервації шийних та верхньогрудних сегментів.

3. Враховуючи, що більшість м'язів передпліччя закінчується на середніх та нігтьових фалангах кисті, масаж передпліччя повинен поєднуватися з масажем кисті. Масаж лише кисті чи передпліччя менш ефективний.

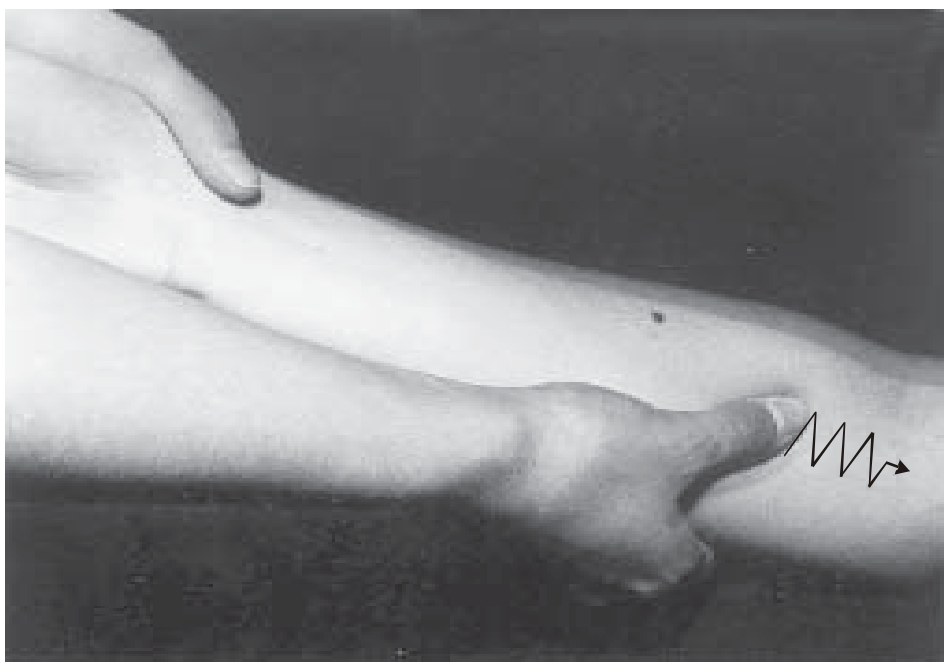


Рис. 218. Лабільна вібрація на місці проходження серединного нерва в ділянці передпліччя.

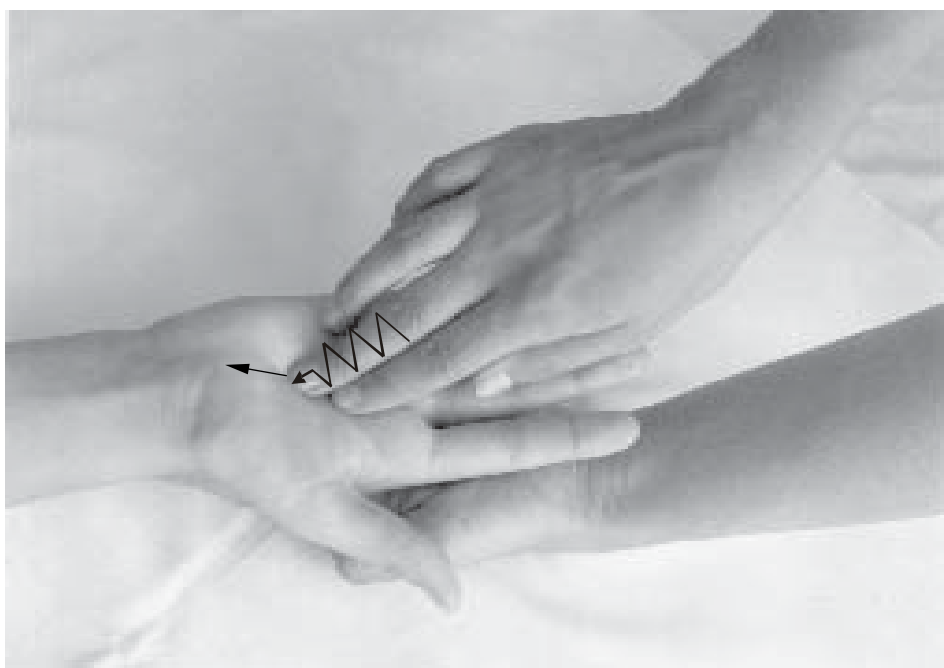


Рис. 219. Лабільна вібрація в місці проходження серединного нерва на кисті.

4. У зв'язку з тим, що м'язи, які забезпечують функцію плечового суглоба, розміщені в ділянці спини, передньої та бічної поверхонь грудної клітки, при обмеженні функції плечового суглоба в план масажу включають і ці ділянки з їх м'язами.

5. У місцях нервових стовбурів, магістральних судин, лімфатичних вузлів енергійні прийоми не показані.

6. Масаж верхніх кінцівок поєднують з активними та пасивними (за показаннями) гімнастичними вправами.

7. Тривалість масажу кожного сегмента – 3-5 хв, всієї кінцівки – 10-15 хв. Вирішальними у виборі тривалості є клінічні прояви захворювання.

**Показання до призначення** масажу верхніх кінцівок.

Масаж призначають при захворюваннях та пошкодженнях м'яких тканин, суглобів, кісток, захворюваннях периферійних судин, захворюваннях та травмах нервової системи, що призводять до порушення функції верхньої кінцівки, шкірних, внутрішніх та інших хворобах, при яких уражаються верхні кінцівки, при втомі, для загальнозміцнювального впливу.

## **Анатомо-топографічні дані та техніка масажу нижніх кінцівок**

### **Анатомо-топографічні дані нижніх кінцівок**

Нижня кінцівка включає пояс нижньої кінцівки (тазовий пояс) і вільну частину нижньої кінцівки. До складу кісток нижньої кінцівки відносять кістки пояса нижньої кінцівки та вільну частину нижньої кінцівки (рис. 220). Пояс нижньої кінцівки включає крижову кістку (крижові хребці I-V), кульшову кістку, яка складається з: клубової, сідничної, лобкової кісток. З'єднання тазового пояса: крижово-клубовий суглоб, який відносять до плоских суглобів, де можливі незначні рухи, головним чином, амортизуючого характеру: лобковий симфіз, рухи в якому незначні і мають практичне значення лише у жінок при пологах.

Скелет вільної частини нижньої кінцівки складається зі стегнової, великогомілкової і малогомілкової кісток, накілінка та кісток стопи, до складу якої входять заплеснові, плеснові кістки та кістки пальців. Із суглобів вільної частини нижньої кінцівки найбільшим є кульшовий суглоб. За формою він кулястий, тому рухи в ньому можливі у фронтальній (згинання і розгинання), сагітальній (приведення і відведення) та вертикальній осях (пронація та супінація, а також обертання). Колінний суглоб – складний суглоб, за формою виростковий. До внутрішньосуглобових утворів колінного суглоба відносять бічний та присередній меніски, що мають вигляд пластинок з волокнистого хряща, розміщених між суглобовими поверхнями стегнової і великогомілкової кісток. Основними рухами в суглобі є згинання і розгинання, а також обертання навколо поздовжньої осі лише у напівзігнутому стані. Велико-малогомілковий суглоб та велико-малогомілковий синдесмоз майже нерухомі. Гомілковостопний (або надп'яtkово-гомілковий) суглоб відносять до блокоподібних суглобів, рухи в ньому відбуваються в основному навколо фронтальної осі (згинання і розгинання), а при сильному підшоввовому згинанні можливі невеликі рухи в сторони. Надп'яtkовий та надп'яtkово-човноподібний суглоби функціонально об'єднані, і в них можуть відбуватись рухи типу пронації та супінації. У дрібних суглобах стопи рухи незначні. Плесно-фалангові суглоби мають кулясту форму, в них можливі згинання та розгинання і незначне розведення пальців. Міжфалангові суглоби стопи належать до блокоподібних, і в них можливі лише згинання і розгинання.

М'язи нижньої кінцівки традиційно поділяють на м'язи пояса нижньої кінцівки і м'язи вільної нижньої кінцівки (рис. 221, 222). До м'язів пояса нижньої кінцівки відносять м'язи, що забезпечують функцію кульшового суглоба. За топографією їх поділяють на зовнішні та внутрішні. До перших відносять великий, середній та малий сідничні м'язи, зовнішній затульний м'яз, верхній і нижній близнюкові м'язи, квадратний м'яз стегна, м'яз – натягувач широкої фасції. Внутрішня група – клубово-поперековий м'яз, грушоподібний, внутрішній затульний м'яз (рис. 223).

Серед м'язів вільної нижньої кінцівки виділяють м'язи стегна, гомілки та стопи. М'язи стегна діють на кульшовий та колінний суглоби, внаслідок чого змінюється положення стегна відносно осі тіла. За топографією розрізняють м'язи переднього (кравецький та чотириголовий м'яз стегна), присереднього (гребінний, довгий, короткий та великий привідні, стрункий) та заднього (двоголовий м'яз стегна, півсухожилковий, півперетинчастий м'язи) відділів стегна (рис. 224).

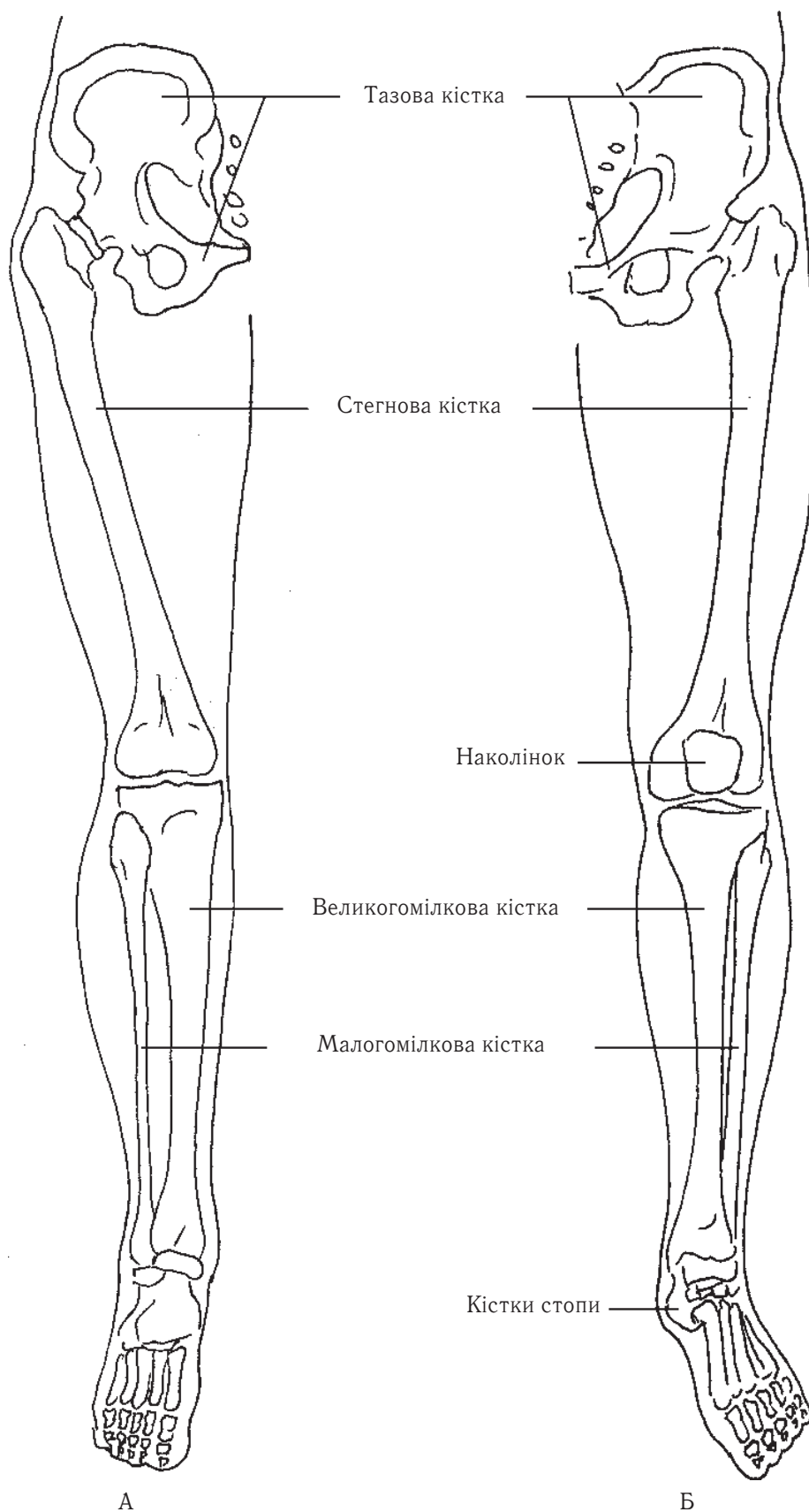


Рис. 220. Скелет нижньої кінцівки (правій):  
А – вигляд ззаду; Б – вигляд спереду.

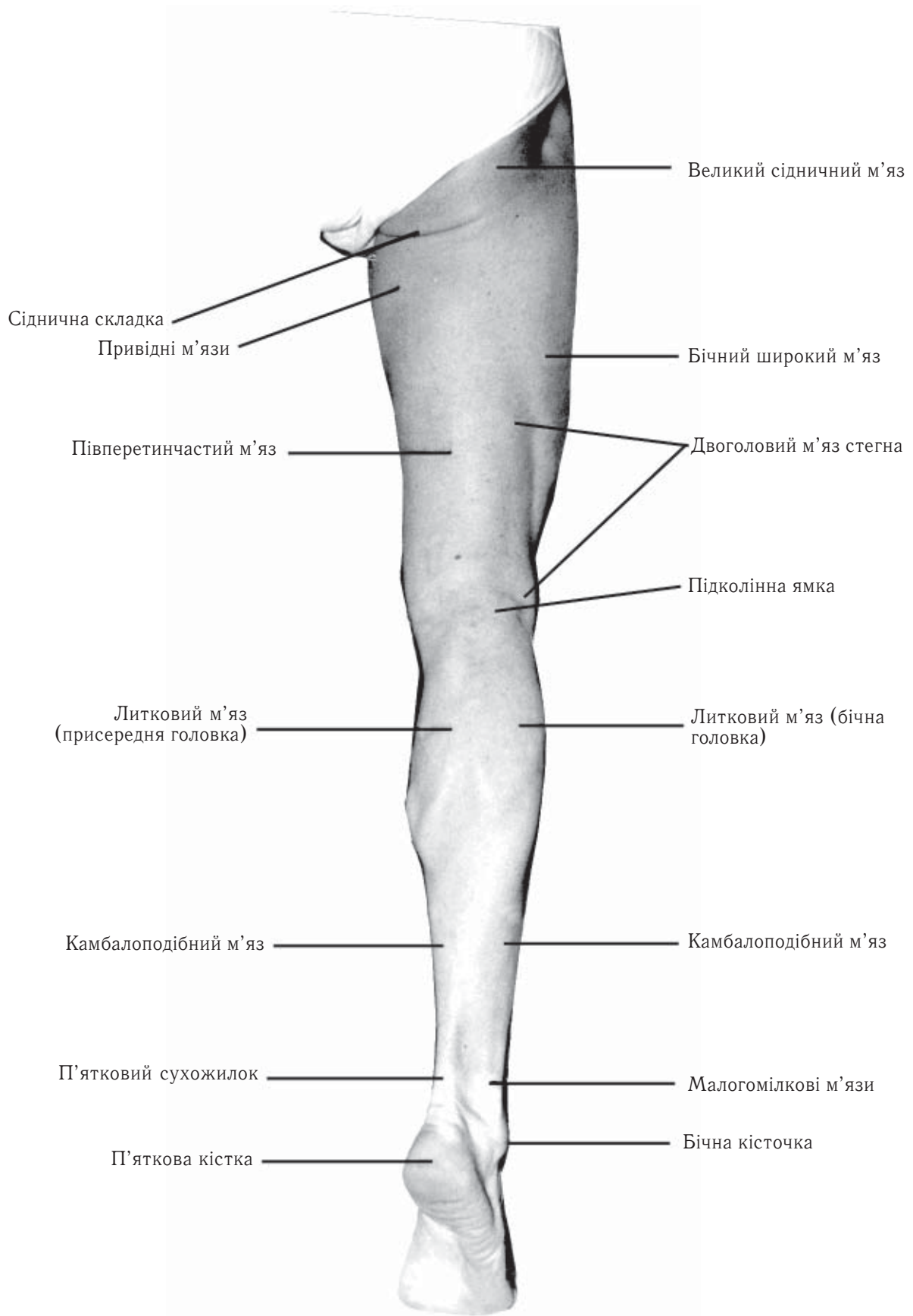


Рис. 221. Рельєф м'язів нижньої кінцівки (правої, вигляд ззаду).



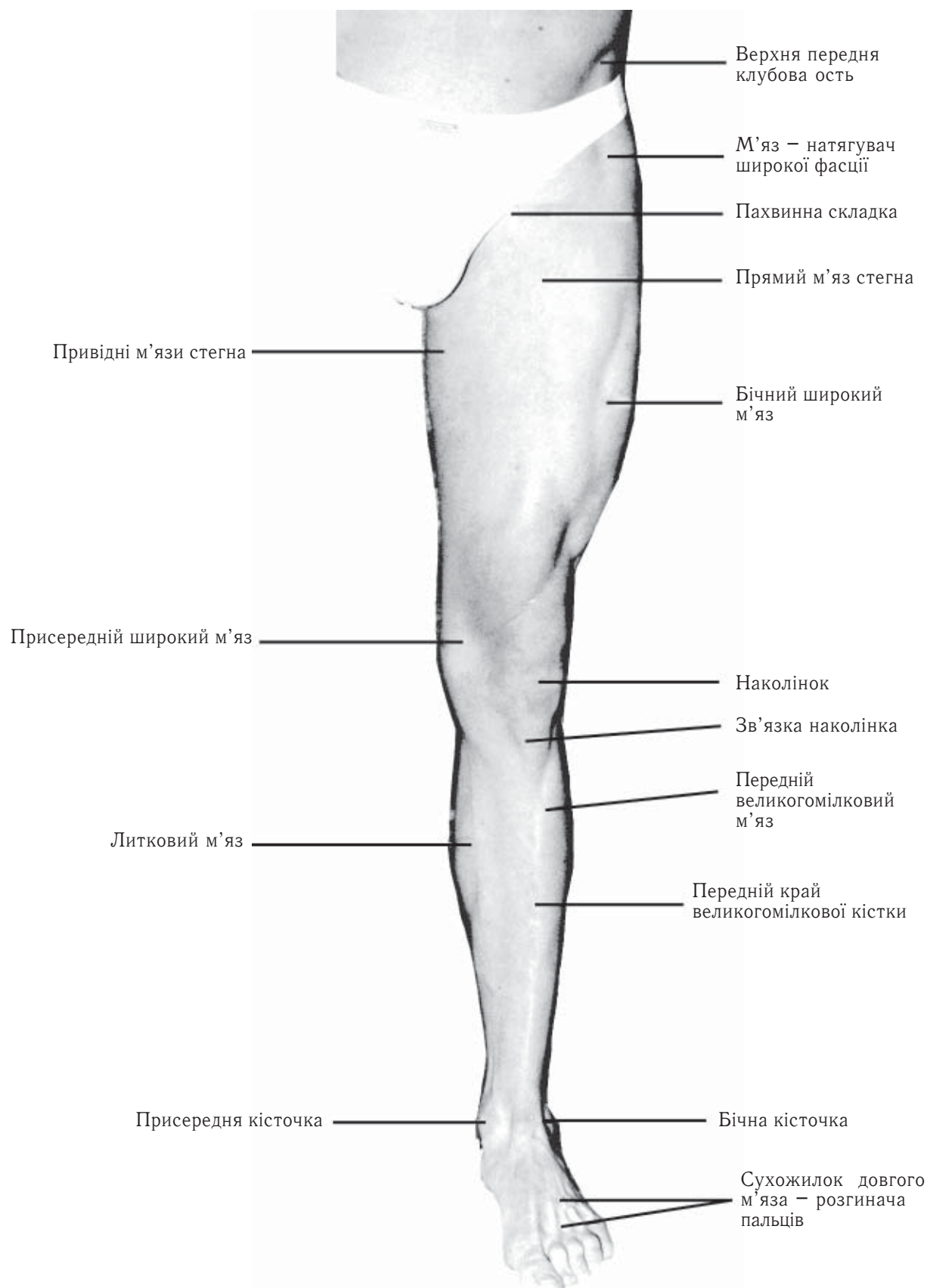


Рис. 222. Рельєф м'язів нижньої кінцівки (лівої, вигляд спереду).

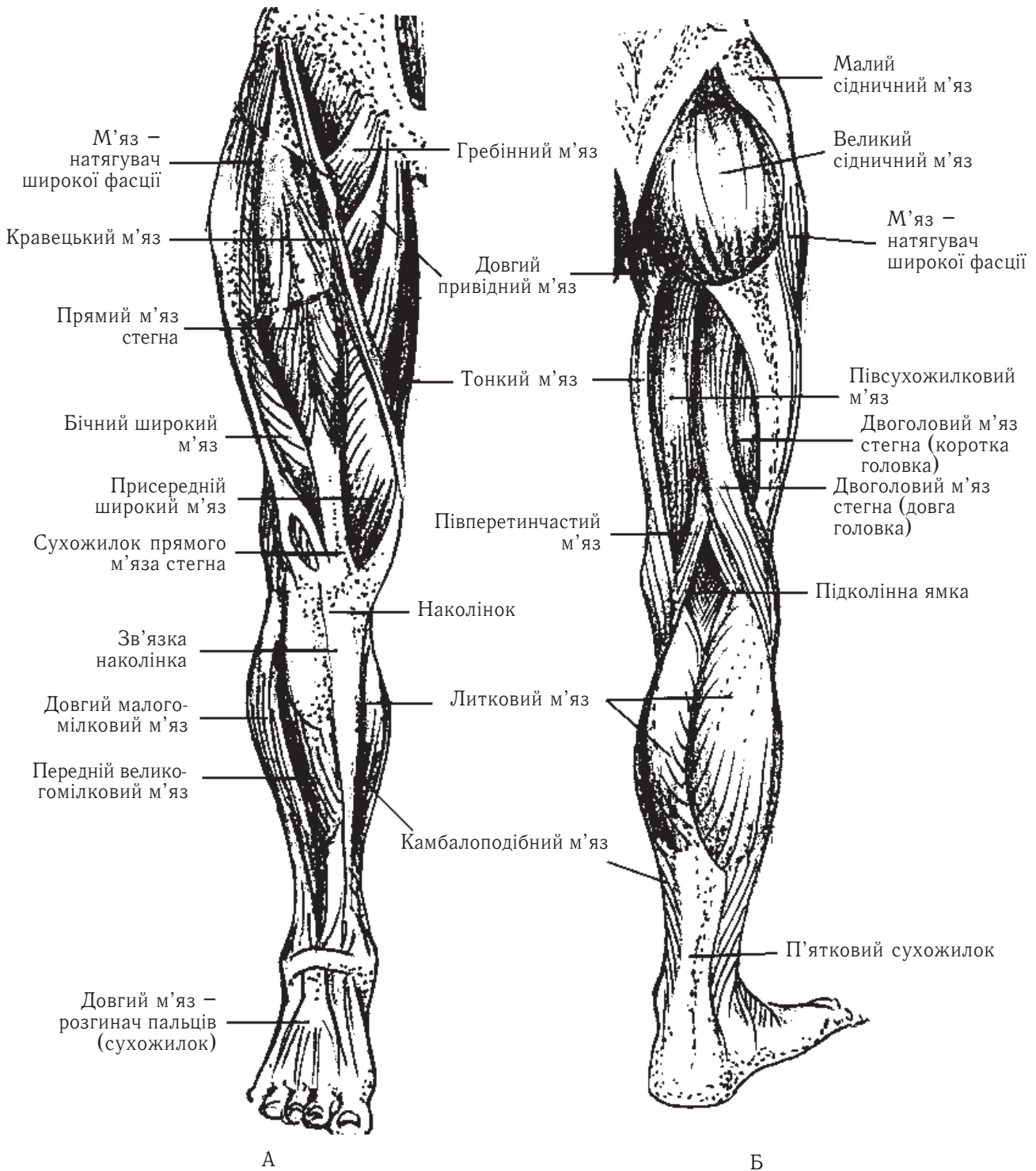


Рис. 223. М'язи нижньої кінцівки:

А – вигляд спереду; Б – вигляд ззаду.

За топографією і функцією м'язи гомілки нагадують м'язи передпліччя. Їх також поділяють на м'язи переднього і заднього відділів: відділ розгиначів гомілки (передній великогомілковий м'яз, довгий м'яз – розгинач пальців та довгий м'яз – розгинач великого пальця) та відділ згиначів гомілки (триголовий м'яз литки, підошовний, згинач великого пальця, довгий м'яз – згинач пальців, задній великогомілковий та підколінний м'язи). Крім цього, виділяють м'язи

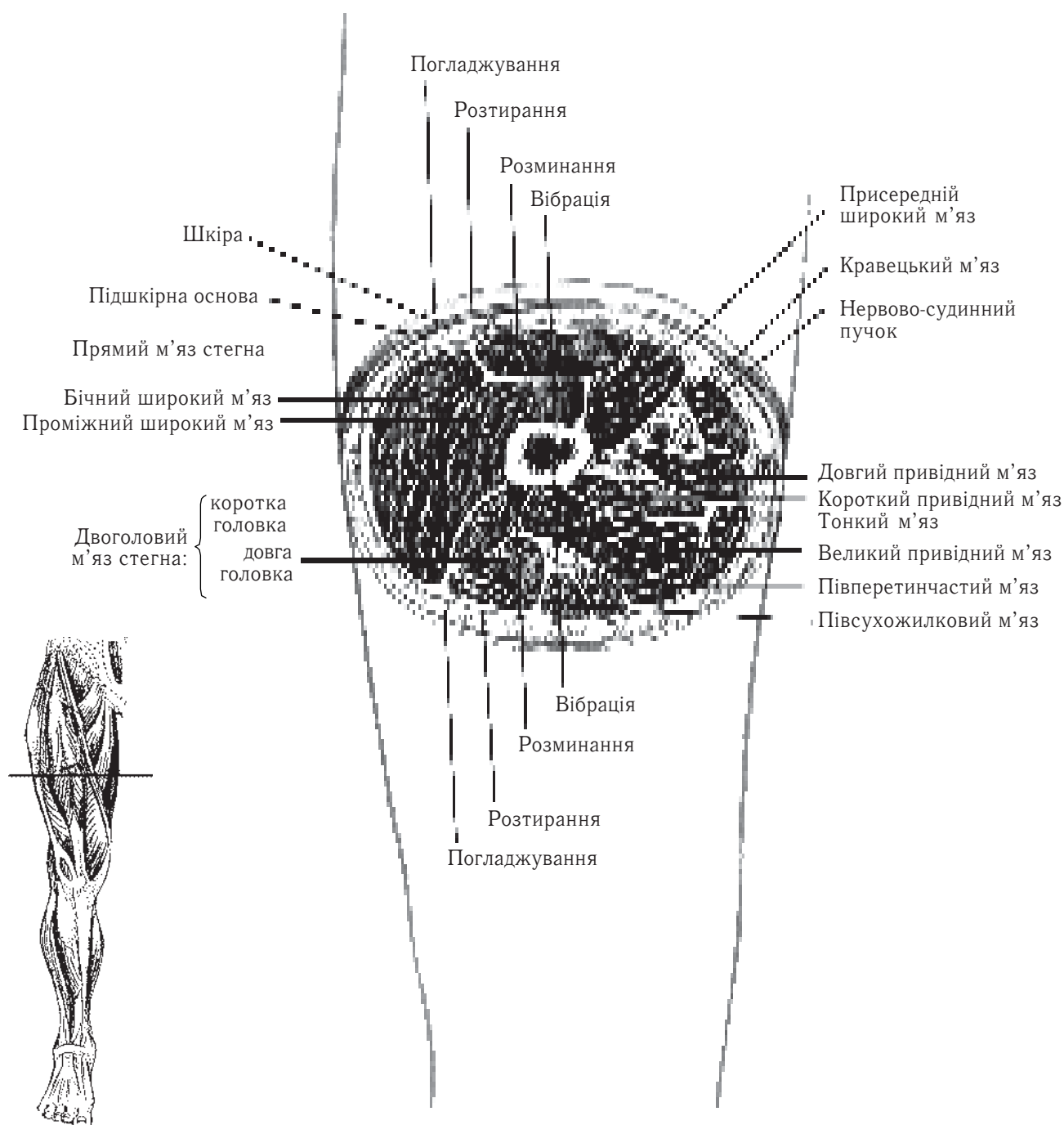


Рис. 224. Горизонтальний розпил середини правого стегна (схема). Вплив основних прийомів масажу на анатомічні структури стегна.

бічного, або зовнішнього, відділу гомілки, це м'язи, що згинають, відводять та пронують стопу: довгий і короткий малогомілкові м'язи.

За топографією м'язи стопи нагадують м'язи кисті. Їх розподіляють на м'язи тилу стопи (короткий м'яз – розгинач пальців та короткий м'яз – розгинач великого пальця) та підошви (м'язи підвищення великого пальця та м'язи підвищення мізинця).

Кровопостачання нижньої кінцівки здійснюється з басейну зовнішніх клубових артерій. Лімфатична система нижньої кінцівки має значні розгалуження, їх судини направляються до вузлів, розміщених в ділянці паху та промежини.

Іннервується нижня кінцівка з попереково-крижового сплетення, утвореного черевними гілками поперекових, крижових та куприкових нервів, тісно зв'язаних між собою. Поперекове сплетення утворено черевними гілками XII грудного, I, II, III, IV поперекових нервів. Крижове сплетення утворено черевними гілками V поперекового, всіх крижових та куприкових нервів. Вони мають короткі та довгі нервові волокна. Короткі розгалужуються в ділянці тазового пояса. Довгі – іннервують вільну нижню кінцівку. Серед довгих найтовшим є сідничний нерв. Він виходить з-під нижнього краю великого сідничного м'яза, проходить між м'язами заднього відділу стегна та іннервує їх, не доходячи до підколінної ямки, ділиться на загальний малогомілковий та великогомілковий нерви, іннервуючи гомілку та стопу.

### **Техніка масажу нижніх кінцівок**

Масаж нижніх кінцівок передбачає послідовний масаж стопи, починаючи з пальців, гомілково-стопного суглоба, гомілки, колінного суглоба, стегна, кульшового суглоба, сідниць, нервових стовбурів. Напрямок масажних рухів – до підколінних та пахвинних лімфатичних вузлів (рис. 8, 225). Масаж проводиться у вигляді загального масажу всієї кінцівки та її окремих сегментів.

Положення хворого – лежачи, при масажі передніх відділів – лежачи на спині, під колінами валик, при масажі задніх відділів – лежачи на животі, під гомілковостопним суглобом валик. Масажист розміщується збоку від хворого, можна стояти або сидіти.

### **Підготовчий масаж**

Площинне погладжування долонною поверхнею кисті стопи, охоплює погладжування двома руками, які рухаються паралельно до гомілки та стегна в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів (рис. 8, 225). Виконується декілька разів. За цей час охоплюється вся поверхня кінцівки. Глибоке погладжування в цьому ж напрямку, площинне розтирання тильної та підошовної ділянок стопи, площинне та охоплює розтирання двома руками, які рухаються назустріч одна одній, всієї поверхні гомілки та стегна. При необхідності досягнення відсмоктувального ефекту масажують спочатку стегно, потім – гомілку та стопу.

### **Масаж стопи**

**Погладжування.** Поперечне погладжування пальцями тильної та підошовної поверхонь пальців, поздовжнє погладжування бічної поверхні пальців, площинне, поверхневе та глибоке погладжування тильної поверхні (рис. 226), щипцеподібне – бічних поверхонь (рис. 49), гребенеподібне та гладження – на підошовній поверхні в напрямку до гомілковостопного суглоба.

**Розтирання:** у вигляді штрихування та щипцеподібне пальців і їх суглобів; спіралеподібне розтирання (рис. 227), штрихування, поздовжнє розтирання (рис. 53) тилу стопи, сухожилків – щипцеподібно, міжкісткових проміжків – великим пальцем та граблєподібно; бічного краю стопи – щипцеподібно; підошви – опорною частиною кисті та гребенеподібно прямолінійними і спіралеподібними рухами кистей від пальців до п'ятки і навпаки (рис. 60).

**Розминання:** натискуванням та зміщенням м'язів тилу стопи, бічних країв – щипцеподібно, м'язів підошви – гребенеподібно, м'язів підвищення великого пальця та мізинця можна ще і щипцеподібно. Розминання міжкісткових та червоподібних м'язів зміщенням сусідніх плеснових кісток у протилежних напрямках.

**Вібрація:** вібраційні погладжування, лабільна вібрація, поколювання пальцями, рубання, шмагання, струшування стопи. Пасивні та активні рухи в суглобах стопи.

### **Масаж гомілковостопного (надп'яtkово-гомілкового) суглоба**

Масаж передньої і бічних поверхонь суглоба: погладжування колове та спіралеподібне пальцями; колове (рис. 57), кільцеве (рис. 228), спіралеподібне розтирання; штрихування. Масаж задньої поверхні суглоба, бічної і присередньої кісточок: погладжування пальцями колове та спіралеподібне; розтирання колове (рис. 49), спіралеподібне, штрихування кінцями пальців; спіралеподібне розтирання місця прикріплення п'яtkового сухожилка та щипцеподібне – самого сухожилка (рис. 229). Активні та пасивні рухи в усіх можливих напрямках.

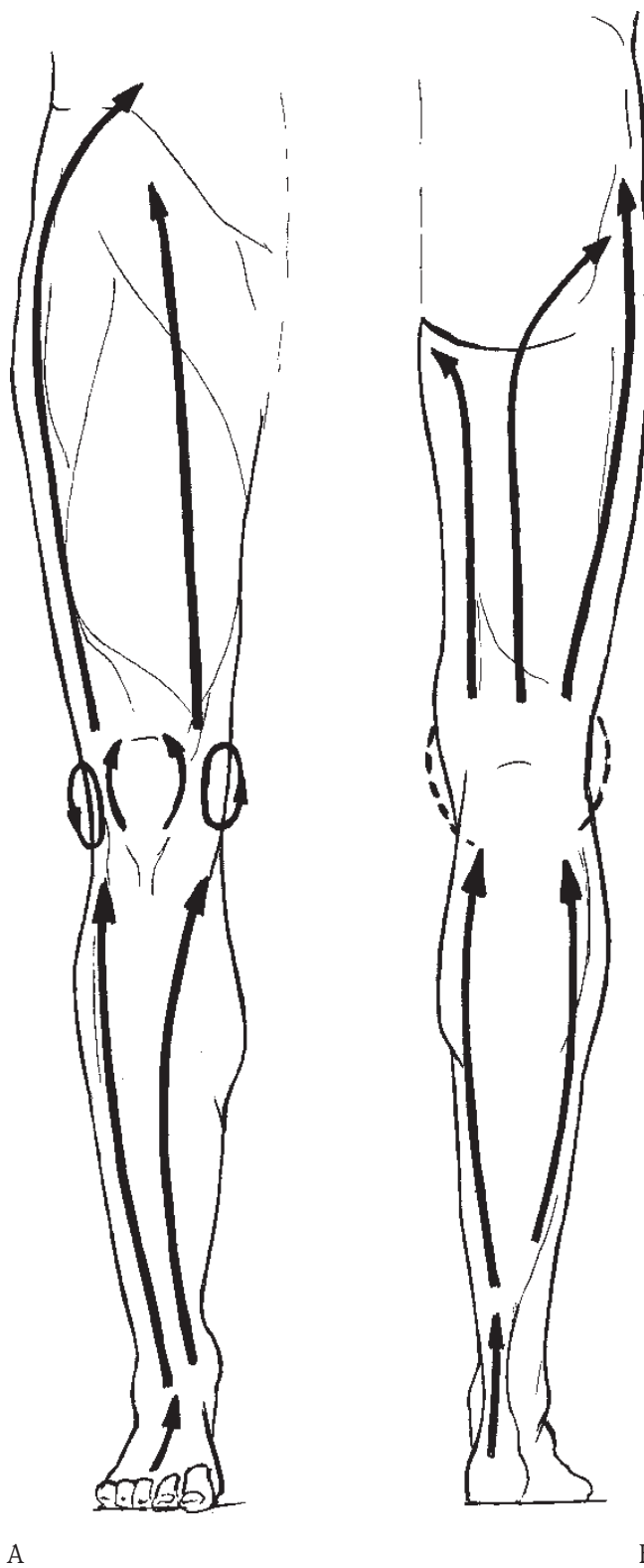
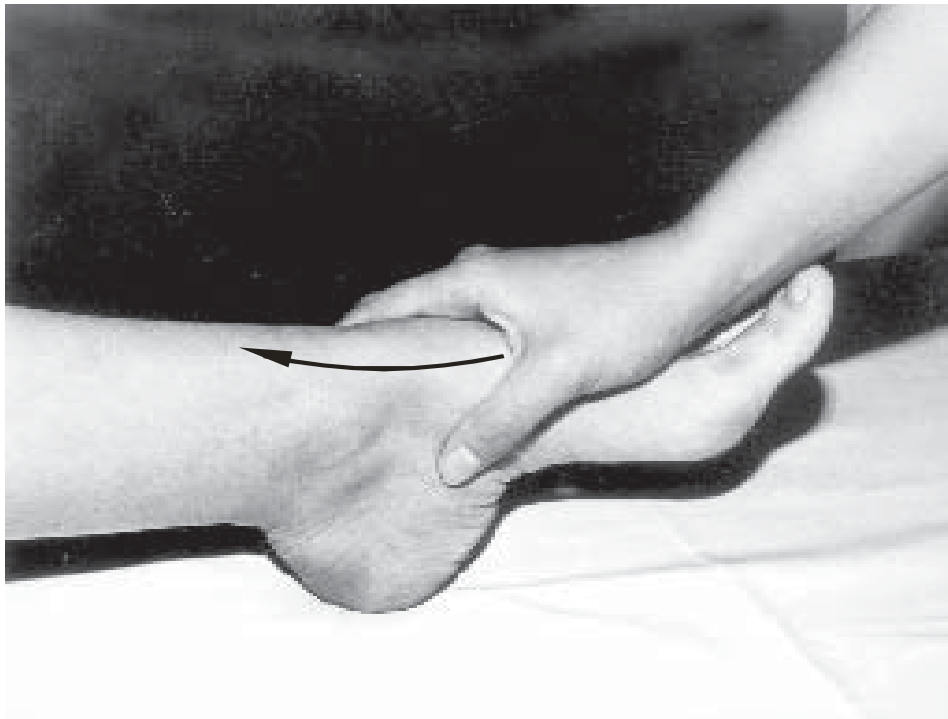
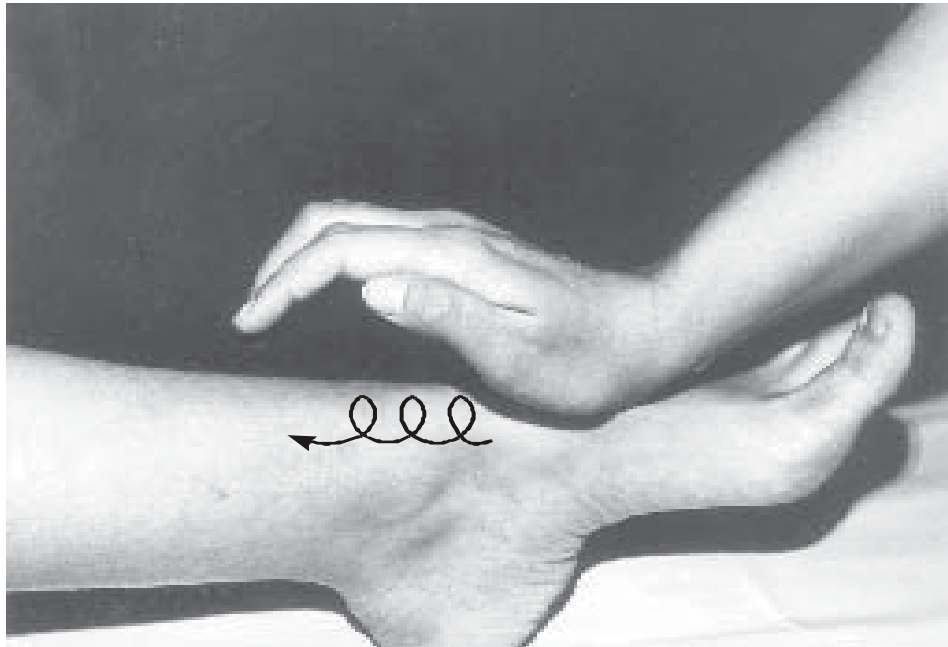


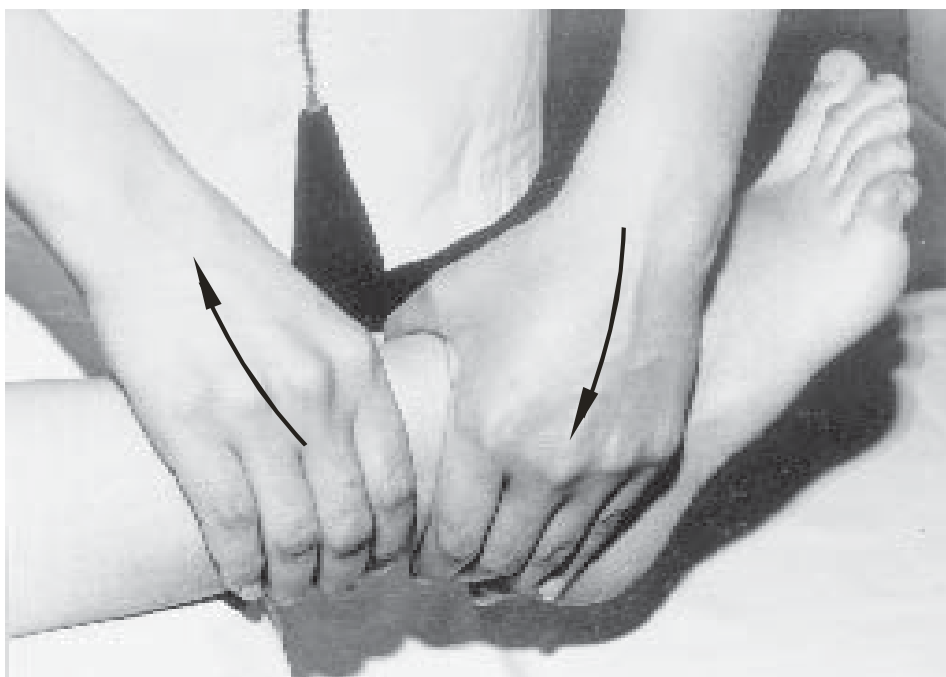
Рис. 225. Напрямок масажних рухів на нижній кінцівці:  
А – передньої поверхні; Б – задньої поверхні.



*Рис. 226. Поздовжнє обхоплююче погладження тильної поверхні стопи.*



*Рис. 227. Розтирання тильної поверхні стопи опорною частиною кисті.*



*Рис. 228.* Кільцеве розтирання гомілковостопного суглоба.



*Рис. 229.* Спіралеподібне розтирання п'яткового сухожилка великими пальцями обох рук.



### Масаж гомілки

**Погладжування.** Обхоплююче лінійне поверхнєве, потім глибоке погладжування, починаючи від пальців стопи до підколінної ямки однією рукою, обома руками з паралельними та послідовними рухами, погладжування спіралеподібне долонною поверхнею кисті, хрестоподібне погладжування (рис. 42, 44, 45-47, 230). Щипцеподібне погладжування п'яtkового сухожилка.



Рис. 230. Обхоплююче погладжування гомілки однією рукою.

**Розтирання.** Площинне та обхоплююче прямолінійне та спіралеподібне розтирання долонною поверхнею кисті, її опорною частиною, пальцями; гребенеподібне кільцеве розтирання, пиляння, стругання м'яких тканин; спіралеподібне розтирання та штрихування окістя переднього краю великогомілкової кістки; щипцеподібне розтирання п'яtkового сухожилка (рис. 229, 231).



Рис. 231. Кільцеве розтирання гомілки.

**Розминання.** Окремо масажують м'язи переднього, заднього та бічного відділів гомілки. Масаж м'язів переднього відділу гомілки проводиться від місця їх прикріплення на пальцях та стопі за ходом м'язових волокон, в напрямку до колінного суглоба. Розминання поздовжнє (рис. 232), поперечне; натискування (рис. 233), зміщення пальцями та опорною частиною кисті; гребенеподібне розминання.



Рис. 232. Поздовжнє розминання однією рукою м'язів заднього відділу гомілки.

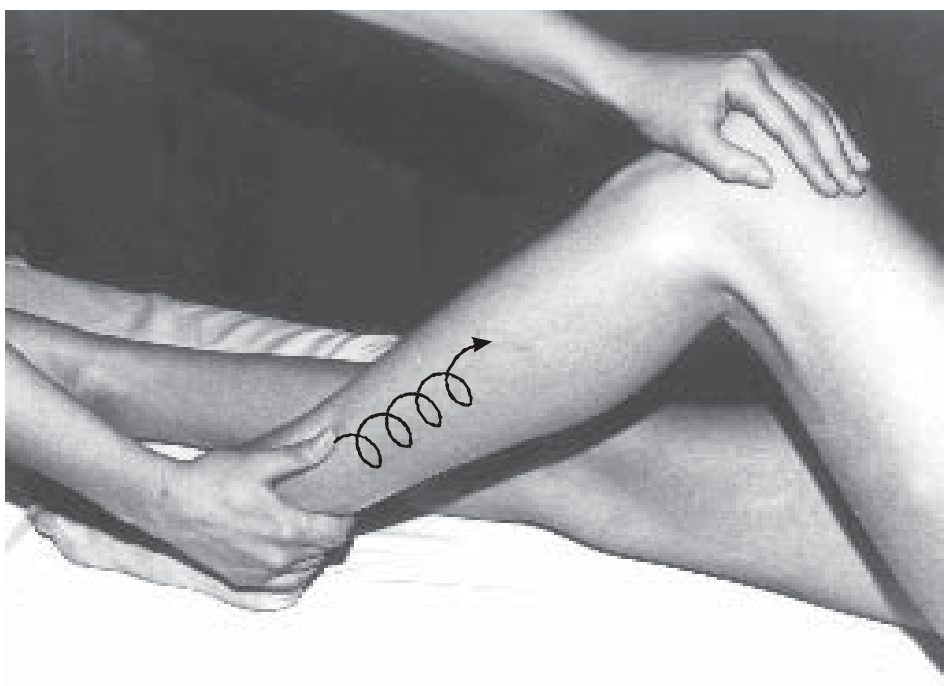
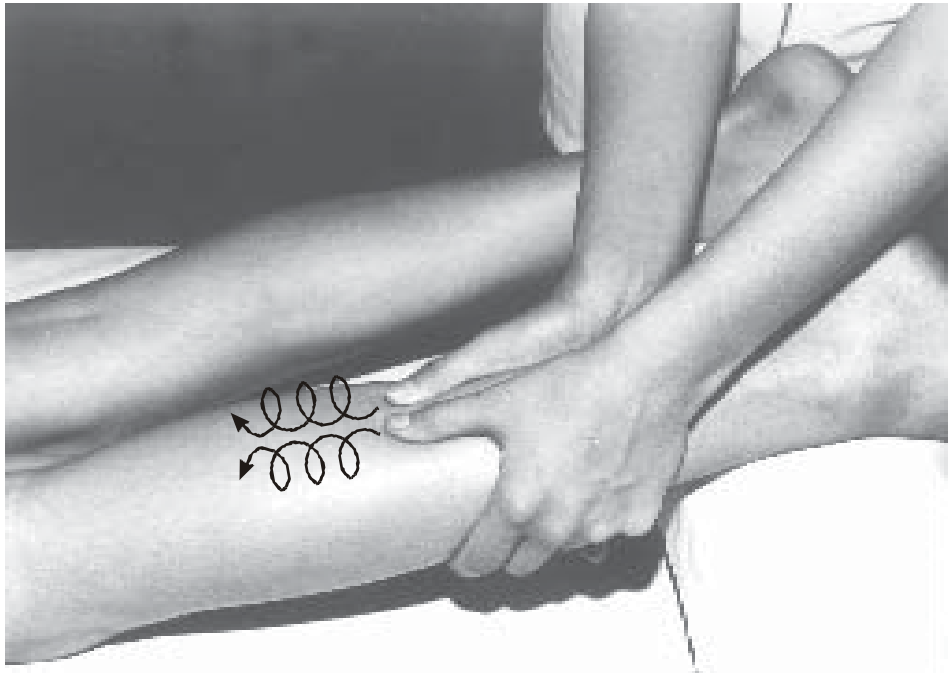


Рис. 233. Розминання натискуванням I пальцем переднього великогомілкового м'яза.

Розминання м'язів бічного відділу в напрямку від бічної кісточки до головки малогомілкової кістки. Розминання поздовжнє, поперечне, щипцеподібне, натискування, зміщення пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібне розминання.

Розминання м'язів заднього відділу гомілки: поздовжнє розминання однією (рис. 66) та двома руками (рис. 234), поперечне розминання у висхідному та низхідному напрямках (рис. 235) зі спіралеподібним розтиранням місць початку та прикріплення і щипцеподібним – п'яtkового сухожилка (рис. 229). Стискання, натискування та валяння м'язів.



*Рис. 234. Поздовжнє розминання двома руками м'язів заднього відділу гомілки.*



*Рис. 235. Поперечне розминання м'язів заднього відділу гомілки.*

**Вібрація.** Лабільна безперервна вібрація, поплескування, поколючування, рубання, шмагання, потрушування м'язів (рис. 86), точковий масаж в місцях виходу нервів (рис. 236).



Рис. 236. Точковий масаж на місці виходу малогомілкового нерва.

### Масаж колінного суглоба

Передню та бічну поверхню масажують в положенні сидючи чи лежачи на спині, задню – краще в положенні на животі, під стопами валик.

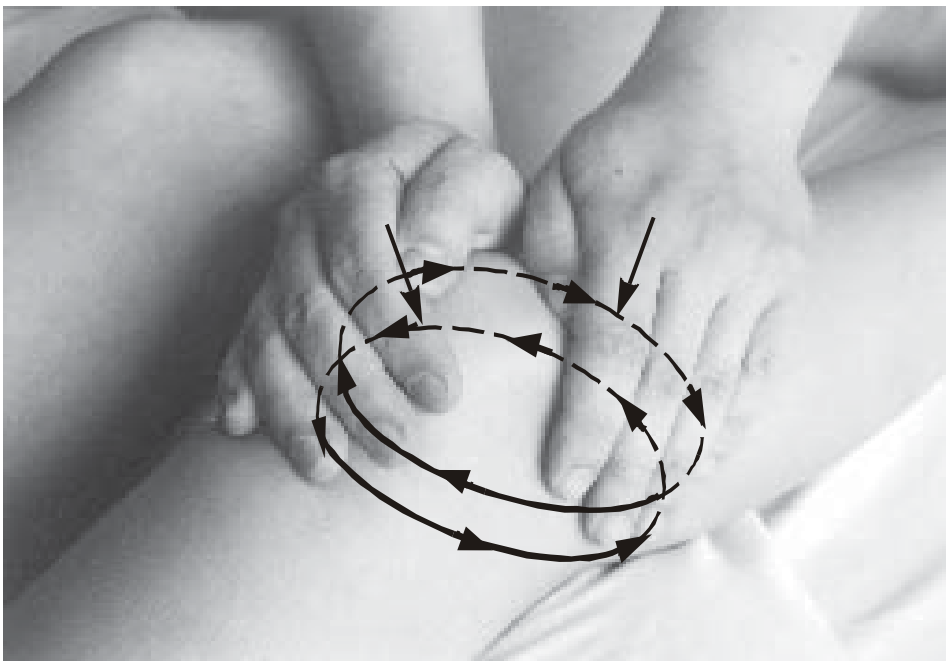
**Погладжування.** Площинне лінійне та спіралеподібне погладжування пальцями однієї чи обох рук (рис. 237) передньої поверхні суглоба, починаючи нижче наколінка (на 1,5-2 см), обходячи його з боків, продовжують рух вздовж обох країв сухожилка чотириголового м'яза стегна до середини стегна. Обхоплююче погладжування передньої та бічних поверхонь суглоба долонними поверхнями обох кистей, які рухаються колоподібно, послідовно, в протилежних напрямках (концентричне погладжування) (рис. 238). Колове погладжування ліктьовим краєм кисті навколо наколінка, спіралеподібне погладжування наколінка, спіралеподібне погладжування пальцями всієї поверхні суглоба.

**Розтирання.** Площинне лінійне та спіралеподібне розтирання по обидва боки наколінка (рис. 239, 240). Обхоплююче розтирання передньої, бічних та задньої поверхонь суглоба. Спіралеподібне розтирання пальцями, опорною частиною кисті, штрихування всієї поверхні суглоба та наколінка. Колове розтирання ліктьовим краєм кисті навколо наколінка (рис. 241). Зміщення наколінка в усіх напрямках. Щипцеподібне розтирання сухожилків навколо колінного суглоба (рис. 242). Розтирання першим чи II-IV пальцями суглобової щілини, яка доступна на внутрішній поверхні суглоба в положенні зігнутого коліна (рис. 243).

Масаж задньої поверхні суглоба проводять в положенні на животі, під ступнями валик: ніжне колове і спіралеподібне погладжування та поверхневе розтирання пальцями. Інтенсивні прийоми масажу в підколінній ямці не показані, що зумовлено розміщенням там магістральних нервів, судин, лімфатичних вузлів.



*Рис. 237. Погладження в ділянці колінного суглоба.*



*Рис. 238. Обхоплююче погладження (розтирання) колінного суглоба по колу.*

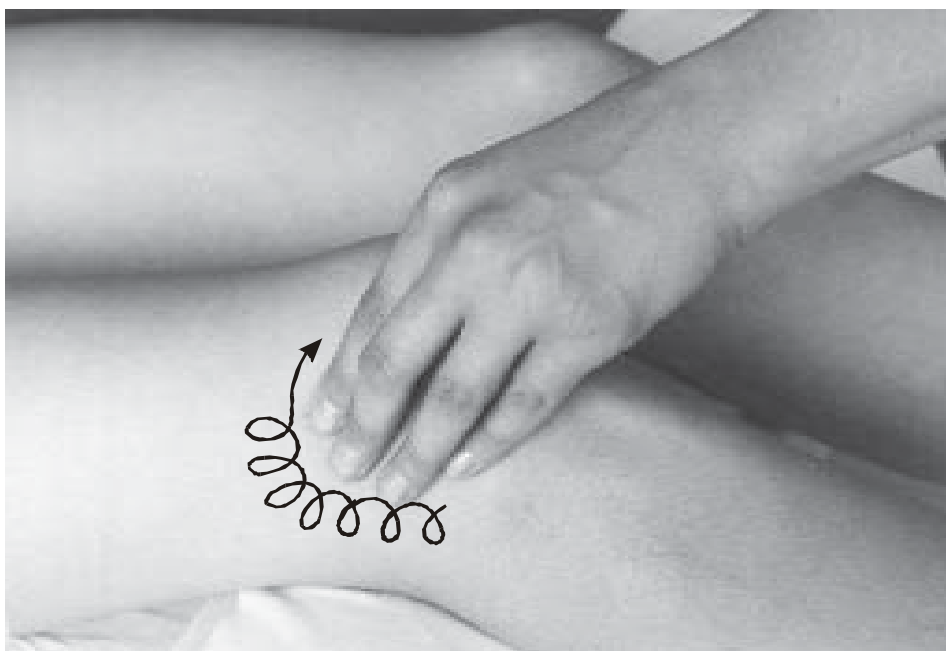
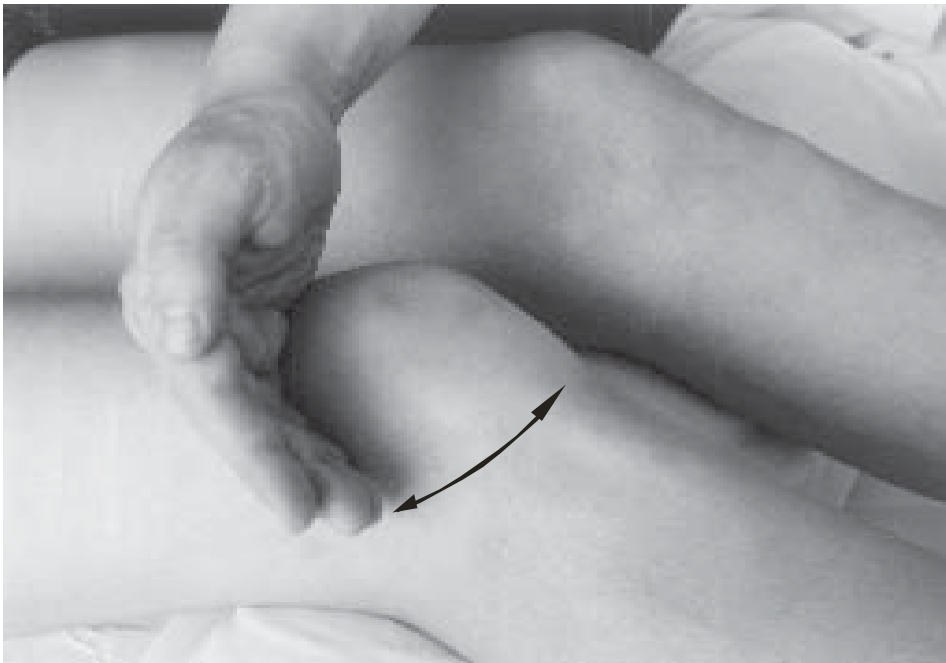


Рис. 239. Спіралеподібне розтирання пальцями однієї руки колінного суглоба.



Рис. 240. Спіралеподібне розтирання великими пальцями обох рук бічних поверхонь наколінка.



*Рис. 241.* Колоподібне розтирання колінного суглоба ліктьовим краєм кисті.



*Рис. 242.* Щипцеподібне розтирання сухожилка чотириголового м'яза стегна.



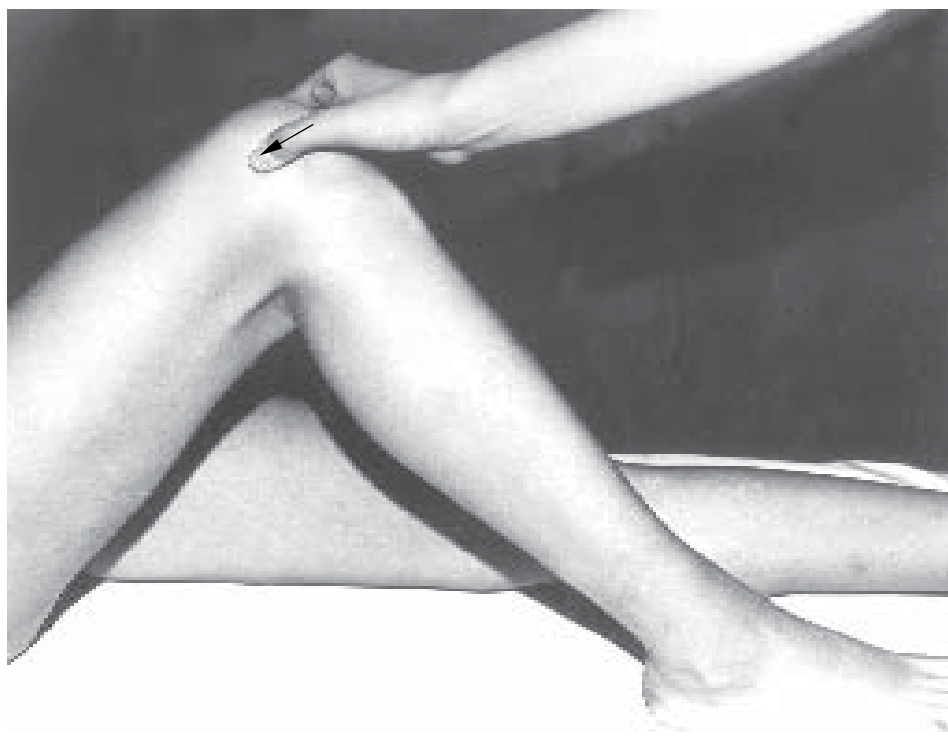


Рис. 243. Масаж колінного суглоба – проникнення в міжсуглобову щілину.

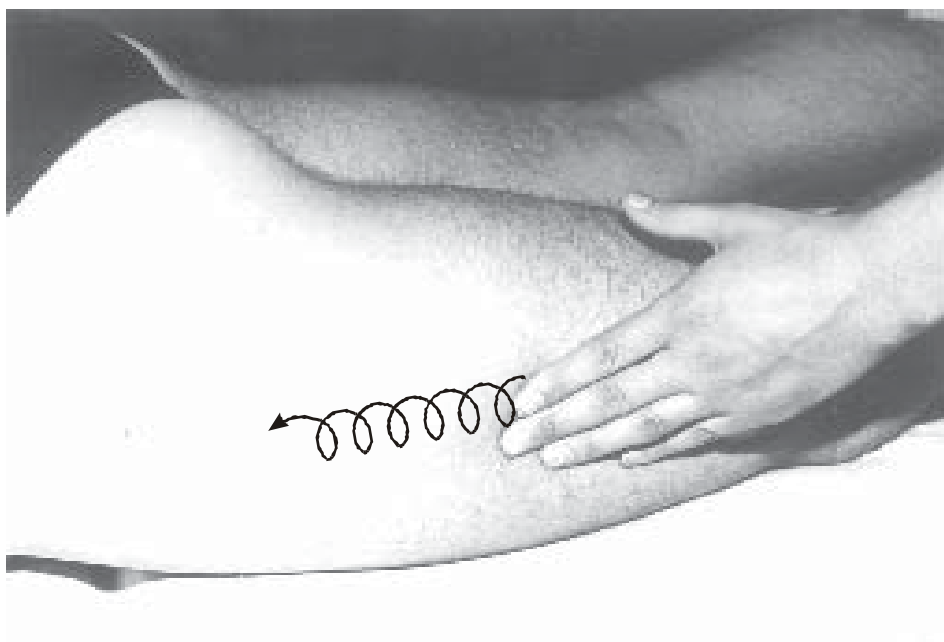
### Масаж стегна

Положення хворого: під час масажу передньої стегнової ділянки та стегового трикутника – на спині, під колінами валик; задньої – на животі, під гомілковостопними суглобами валик. Починають масаж від проксимальних відділів гомілки, напрямом рухів – до пахвинних лімфатичних вузлів.

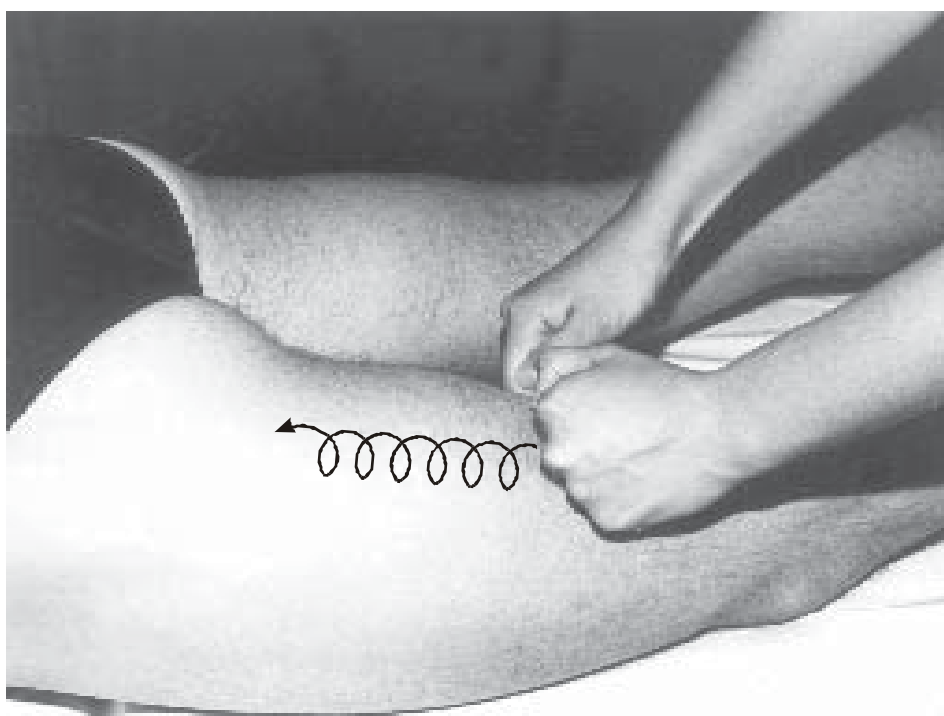
**Погладжування.** Площинне та обхоплююче поверхнєве і глибоке погладжування всієї поверхні стегна паралельними чи послідовними рухами рук (рис. 40). Спіралеподібне погладжування долонною поверхнею кисті, її опорною частиною, гребенеподібне, хрестоподібне погладжування. Щипцеподібне погладжування сухожилків.

**Розтирання.** Площинне та обхоплююче розтирання долонною поверхнею кистей обох рук, які рухаються в протилежних напрямках; спіралеподібне розтирання пальцями (рис. 244), долонями (рис. 54), опорною частиною кисті, гребенеподібне (рис. 245), розтирання обтяженою кистю (рис. 246); штрихування, пиляння, стругання (рис. 59), пересікання. Щипцеподібне розтирання сухожилків м'язів.

**Розминання.** Окремо масажують м'язи переднього, присереднього, заднього відділів стегна. Масаж м'язів переднього відділу стегна включає масаж чотириголового та кравецького м'язів. Масаж чотириголового м'яза стегна. Спіралеподібне розтирання пальцями чи опорною частиною кисті та штрихування місця прикріплення сухожилка (горбистість великогомілкової кістки), цими ж рухами продовжують масажувати сухожилок (рис. 242), наколінок, який міститься в ньому, доходять до м'язового черевця. Розминання м'язового черевця: поздовжнє розминання однією чи двома руками (рис. 67), поперечне розминання обома руками (рис. 68, 247), стискання, натискування, зміщення м'яза, гребенеподібне розминання. Закінчують спіралеподібним розтиранням пальцями чи штрихуванням місця початку м'яза (передня нижня клубова ость, великий вертлюг). Масаж кравецького м'яза: розтирання пальцями і штрихування місця прикріплення (горбистість великогомілкової кістки) та сухожилка м'яза; щипцеподібне, гребенеподібне розминання, натискування, стискання, зміщення м'язового черевця; спіралеподібне розтирання та штрихування місця початку (передньої верхньої клубової ості).

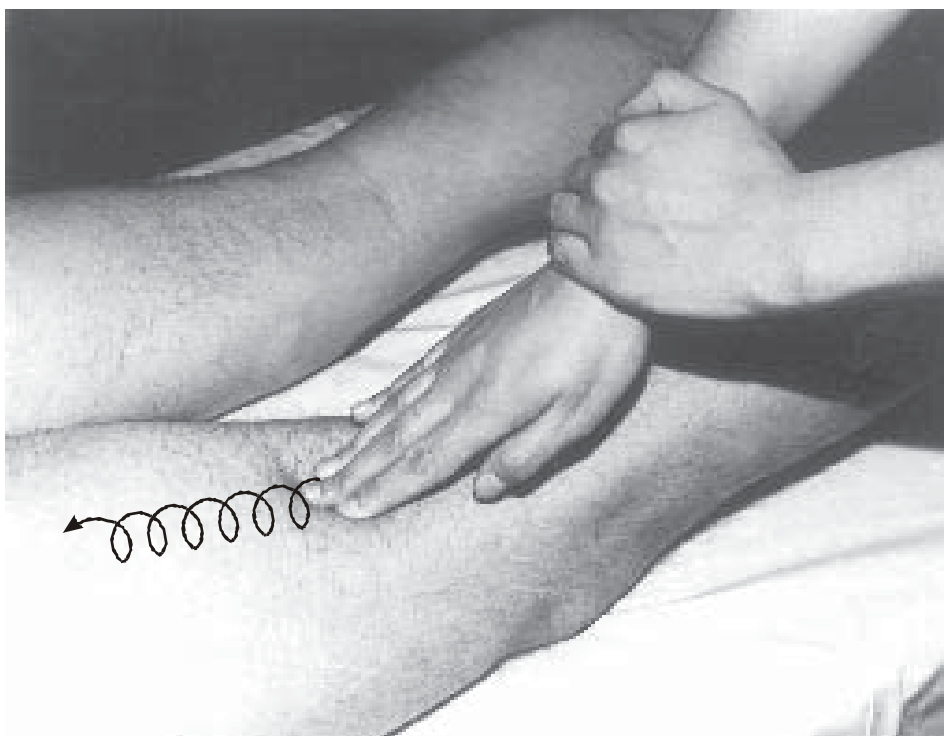


*Рис. 244. Спіралеподібне розтирання пальцями зовнішньої поверхні стегна.*



*Рис. 245. Гребенеподібне розтирання задньої поверхні стегна.*

Масаж м'язів присереднього відділу стегна. До його складу входять м'язи, які приводять стегно. Починається масаж спіралеподібним розтиранням та штрихуванням місць прикріплення м'язів (гребінна та шорстка лінії стегнової кістки і горбистість великогомілкової кістки), сухожилків м'язів. Розминання м'язів поздовжнє та поперечне у висхідному та низхідному напрямках, гребенеподібне, щипцеподібне, натискування, зміщення. Спіралеподібне розтирання пальцями та штрихування місць початку м'язів (лобкової кістки, для великого привідного – нижньої гілки сідничної кістки та сідничного горба).



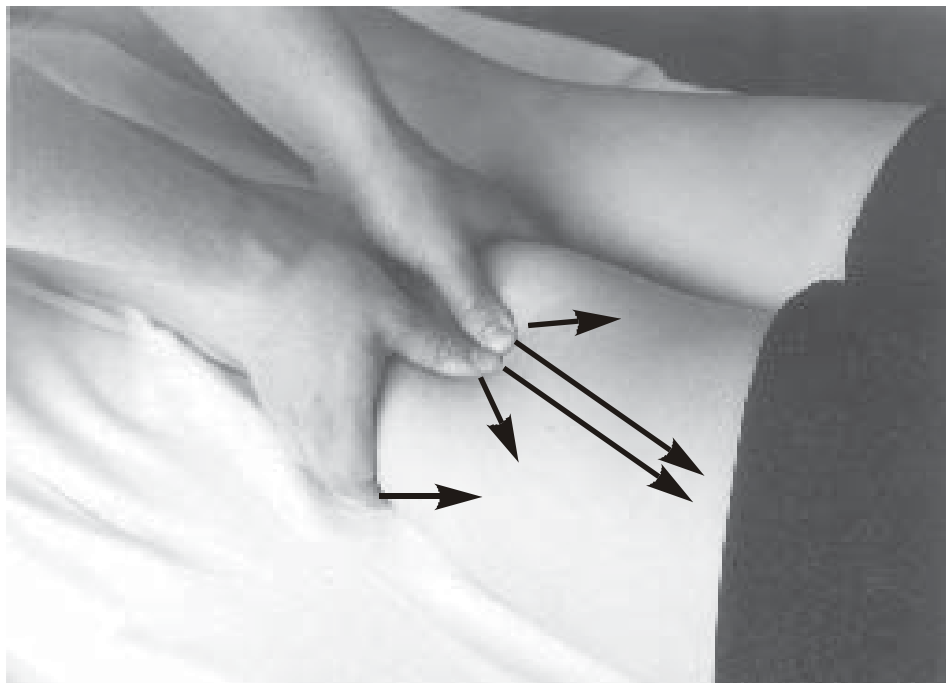
*Рис. 246.* Спіралеподібне розтирання пальцями з обтяженою кистю за ходом сідничного нерва.



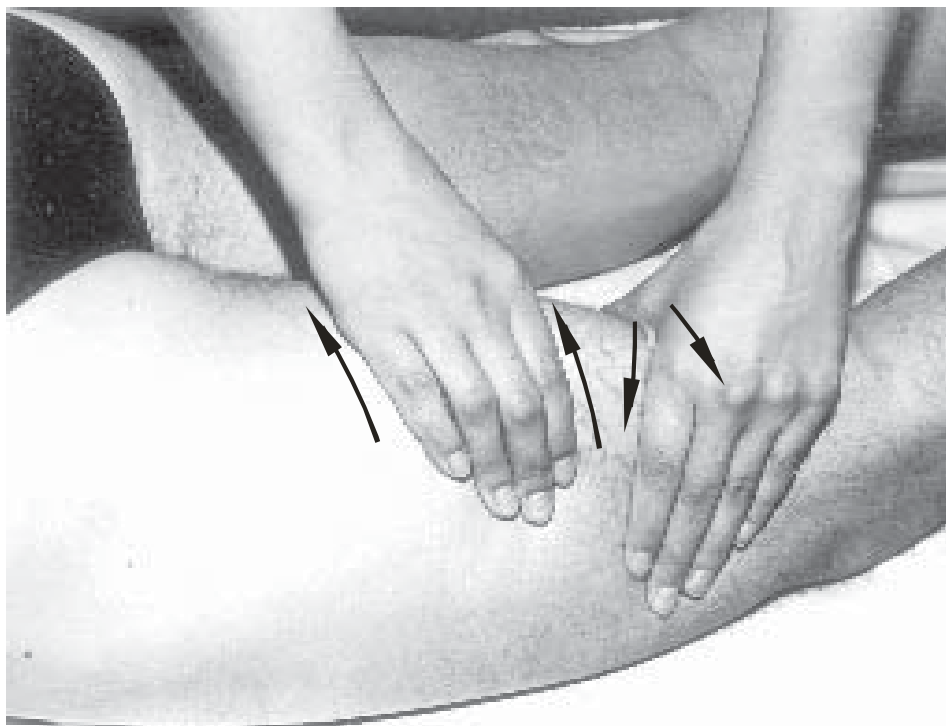
*Рис. 247.* Поперечне розминання м'язів переднього відділу стегна.

Масаж м'язів заднього відділу стегна. Задній відділ стегна складають його згиначі, їх краще масажувати у положенні хворого на животі, під гомілковостопними суглобами валик. Розтирання та штрихування місць прикріплення м'язів (головка малогомілкової, горбистість та відросток великогомілкової кісток), сухожилків м'язів. Поздовжнє розминання однією чи двома руками

(рис. 248), поперечне розминання обома руками у висхідному та низхідному напрямках (рис. 249), гребенеподібне (рис. 250), розминання кулаком, стискання, натискування (рис. 251), зміщення, валяння м'язів.



*Рис. 248. Поздовжнє розминання м'язів заднього відділу стегна двома руками.*



*Рис. 249. Поперечне розминання м'язів заднього відділу стегна.*

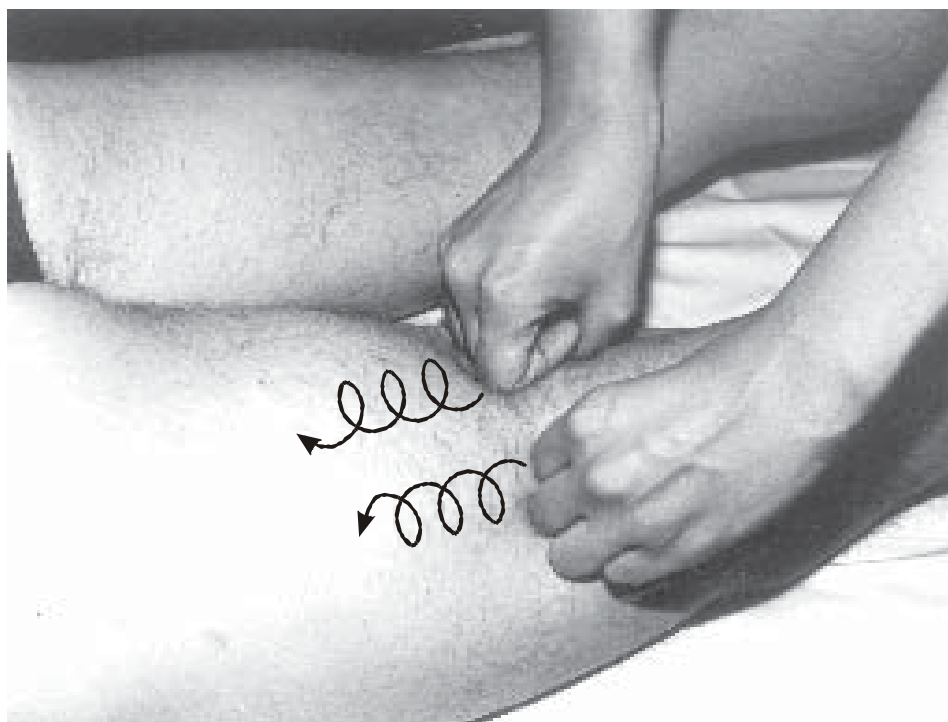


Рис. 250. Розминання м'язів заднього відділу стегна натискуванням гребенеподібно поставленими пальцями обох кистей.

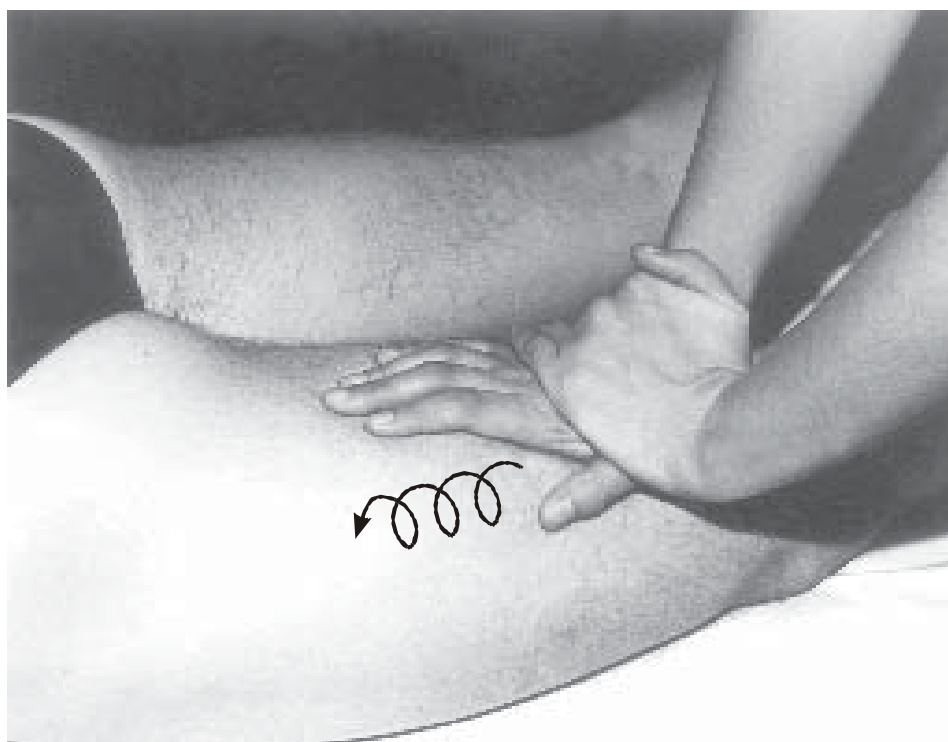
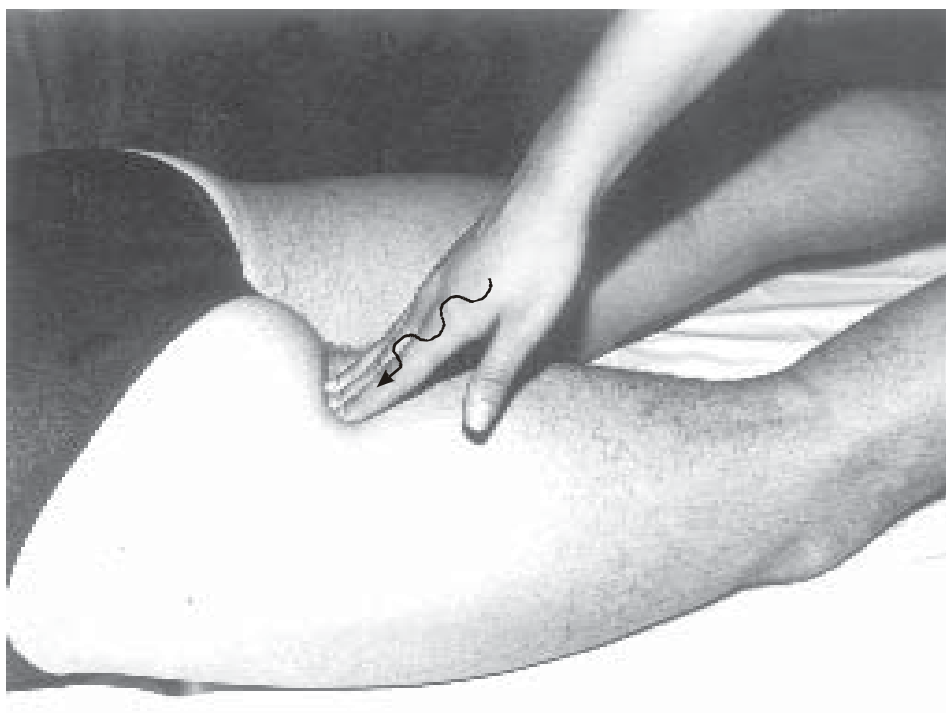
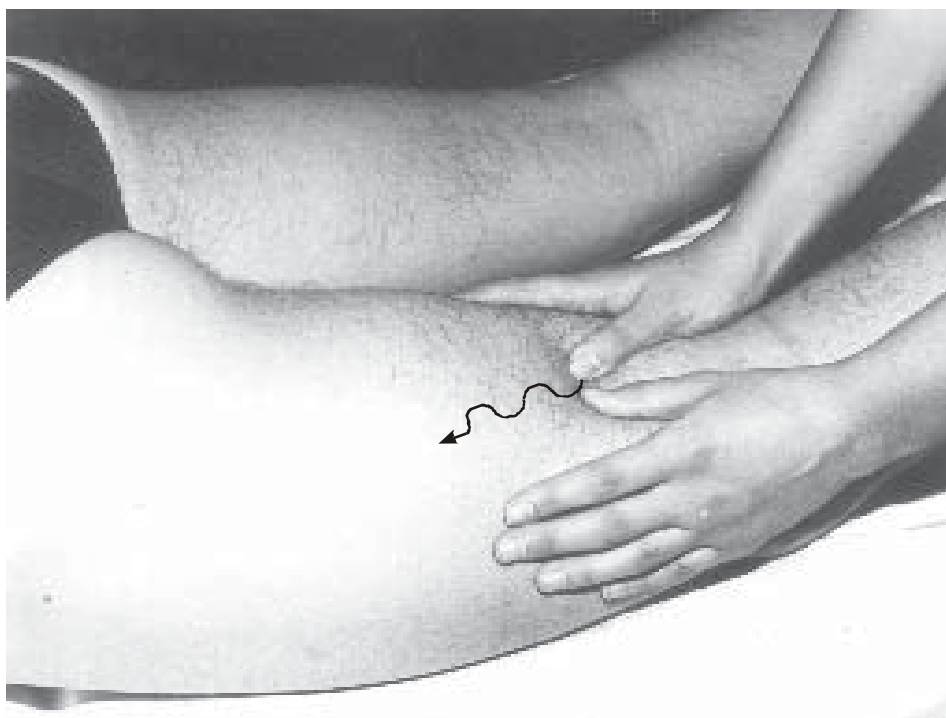


Рис. 251. Розминання м'язів заднього відділу стегна натискуванням з спіралеподібними рухами обтяженої кисті.

**Вібрація:** стабільна (рис. 252), лабільна (рис. 82, 253) безперервна вібрація, пунктування пальцями, поколювання пальцями та кулаком (рис. 91), поплескування, рубання, шмагання, потрушування м'язів (рис. 254).



*Рис. 252. Стабільна вібрація в місці проходження сідничного нерва однією рукою.*



*Рис. 253. Лабільна безперервна вібрація обома руками по ходу сідничного нерва.*

Закінчують масаж м'язів стегна їх валинням (рис. 69), стисканням (рис. 80), потрушуванням усіх м'язів стегна, струшуванням кінцівки, активними та пасивними рухами в колінному та кульшовому суглобах.

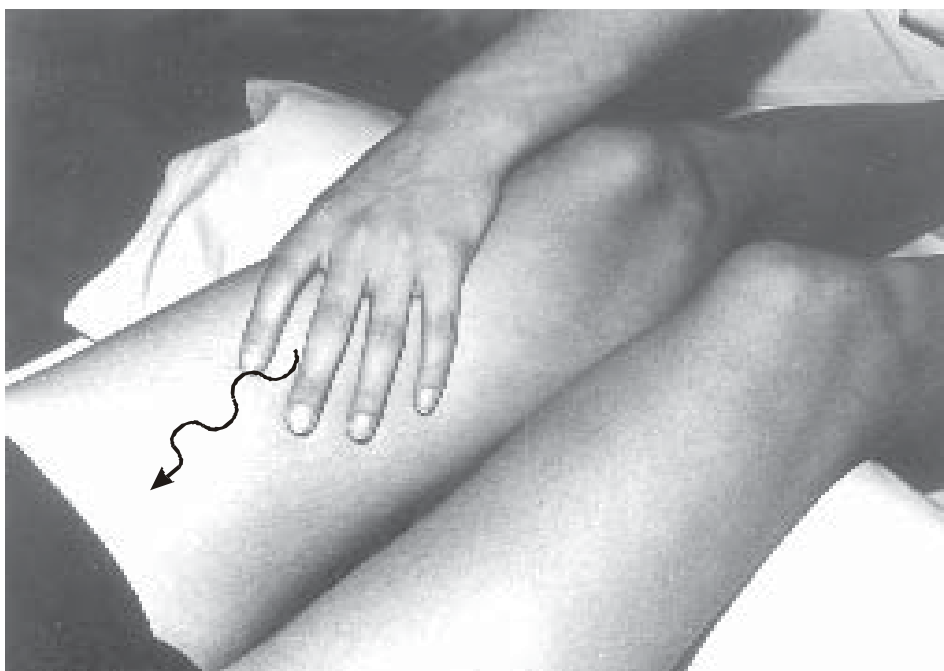


Рис. 254. Потрушування м'язів переднього відділу стегна.

#### Масаж сідничної ділянки

**Погладжування** від зовнішньої поверхні клубової кістки, задньої поверхні крижової кістки та куприка в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів: площинне та обхоплююче, поверхнєве та глибоке погладжування, погладжування опорною частиною кисті, обтяженою кистю.

**Розтирання** циркулярне долонями (рис. 255), пальцями (рис. 256), опорною частиною кисті, кулаком, обтяженою кистю, гребенеподібно, пиляння, пересікання сідничної ділянки. Розтирання пальцями циркулярне і штрихування клубової, крижової та куприкової кісток, гребенів клубових кісток.



Рис. 255. Спіралеподібне розтирання сідничних ділянок долонними поверхнями кистей.



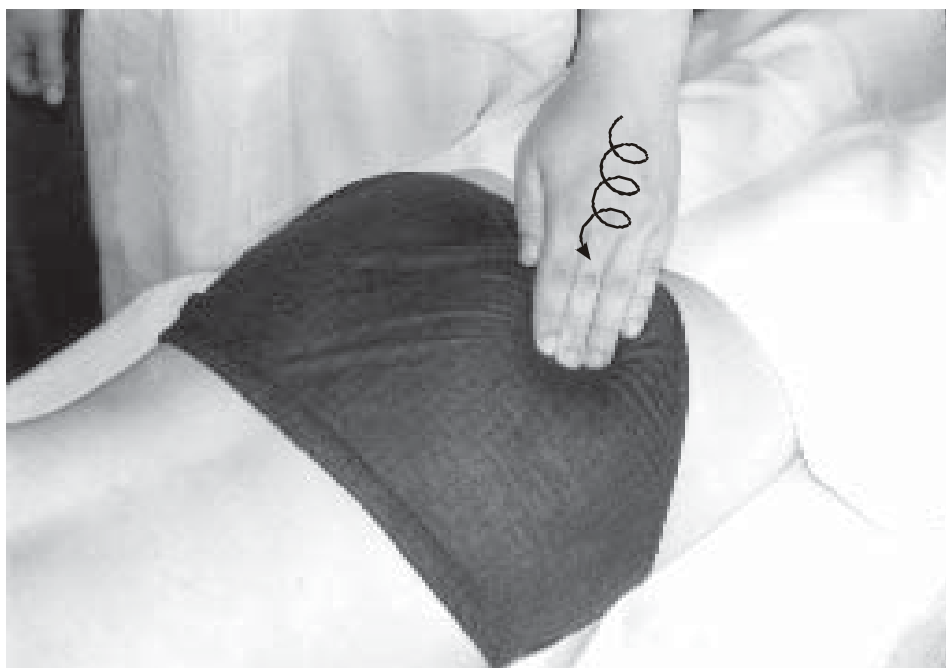


Рис. 256. Спіралеподібне розтирання пальцями сідничної ділянки.

**Розминання** м'язів сідничної ділянки. Великий сідничний м'яз масажують в напрямку м'язових волокон від місць початку (описано вище) до сідничної горбистості стегнової кістки, далі до верхньої третини зовнішньої поверхні стегна, де його волокна влітаються в широкую фасцію. Масажні рухи можуть виконуватися і в зворотному напрямку. Використовують поздовжнє, гребенеподібне (рис. 257), поперечне розминання обома руками (рис. 258), стискання, натискування, зміщення, розтягування великого сідничного та глибше розміщених м'язів.



Рис. 257. Гребенеподібне розтирання натискуванням обтяженою кистю сідничної ділянки.

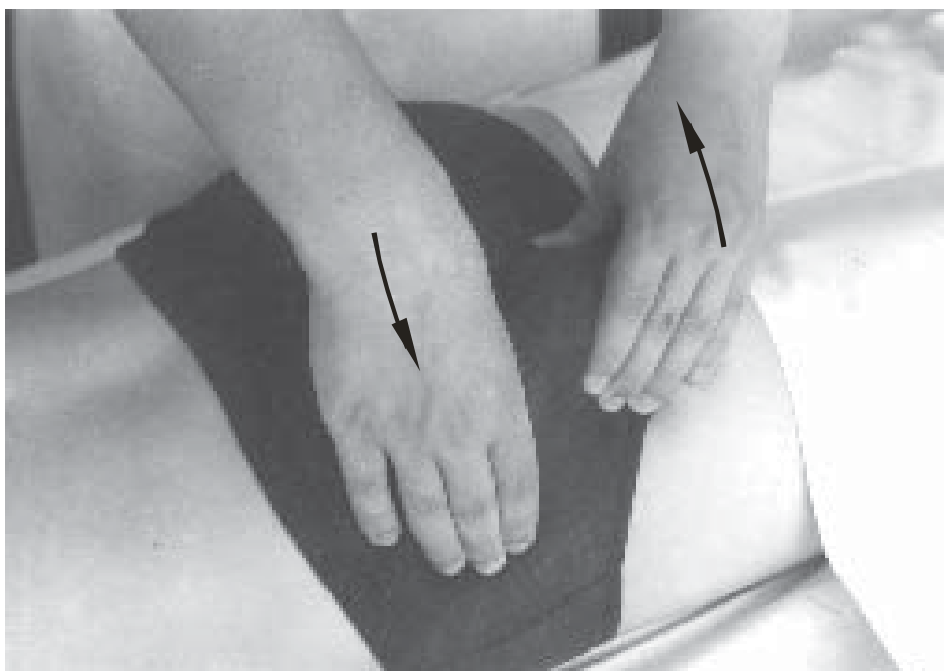


Рис. 258. Поперечне розминання сідничних м'язів.

**Вібрація.** Безперервна стабільна, лабільна вібрація, рубання, поплескування, поколючування, шмагання, потрушування м'язів. Закінчують погладжуванням.

#### **Масаж кульшового суглоба**

Кульшовий суглоб розміщений глибоко, він прикритий великим шаром м'язів і малодоступний для масажу. Найбільш доступна ділянка – ззаду між сідничною горбистістю та великим вертлюгом: для масажу використовують погладжування та розтирання глибоке спіралеподібне кінцями пальців, гребенеподібне. На інших ділянках навколо суглоба проводять глибоке розтирання опорною частиною кисті, гребенеподібне, обтяженою кистю.

#### **Практичні рекомендації** щодо масажу нижніх кінцівок.

1. Масажу окремих сегментів верхньої кінцівки повинен передувати підготовчий масаж всієї кінцівки. О.Ф. Вербов (1966) рекомендує починати масаж нижньої кінцівки з масажу стопи. Для досягнення відсмоктувального ефекту спочатку масажують стегно, потім – гомілку та стопу.

2. У зв'язку з тим, що більшість м'язів гомілки закінчується на стопі, масаж м'язів гомілки повинен охоплювати і стопу, починаючи від кінчиків пальців. Масажувати окремо стопу чи гомілку – менш ефективно.

3. Масаж м'язів стегна повинен поєднуватися з масажем сідничної ділянки.

4. Масаж нижніх кінцівок рекомендують поєднувати з масажем прихребтових та рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з L5–L1, S5–S1, D12–D10 спинномозковими сегментами.

5. Масаж в підколінній ямці та пахвинній ділянці не рекомендують. Тут розміщені лімфатичні вузли.

6. Масаж в місцях поверхневого розміщення магістральних судин та нервових стовбурів не повинен бути енергійним.

7. Внутрішня поверхня стегна є місцем сприйняття статевих подразнень, тому масажні прийоми не повинні бути тривалими. Навпаки, при сексуальних розладах використовується тривалий вплив на ці ділянки.

8. Тривалість масажу залежить від клінічних проявів захворювання і перебуває в межах 3-5 хв для кожного сегмента та 10-15 хв – для всієї нижньої кінцівки.

**Показання до призначення масажу нижніх кінцівок.** Масаж нижніх кінцівок призначають при захворюваннях і травмах суглобів, м'яких тканин, кісток; захворюваннях кровоносних та лімфатичних судин; захворюваннях і травмах нервової системи, які призводять до порушення функції нижньої кінцівки; при захворюваннях серцево-судинної системи, шкірних, внутрішніх та інших захворюваннях, коли уражаються нижні кінцівки; при втомі, для загальнозміцнювального впливу, підвищення працездатності.

### Загальний масаж

О.Ф. Вербов (1966) рекомендує проводити загальний масаж у такій послідовності: спина (включаючи задню шийну ділянку), задні ділянки нижніх кінцівок, передні ділянки нижніх кінцівок, живіт, передні та бічні ділянки грудної клітки, передні шийні ділянки, верхні кінцівки. Масаж голови не входить в загальний масаж (рис. 259).

Методика масажу окремих ділянок описана вище.

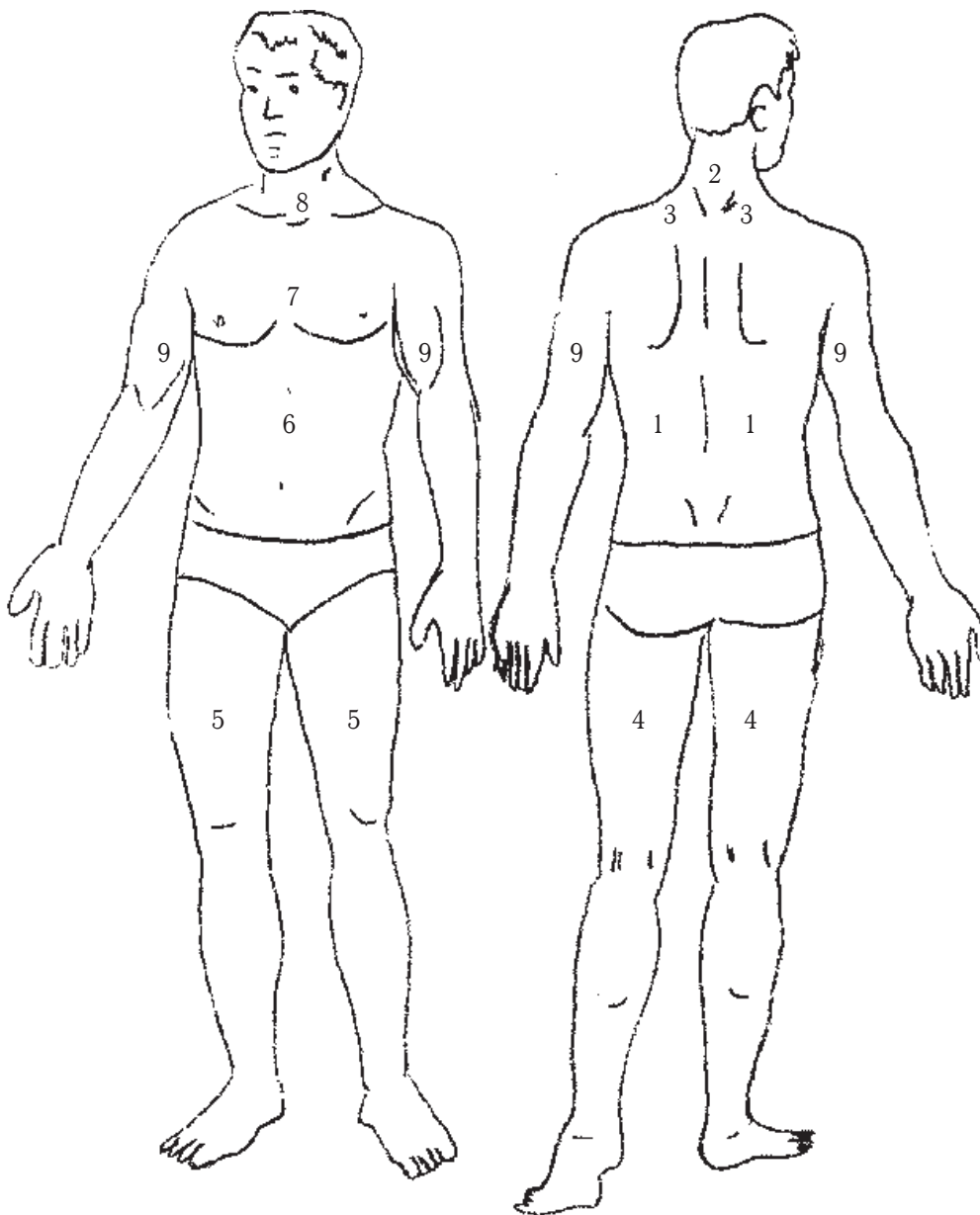


Рис. 259. Послідовність (указана цифрами) масажування окремих ділянок тіла в загальному масажі.

### Методичні вказівки

1. Найкращим часом для проведення масажу є перша половина дня, не швидше ніж через 2 год після приймання їжі. Ранішній масаж показаний при неврастенії для підняття працездатності, при розладах обміну, особливо при ожирінні. У передобідній час рекомендують проводити загальний шадний масаж в ослаблених хворих і реконвалесцентів.

2. При проведенні загального масажу необхідно враховувати показання та індивідуальні особливості хворого. Залежно від цього визначаються види і прийоми масажу, дозування прийомів, повторюваність впливу, тривалість масажу окремих ділянок та ін.

3. Тривалість перших процедур масажу не повинна бути більша ніж 15-20 хв і при необхідності далі може бути доведена до 40-50 хв. У перші дні загального масажу масажні рухи не повинні бути інтенсивними. З метою адаптації до масажу тривалість його та інтенсивність масажних прийомів повинна наростати поступово.

4. Тривалість масажу окремих ділянок тіла вирішується індивідуально. Орієнтовне співвідношення їх таке: масаж спини, шиї, таза – 25 % часу всієї процедури, ніг – 30 % (по 15 % на кожену ногу), рук – 30 %, передньої поверхні грудної клітки та живота – 15 %. Приблизний розподіл часу на виконання окремих прийомів в основний період лікування: на погладжування, вібрацію – 10 % часу, розтирання – 40 %, розминання – 50 %.

5. Загальний масаж з лікувальною метою рекомендують проводити не частіше ніж 2-3 рази на тиждень. Якщо після масажу хворий відчуває втому, скаржитися на безсоння чи інші негативні явища, необхідно скоротити тривалість масажу, у більш складних випадках – відмінити зовсім.

6. Після загального масажу рекомендують відпочинок у положенні лежачи протягом 15-30 хв.

### Контрольні питання і завдання до розділу

## “АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНІ ДАНІ ТА ТЕХНІКА МАСАЖУ ОКРЕМИХ ДІЛЯНОК ТІЛА”

### Контрольні питання

1. Анатомо-топографічні дані тулуба.
2. Анатомо-топографічні дані та техніка масажу спини:
  - техніка масажу спини;
  - практичні рекомендації щодо проведення масажу спини;
  - анатомо-топографічні дані спини;
  - показання до призначення масажу спини;
3. Анатомо-топографічні дані та техніка масажу шиї:
  - анатомо-топографічні дані шиї;
  - техніка масажу шиї;
  - практичні рекомендації щодо проведення масажу шиї;
  - показання до призначення масажу ділянки шиї.
4. Анатомо-топографічні дані та техніка масажу передніх і бічних ділянок грудної клітки:
  - анатомо-топографічні дані передніх та бічних ділянок грудної клітки;
  - техніка масажу передніх та бічних ділянок грудної клітки;
  - практичні рекомендації щодо проведення масажу передніх та бічних ділянок грудної клітки;
  - показання до призначення масажу передніх та бічних ділянок грудної клітки.
5. Анатомо-топографічні дані та техніка масажу живота:
  - анатомо-топографічні дані живота;
  - техніка масажу живота;
  - практичні рекомендації щодо проведення масажу живота;
  - показання до призначення масажу живота.
6. Анатомо-топографічні дані та техніка масажу голови:
  - анатомо-топографічні дані голови;
  - техніка масажу голови;
  - практичні рекомендації щодо проведення масажу голови;
  - показання до призначення масажу голови.

7. Анатомо-топографічні дані та техніка масажу верхніх кінцівок:
  - анатомо-топографічні дані верхніх кінцівок;
  - техніка масажу верхніх кінцівок;
  - практичні рекомендації щодо проведення масажу верхніх кінцівок;
  - показання до призначення масажу верхніх кінцівок.
8. Анатомо-топографічні дані та техніка масажу нижніх кінцівок:
  - анатомо-топографічні дані нижніх кінцівок;
  - техніка масажу нижніх кінцівок;
  - практичні рекомендації щодо проведення масажу нижніх кінцівок;
  - показання до призначення масажу нижніх кінцівок.

*Завдання*

1. Навчіться проводити масаж окремих ділянок тіла. Зверніть увагу при цьому на правильне положення хворого та масажиста під час масажу.

## Розділ 5

### ОРГАНІЗАЦІЯ ПРАЦІ МАСАЖИСТА. ПІДГОТОВКА СПЕЦІАЛІСТІВ З МАСАЖУ

Лікувальний масаж можуть практикувати дипломовані медичні працівники: лікарі, фельдшери, акушери, медичні сестри, бакалаври, методисти з лікувальної фізкультури. Підготовка масажистів здійснюється через систему курсів спеціалізації, вдосконалення їх фаху – через курси вдосконалення з масажу. Програма курсів передбачає тривалість занять з відривом від виробництва: спеціалізація – 2 місяці (288 год), удосконалення – 1 місяць (144 год). Керівником занять, у тому числі практичних, може бути лікар, який має спеціальну підготовку та достатній практичний досвід використання масажу. Закінчити курси – ще не значить стати масажистом. Для досягнення майстерності в цій професії необхідна постійна робота над підвищенням теоретичної підготовки та рівня масажної техніки.

#### Вимоги до спеціаліста з масажу

Масажист має багато професійних прав, але від нього і багато вимагається. Масажист під час масажу залишається з хворим наодинці, проводить безпосередньо руками по тілу хворого масажні маніпуляції. Масажист користується у хворого великим авторитетом, хворий йому довіряє. Більшість хворих відверто розповідають йому про свої фізичні недоліки та захворювання, а нерідко – інтимні особливості особистого життя.

Тому масажист повинен:

1. Чітко дотримуватися вимог медичної деонтології.
2. Мати високу медичну культуру, бути інтелігентним, скромним, делікатним, мовчазним, уважним.
3. Мати глибокі знання з медицини, постійно працювати над підвищенням свого фахового рівня, бо до послуг масажиста звертаються пацієнти з найрізноманітнішими захворюваннями, їх періодами та клінічними проявами. Тому масажист повинен мати хороші знання з нормальної, топографічної і патологічної анатомії, нормальної і патологічної фізіології; з внутрішніх, нервових, шкірних хвороб, з хірургії, травматології та ортопедії, педіатрії та інших захворювань. Масажист повинен не тільки знати клінічні прояви захворювання, але і розуміти патофізіологічні процеси, що супроводжують його на різних етапах розвитку. Добре володіючи технікою виконання окремих прийомів масажу та їх різновидів, спеціаліст зможе проводити масаж не тільки відповідно до клінічних проявів захворювання та його періоду, але і пристосовуватись до індивідуальних особливостей пацієнта.
4. Бути фізично сильним, витривалим. Процедура масажу вимагає значного фізичного напруження, тому масажист повинен постійно дбати про підвищення фізичної працездатності, вести здоровий спосіб життя.
5. Бути максимально охайним, постійно дотримувати правил особистої гігієни.
6. Постійно слідкувати за руками. Руки масажиста – це “другі очі”, тому вони повинні бути чистими, спритними, сильними, мати високий ступінь координації рухів, у той же час – м'якими, пластичними, ніжними. Шкіра рук повинна бути теплою, гладкою, не мати мозолів, тріщин, нігті коротко обрізані, чисті. Для цього необхідно:
  - а) виконувати спеціальні вправи для рук: на силу, координацію рухів, витривалість, ритмопластичні вправи щоденно;
  - б) перед процедурою виконувати самомасаж рук та вправи на гнучкість пальців;
  - в) між процедурами виконувати ритмопластичні вправи та вправи на розслаблення рук;
  - г) постійно удосконалювати рівень тактильної чутливості а допомогою спеціальних методів (розпізнавання пальцями предметів, визначення рельєфу їх поверхні; розпізнавання пальцями місцезнаходження нитки, а потім – волосини під постійно збільшуваною товщиною паперу чи

тканини та ін.), бо відносно до виконаної роботи втомлення м'язів зростає в арифметичній, а чутливість знижується у геометричній прогресії;

д) після кожної процедури масажу мити руки у проточній воді, температура якої 18-22 °С;

е) після роботи приймати теплі ванни для рук тривалістю 12-15 хв при температурі води 36-38 °С, проводячи в цей час самомасаж рук; після цього треба обов'язково змащувати руки живильним кремом;

є) звільнити руки від прикрас.

7. Бути одягненим у легкий, вільний, з натуральної тканини, з короткими рукавами одяг; взуття – зручне, вільне, без високих підборів.

### Режим роботи спеціаліста з масажу

Масажист повинен дотримувати таких правил:

1. Зранку чи на першу половину робочого дня призначати масаж хворим, що вимагає відносно більших затрат фізичної сили; відносно легший масаж – призначати на другу половину дня.

2. Між процедурами масажу повинна бути короткочасна перерва.

3. Найбільш ефективною формою відпочинку є активний відпочинок – помірне фізичне навантаження на м'язи, що не брали участі у виконанні масажних прийомів.

4. Під час процедури масажист не повинен постійно розмовляти з хворим, бо це його втомлює та заважає зосередитись на якості виконання прийомів.

### Гігієнічні нормативи та обладнання кабінету з масажу

Процедура масажу проводиться в масажних кабінетах з розрахунку 8 м<sup>2</sup> на робоче місце, висотою не менше 3 м. При розміщенні в кабінеті декількох масажних місць їх треба ізолювати щільними шторами. Кабіна повинна мати довжину не менше 3,5 м і ширину – 2,5 м.

Приміщення повинно бути теплим, сухим, світлим. Температура повітря – не нижче ніж 22 °С, з припливно-витяжною вентиляцією, достатнім освітленням, яке не повинно розміщуватись перед очима масажиста.

При роботі одночасно 4-х і більше масажистів обов'язкова наявність душової кімнати. Для миття рук в масажному кабінеті повинна бути раковина з теплою та холодною водою.

Обладнання масажного кабінету включає:

– масажний стелаж, який складається з масажної кушетки (висота її може змінюватися), масажного столику з підголівником, масажних валиків довжиною 600 мм і діаметром 200 мм (рис. 260);

– масажне крісло для масажу лица та голови;

– підйомні стільчики для хворого та масажиста;

– крісло для відпочинку масажиста;

– столик для апаратів та інструментів;

– обладнання для проведення апаратного масажу та самомасажу;

– засоби догляду за руками: набір інструментів для манікюру, живильні креми, йод;

– апарат для вимірювання тиску, кутомір, кистьовий динамометр, сантиметрова стрічка, секундомір, термометр, годинник;

– шафа-аптечка з йодом, нашатирним спиртом, валідолом, нітрогліцерином, перев'язувальним матеріалом, тальком та ін;

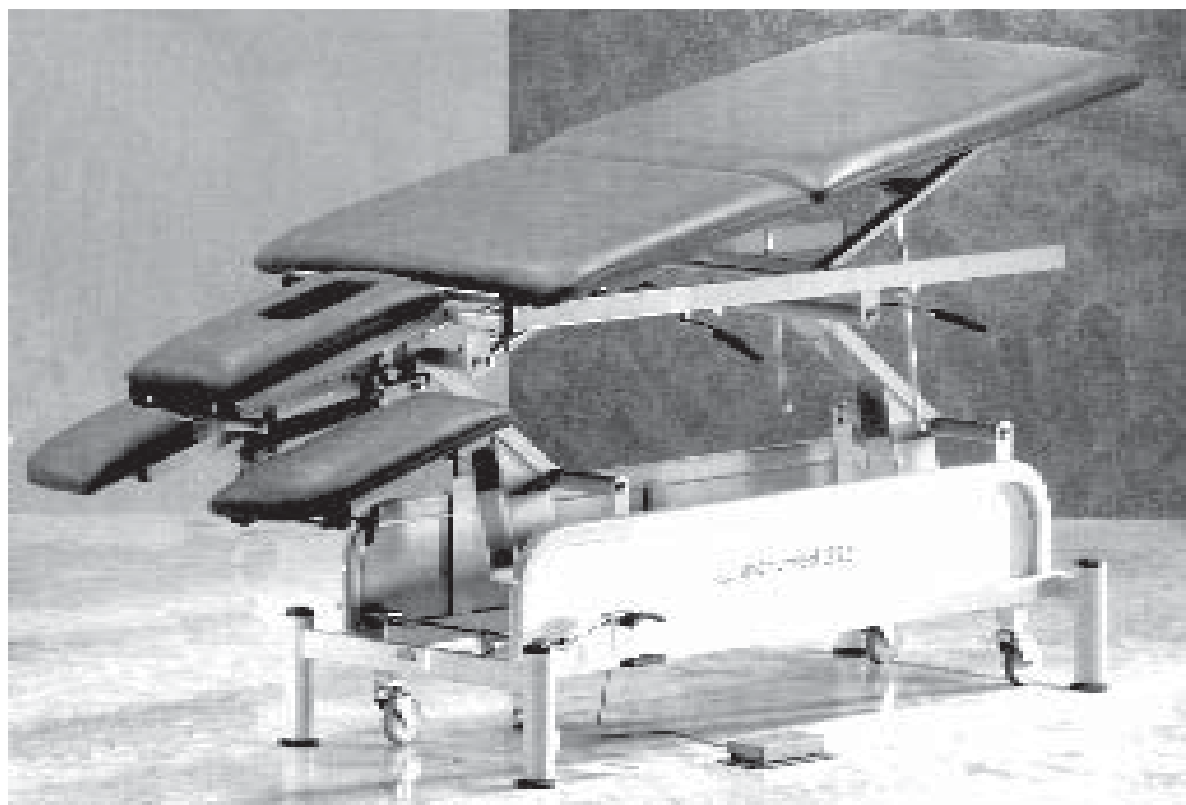
– письмовий стіл;

– графин з водою та склянки;

– лампа “Солюкс” стаціонарна, лампа інфрачервоних променів стаціонарна;

– шафа для зберігання документації, інструментарію та білизни кабінету;





*Рис. 260. Масажні столи різних конструкцій.*

– білизна масажного кабінету: чисті простирадла повинні покривати кушетки, столики, підголівники, валики. Для кожного хворого повинен бути передбачений індивідуальний пакет білизни (простирadlo, серветки та ін.), який зберігається в окремому поліетиленовому пакеті. Кожний масажист повинен мати індивідуальний рушник, салфетки, мило;

– змашувальні засоби використовуються найчастіше у вигляді вазеліну, різних кремів (дитячого, для масажу та ін.), емульсій. Всі вони роблять шкіру ковзкою, полегшують рух рук масажиста по поверхні тіла. У той же час, змашувальні засоби мають ряд недоліків, які заважають

якісному проведенню масажу: зменшують тактильні відчуття рук масажиста, не дають можливості йому досягнути необхідного контакту з покривними тканинами (стає неможливим ковзати руками по поверхні тіла, змінюючи силу натиску при погладжуванні; зміщувати шкіру при розтиранні, обхоплювати та відтягувати тканини при розминанні, утримувати палець з необхідною силою натискування при точковому масажі та ін.). Змашувальні засоби можуть викликати алергічні зміни на шкірі.

З присипок найчастіше використовують тальк. Як адсорбент, він поглинає виділення потових та сальних залоз, тому його використовують під час масажу жирної та вологої шкіри. Але і тальк сприяє зниженню тактильних відчуттів та заважає необхідному контакту рук зі шкірою.

Тому змашувальні засоби та присипки рекомендують застосовувати лише за показаннями: підвищена чутливість шкіри в ділянці масажу, незміцнілі рубці, тривалий енергійний масаж (особливо розтирання) та ін. Масаж без змашувальних засобів та присипок дає можливість масажисту тонко відчувати та виявляти рефлекторні зміни в покривних тканинах до масажу та після нього, а також досягати необхідного контакту з покривними тканинами і технічно правильно виконувати кожний із прийомів масажу. Рецепторний апарат пацієнта при цьому без зайвих завад зможе сприймати механічні подразнення, що наносяться чистими руками масажиста.

За клінічними показаннями з лікувальною метою та в спортивній практиці використовують такі лікувальні мазі, як “Апізартрон” (при забоях, невралгії, міозиті), “Бом-Бенге” (як знеболюючий засіб), “Вірапін” (при забоях, радикуліті, артритих, міозиті), “Віпросал” (при радикуліті, міозиті), “Віпратокс” (при пошкодженнях зв’язково-сумкового апарату, артритих, невралгії), Гепаринова (розсмоктуюча, протизапальна, судинорозширююча дія), Індометацинова (при болях в м’язах, суглобах, ревматизмі, невритих), “Тигрова” (при радикуліті, ішіасі, мігрені) та ін. Вони викликають швидку гіперемію шкіри та підшкірної основи, зменшують запальний процес та больові відчуття. Звичайно мазь втирають після проведеної процедури масажу. Для зменшення больового відчуття під час перших процедур її застосовують на початку процедури масажу.

Якщо шкіра пацієнта, як і руки масажиста, після просушування серветкою залишаються вологими, їх можна обробити ефіром чи спиртом. При масажі тіла, покритого надмірно вираженим волосистим покривом, висококваліфіковані масажисти використовують прийоми масажу так, щоб не викликати подразнення шкіри, якщо не вдається – треба проводити масаж через бавовняну білизну чи через простирadlo. Перед масажем лица спеціалісту необхідно обробити руки спиртом.

### Нормування та облік роботи масажиста

Робочий день масажиста триває 6,5 год. Норма часу на масаж визначається за тривалістю у хвилинах чи за кількістю масажних одиниць на одну процедуру (рис. 261). За одну масажну одиницю приймається робота тривалістю 10 хв (табл. 7).

Норма навантаження на одного масажиста – 30 масажних одиниць на один робочий день. 1,5 год робочого дня, що від цього залишається, відводиться на підготовку до процедури, оформлення документації, короткочасного відпочинку.

Документація масажного кабінету. Основним документом є журнал реєстрації пацієнтів, що лікуються в масажному кабінеті. У журналі записуються: порядковий номер реєстрації, прізвище, ім’я, по батькові; номер історії хвороби чи амбулаторної карти, прізвище лікуючого лікаря; діагноз захворювання, з приводу якого призначений масаж, методика масажу, ділянка масажу, кількість масажних процедур; дати проведення процедур масажу. Для кожного хворого у журналі передбачається графа, де відмічається реакція хворого на масаж та результати лікування масажем. Усі записи проводяться під контролем лікаря. Крім цього, в масажному кабінеті повинна бути картотека лікувальних методик: короткий план проведення процедури масажу при окремих захворюваннях; схема розподілу масажних процедур за одиницями та часом, необхідним для їх проведення, графік роботи масажистів та графік прийому хворих кожним масажистом.

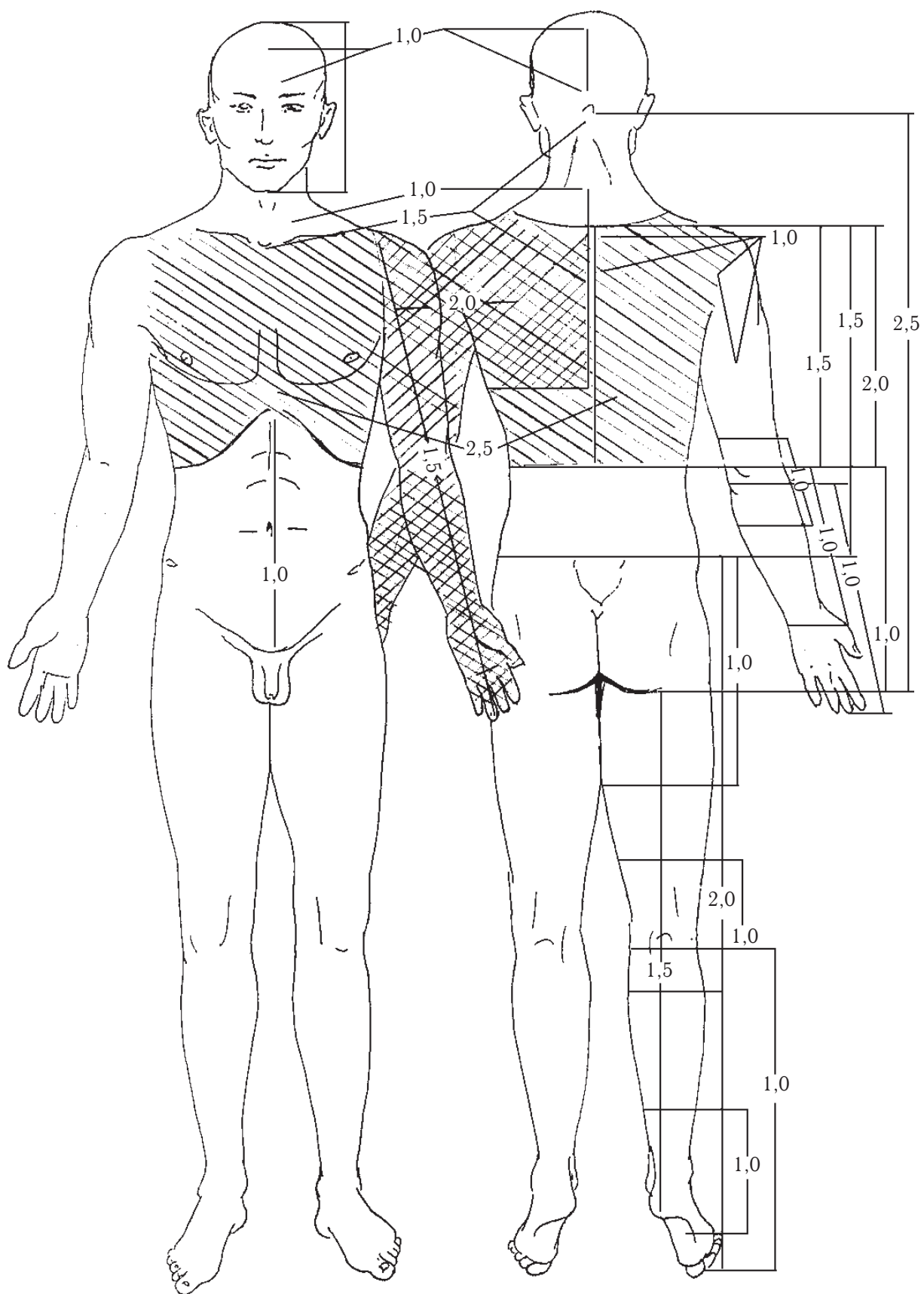


Рис. 261. Умовні одиниці для виконання масажних процедур.

У кінці кожного місяця, кварталу, півріччя та року масажист повинен давати звіт про кількість хворих, що пройшли лікування масажем, кількість проведених процедур, кількість виконаних одиниць масажу взагалі, за нозологічними одиницями та в окремих підрозділах лікувального закладу (поліклініка, стаціонар, окремі відділення та ін.).

Т а б л и ц я 7

**Розрахункові норми часу в умовних одиницях на виконання масажних процедур**

Додаток № 4 до наказу  
Міністерства охорони здоров'я  
України від "30" XII 1993 № 260

№ п/п	Найменування масажної процедури	Кількість умовних масажних одиниць при виконанні процедури дорослим і дітям
1	2	3
1	Масаж голови (лобно-скроневої та потилично-тім'яної ділянок)	1,0
2	Масаж обличчя (лобової, приочної, верхньо- і нижньощелепної ділянок)	1,0
3	Масаж шиї	1,0
4	Масаж комірцевої зони (задньої поверхні шиї, спини до рівня IV грудного хребця, передньої поверхні грудної клітки до II ребра)	1,5
5	Масаж верхньої кінцівки	1,5
6	Масаж верхньої кінцівки, надпліччя та ділянки лопатки	2,0
7	Масаж плечового суглоба (верхньої третини плеча, ділянки плечового суглоба та надпліччя однойменної сторони)	1,0
8	Масаж ліктьового суглоба (верхньої третини передпліччя, ділянки ліктьового суглоба та нижньої третини плеча)	1,0
9	Масаж променево-зап'ясткового суглоба (проксимального відділу кисті, променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя)	1,0
10	Масаж кисті та передпліччя	1,0
11	Масаж ділянки грудної клітки (ділянки передньої поверхні грудної клітки від передніх меж надпліч до ребрових дуг в ділянці спини від VII шийного до I поперекового хребця)	2,5
12	Масаж спини (від VII шийного до I поперекового хребця і від лівої до правої середньої аксиллярної лінії), у дітей – включаючи попереково-крижову ділянку	1,5
13	Масаж м'язів передньої черевної стінки	1,0
14	Масаж попереково-крижової ділянки (від I поперекового хребця до нижніх сідничних складок)	1,0
15	Сегментарний масаж попереково-крижової ділянки	1,5
16	Масаж спини і поперекового відділу (від VII шийного хребця до крижів, від лівої до правої середньої аксиллярної лінії)	1,5
17	Масаж шийно-грудного відділу хребта (ділянки задньої поверхні шиї та ділянки спини до I поперекового хребця, від лівої до правої задньої аксиллярної лінії)	2,0
18	Сегментарний масаж шийно-грудного відділу хребта	3,0
19	Масаж ділянки хребта (ділянки задньої поверхні шиї, спини і попереково-крижової ділянки, від лівої до правої задньої аксиллярної лінії).	2,5
20	Масаж нижньої кінцівки та попереку (ділянки стопи, гомілки, стегна, сідничної та попереково-крижової ділянки)	2,0
21	Масаж нижньої кінцівки	1,5
22	Масаж кульшового суглоба (верхньої третини стегна, ділянки кульшового суглоба та сідничної ділянки однойменної сторони)	1,0
23	Масаж колінного суглоба (верхньої третини гомілки, ділянки колінного суглоба та нижньої третини стегна)	1,0

Продовження табл 7

1	2	3
24	Масаж гомілковостопного суглоба (проксимального відділу стопи, ділянки гомілкового суглоба та нижньої третини гомілки)	1,0
25	Масаж стопи та гомілки.	1,0
26	Загальний масаж (у дітей грудного та молодшого дошкільного віку)	3,0

Примітки:

1. За одну умовну масажну одиницю прийнята масажна процедура (безпосереднє проведення масажу), на виконання якої потрібно 10 хв.

2. Час переходів (переїздів) для виконання масажних процедур за межами кабінету враховується в умовних масажних одиницях за фактичними витратами часу.

3. Додаток до наказу був затверджений в 1993 році, тому використана в ньому термінологія не всюди відповідає сучасній Міжнародній анатомічній номенклатурі, прийнятій у 1997 році в Сан-Пауло, якою користувалися автори (авт.).

### Контрольні питання і завдання до розділу

## “ОРГАНІЗАЦІЯ ПРАЦІ МАСАЖИСТА. ПІДГОТОВКА СПЕЦІАЛІСТІВ З МАСАЖУ”

#### Контрольні питання

1. Підготовка спеціалістів з масажу.
2. Вимоги до спеціаліста з масажу.
3. Режим роботи спеціаліста з масажу.
4. Гігієнічні норми та обладнання кабінету для масажу.
5. Нормування та облік роботи спеціаліста з масажу.
6. Масажна одиниця, її визначення.
7. Розрахункові норми часу в масажних одиницях на виконання масажних процедур.
8. Звітність та документація спеціаліста з масажу

#### Завдання

1. Складіть комплекс вправ для підвищення сили та поліпшення координації рухів верхніх кінцівок. Навчіться виконувати вправи на розслаблення м'язів після проведення процедури масажу. Виконуйте їх постійно.

2. Подбайте про придбання одягу та взуття, які б відповідали гігієнічним нормативам.

3. Порадьтеся з викладачем і придбайте собі живильний крем для гігієнічного догляду за руками.

## Розділ 6

### ПРИЗНАЧЕННЯ МАСАЖУ. ПРОВЕДЕННЯ ПРОЦЕДУРИ МАСАЖУ

#### Призначення масажу

У більшості лікувальних закладів кабінет масажу входить до складу фізіотерапевтичного відділення. В окремих випадках, де є самостійні відділення лікувальної фізкультури, кабінети масажу можуть належати до них, що є раціональнішим, бо масаж обов'язково повинен поєднуватись з лікувальною фізкультурою. Лікар, який відповідає за роботу кабінету масажу, керує роботою масажистів, постійно дбаючи про підвищення їх фахового рівня.

Масаж призначає лікуючий лікар. Приймаючи хворого, лікар, який відповідає за роботу масажистів, уточнює ділянку масажу, визначає методику і дозування його, дні проведення процедур, загальне число процедур на курс лікування, послідовність та раціональне поєднання з іншими фізичними факторами та лікувальною фізкультурою.

Лікар реєструє своє призначення в історії хвороби чи амбулаторній карті хворого, оформляє карту для проведення масажу. Масажист забезпечує проведення масажу відповідно до призначення лікаря (схема 3). Лікар контролює правильність виконання призначення масажистом.

#### Робота масажиста з хворим

##### Підготовка до масажу

**Знайомство з хворим.** Після виявлення анкетних даних масажист ознайомлюється з діагнозом, з приводу якого хворий направлений на масаж. Розпитує про самопочуття, скарги, пов'язані із захворюванням, звертаючи увагу на ті, які можуть допомогти краще побудувати процедуру масажу. Виявляє супутні захворювання та індивідуальні особливості хворого, які можуть вплинути на методику масажу.

**Оцінка вихідного рівня** клінічних проявів захворювання. Залежно від клінічних проявів захворювання масажисту бажано конкретизувати окремі з них: виміряти артеріальний тиск, підрахувати частоту серцевих скорочень, частоту дихання, визначити об'єм рухів у суглобах кінцівок та хребта при їх захворюваннях і травмах, кількість скотом чи величину пелени перед очима у хворих на шийний остеохондроз, наявність сухих хрипів, які чути на відстані у хворих на бронхіальну астму, утруднення носового дихання при ринітах, наявність больового синдрому та ін. Бажано звернути на це увагу хворого. Позитивна динаміка цих проявів буде свідчити про високу якість та ефективність процедури, і навпаки – погіршення стану вказує на необхідність консультації лікаря та корекції методики масажу.

**Огляд** хворого масажистом передбачає вивчення стану покривних тканин ділянок тіла, які підлягають масажу. Огляд шкіри включає визначення: забарвлення, еластичності, наявності набряків, крововиливів, шкірних висипань, рубців, порушення цілості шкіри, її вологості та сухості. Важливим є виявлення зон підвищеної больової чутливості (зони Захар'їна-Геда), окремих болючих точок (точки Мекензі) та біологічно активних точок. Вивчення стану підшкірної основи полягає у вивченні її товщини, рівномірності, щільності. При порушенні жирового обміну можуть спостерігатися ущільнення підшкірної основи з утратою еластичності шкіри над нею.

Стан лімфатичних вузлів визначається їх оглядом і пальпацією. Якщо їх видно, добре пальпуються, болючі, щільні, то це вказує на наявність патологічного процесу і є протипоказанням для призначення масажу.

Стан судин визначається шляхом огляду та обережної пальпації судин масажованої ділянки. При патологічних станах судини можуть бути щільними, напруженими, нерівними, що найчастіше має місце при склерозуванні артерій та підвищеному артеріальному тиску. Особливу увагу необхідно звертати на стан венозних судин. При підсиленні судинного малюнка підшкірних вен гомілки у положенні стоячи, при наявності болючості та ущільнень за ходом вен масаж нижніх кінцівок може проводитись тільки після консультації з лікарем.



Схема 3. Алгоритм діяльності спеціаліста з масажу.



Стан м'язів визначається за їх рельєфом та за м'язовим тонусом. Патологічний стан м'язів проявляється у порушенні м'язового тонусу. Він може бути підвищений (гіпертонус), понижений (гіпотонус), відсутній (атонія). У нормі м'язи перебувають у стані незначного напруження. При підвищенні тонусу вони стають щільні та ригідні при пальпації. При пониженні тонусу м'язи стають в'ялими. Особливої уваги вимагає виявлення гіпотрофії (схуднення, зменшення розмірів, згладжування рельєфу). Важливе значення має консистенція м'язів. У здорового вона м'яка, пружна, еластична. При захворюваннях м'язів їх консистенція під час глибокої пальпації може змінюватись: під пальцями виникає короткочасне напруження, м'яз стає твердим і щільним, при подальшому натискуванні знову стає м'яким та піддатливим. Цей симптом описав Корнеліус (1933). Він свідчить про порушення скоротливої здатності м'язових волокон, підвищення їх збудливості. Більш глибокі зміни у м'язах проявляються у виникненні стійких спастичних станів окремих м'язових пучків (симптом Мюллера). У процесі прогресування захворювання в результаті значних біохімічних змін у м'язах утворюються округлі чи видовжені форми ущільнення або тяжі, що носять назву міогельозів, їх консистенція може нагадувати хрящову і навіть кісткову тканину. Зворотного розвитку цього процесу в них з допомогою масажу досягти не вдається.

Починати обстежувати м'язи необхідно з черевця, потім перейти на місце початку та місце прикріплення. При захворюваннях м'язів саме в ділянці головки та хвоста починається патологічний процес, що проявляє себе у напруженні та болючості цих ділянок. Їх масаж нерідко сприяє збільшенню амплітуди рухів суглобів, функцію яких забезпечують ці м'язи.

При захворюваннях внутрішніх органів необхідно вивчати стан м'язів, розміщених по обидва боки хребта (прихребтові зони), сегментарно зв'язаних з хворим органом. Їх гіпертонус підтверджує діагноз, а зниження тонусу в процесі масажу прискорює нормалізацію функціонального стану хворого органа.

Стан суглобів. Масажу суглобів повинно передувати в'яснення ступеня прояву реактивних явищ: підвищення місцевої температури, болючості при пальпації, набряку навколишніх тканин. При наявності обмеження функції суглоба необхідно визначити об'єм активних та пасивних рухів, вивчити стан м'язів, що забезпечують його функцію.

Стан нервових стовбурів визначається пальпацією, яка проводиться за ходом нервового стовбура або шляхом його розтягування. Крім цього, визначається локалізація болючих точок у ділянці розміщення нерва та у місцях виходу їх на поверхню.

### Проведення процедури масажу

Після знайомства з хворим (скаргами, клінічними проявами захворювання, індивідуальними особливостями, станом покривних тканин та ін.), при відсутності протипоказань для проведення масажу, відповідно до призначення лікаря, масажист визначає ділянку масажу, складає комплекс масажних прийомів, їх послідовність, орієнтовне дозування і тільки після цього приступає до проведення процедури.

**Ділянка масажу.** Залежно від завдань лікувальний масаж може бути загальним та місцевим. Загальний масаж має значний і найрізноманітніший вплив на організм: зміцнює його, сприяє виникненню найбільш ефективних комплексних реакцій органів та систем, мобілізує і розвиває резервні можливості. Місцевий масаж передбачає безпосередній вплив на ділянку ураження, він може використовуватись в ділянці ураження, вище і нижче неї, симетрично, в ділянці проекції внутрішнього органа на поверхню тіла. Виходячи з сегментарної іннервації органів та тканин, найбільш раціонально в процедуру масажу включати: масаж прихребтових та рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з ділянкою ураження, і самої ділянки ураження. При захворюваннях внутрішніх органів у місцевий масаж включають масаж ураженого органа (якщо доступний впливу) і ділянки його проекції на поверхню тіла. Так, при захворюваннях і травмах верхніх кінцівок, крім місцевого впливу, масажу підлягають прихребтові та рефлексогенні зони іннервації  $D_6-D_1$ ,  $C_7-C_3$  спинномозкових сегментів; при захворюваннях і травмах нижніх кінцівок масаж нижніх кінцівок обов'язково доповнюють масажем прихребтових та рефлексогенних зон іннервації  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  спинномозкових сегментів. При захворюваннях шлунка масажу підлягають прихребтові та рефлексогенні зони спинномозкових сегментів  $D_9-D_5$ ,  $C_4-C_3$

(що включає ділянки спини, шиї, бічні та передні ділянки грудної клітки, реброві дуги, ліву підреброву, надчеревну ділянку) і шлунок.

**Методи проведення процедури масажу:** заспокійливий (гальмівний) та збуджуючий (тонізуючий), у східній медицині (Гаваа Лувсан, 1995) виділяють ще гармонізуючий. Вибір методу впливу в першу чергу залежить від функціонального стану соматичної та вегетативної нервової системи, клінічних проявів, основних та супутніх захворювань, їх періоду, гостроти перебігу, стану покривних тканин, індивідуальних особливостей хворого (табл. 8).

Таблиця 8

Ознаки, що впливають на чутливість хворого до масажу

Ознаки	Рекомендовано	
	сильніший вплив	слабший вплив
Стать	Чоловікам	Жінкам
Вік	Дорослим	Дітям, особам старшого віку
Тілобудова, фізична сила	Здоровим, фізично сильним	Астенікам, фізично слабшим
Місце проживання	Сільським жителям	Жителям міста
Професія	Робітникам фізичної праці	Робітникам розумової праці
Характер	Сильним, відкритим, незалежним	Вразливим
Відношення до температури зовнішнього середовища	Схильність до гарячих ванн, легка переносимість спеки	Схильність до прохолодних ванн, погана переносимість спеки
Шкіра	Товста, суха, слабка гіперемія	Еластична, тонка, помірно волога, швидка гіперемія
Характер і форма захворювання	Хронічна хвороба	Гостра форма, початкова стадія, період видужання
Стан хворого	Пониження функцій (атонія, гіпотонія, парези, зниження секреції та ін.)	Підвищення функцій (підвищення тону м'язів, підвищення секреції, підвищення артеріального тиску), больовий синдром. Відсутність функцій (паралічі). При безсонні, виснаженні нервової системи масажувати дуже обережно
Алергічна готовність організму	Не проводиться	Алергічні хвороби
Захворювання, що супроводжуються: а) підвищенням тону симпатико-адреналової системи	Не проводиться	Підвищення тону судин, м'язів, гіпертонія, спастичні коліти, судоми м'язів, збудження нервової системи
б) зниженням тону симпатико-адреналової системи	Гіпотонічні стани, атонія кишечника, зниження тону м'язів, астеничний синдром	Не проводиться

При проведенні процедури масажу метод впливу регулюється, у першу чергу, використанням відповідних прийомів. Так, наприклад, поверхнєве погладжування має заспокійливий вплив, а глибоке погладжування та переривчаста вібрація – збуджуючий (Н.А. Белая, 1974). Для прикладу, наводимо схему впливу поверхневого та глибокого погладжування на окремі системи та органи (табл. 9).

У той же час, метод впливу масажу зумовлюється і технікою виконання одних і тих же прийомів. У першу чергу це стосується прийомів розтирання, розминання, безперервної вібрації. Їх вплив залежить від глибини, швидкості, сили, тривалості, величини поверхні впливу. Л.О. Кунічев указує, що сильні, швидкі, короточасні впливи на невелику поверхню сприяють виникненню значнішого рецепторного потенціалу і надходженню більшого числа імпульсів у центральну нервову систему порівняно зі слабшими, повільнішими, довготривалішими прийомами.

Завдання масажиста полягає у пристосуванні сили подразнення до функціонального стану та реактивності організму пацієнта. Мистецтво масажиста можна порівняти з мистецтвом скульптора з тією лише різницею, що масажист працює з живою тканиною. Мистецтво масажиста – це дар.

Таблиця 9

## Вплив поверхневого та глибокого погладжування (Л.О. Кунічев, 1982)

Вплив	Поверхнєве погладжування	Глибоке погладжування
На нервову систему	Заспокійливо	Збуджуюче
На емоції	Знижує емоційну збудливість	Підвищує емоційну збудливість
На м'язи	Розслаблює	Підвищує тонус
На больовий синдром	Розслаблює	Не знімає або підсилює
На крово- та лімфотік	Помірно пришвидшує	Стимулює
На набряки	Помірно зменшує	Значно зменшує
На рубцеві зміни	Помірно впливає	Пришвидшує розсмоктування рубцевої тканини
На обмінні процеси	Помірно впливає	Поліпшує обмінні процеси, прискорює виведення продуктів обміну

## Процедура масажу

Процедуру та курс масажу умовно поділяють на 3 періоди: підготовчий, основний, заключний. У підготовчий період (1-3 процедури) масажист вивчає особливості масажованої ділянки, пристосовує підбрану методику масажу до хворого, оцінює реакцію організму на процедуру, переносимість окремих прийомів, здійснює загальний, недиференційований вплив на шкіру, м'язи, суглоби, нервові стовбури.

В основний період (4-8 процедури) використовують суворо диференційовану методику масажу з врахуванням клінічних проявів захворювання та індивідуальних особливостей організму. Інтенсивність впливу поступово нарощується.

У заключний період (10-12 процедури) продовжують методику основного періоду, при необхідності навчають хворого самомасажу. Під час останніх процедур дещо зменшують інтенсивність впливу.

Співвідношення окремих частин процедури масажу також залежить від періоду лікування (табл. 10).

Таблиця 10

## Розподіл часу за частинами процедури масажу

Періоди лікування масажем	Періоди процедури, %		
	підготовчий	основний	заклучний
Підготовчий	30	40	30
Основний	10	80	10
Заклучний	20	60	20

Як видно з таблиці, час основної частини поступово наростає, досягаючи найбільшої тривалості в основний період і дещо знижуючись під кінець курсу. На початку кожної процедури прийоми поверхневого погладжування та спокійного розтирання підготовляють хворого до основної частини, під час якої виконується диференційований масаж згідно з поставленими перед масажистом завданнями; у кінці процедури – зменшується інтенсивність впливу. Орієнтовна схема проведення процедури масажу залежно від завдань подається в таблиці 11.

Як видно з таблиці, підготовчий та заключний періоди при обох методах проводяться однаково. Всі завдання вирішуються в основний період процедури масажу. Необхідно пам'ятати, що при збуджуючому (тонізуючому) впливі тканини повинні бути підготовлені до кожного з інтенсивно виконуваних прийомів, відповідно, поверхневим погладжуванням, спокійним розтиранням та спокійним розминанням. Тільки тонізуючий вплив мають прийоми глибокого, переривчастого погладжування, переривчастого розтирання, стругання, переривчастої вібрації.

**Тривалість процедури масажу** залежить від клінічних проявів захворювання, ділянки масажу, індивідуальних особливостей пацієнта. У дітей, осіб старшого віку, ослаблених вона менша, у дорослих – більша. Середня тривалість процедури – 20 хв.

## Схема використання основних прийомів масажу залежно від завдань (основний період курсу лікування)

Період процедури	Основні прийоми	
	заспокійливий вплив	збуджуючий вплив
Вступний (10 % часу)	Погладжування поверхневе Спокійне розтирання	Погладжування поверхневе Спокійне розтирання
Основний (80 % часу)	Розтирання спокійне поверхневе Погладжування поверхневе Розтирання спокійне глибоке Розтирання спокійне глибоке Розминання поверхневе Розминання глибоке спокійне Розминання глибоке спокійне Розминання глибоке спокійне Безперервна вібрація заспокійлива Безперервна вібрація заспокійлива Спокійне глибоке розминання Спокійне розминання поверхневе Спокійне розтирання	Розтирання спокійне поверхневе Погладжування глибоке Розтирання спокійне глибоке Розтирання інтенсивне глибоке Розминання поверхневе Розминання глибоке спокійне Розминання глибоке інтенсивне Переривчаста вібрація Переривчаста вібрація Безперервна вібрація інтенсивна Спокійне глибоке розминання Спокійне розминання поверхневе Спокійне розтирання
Заключний (10 % часу)	Спокійне розтирання Погладжування поверхневе	Спокійне розтирання Погладжування поверхневе

Примітка. Основні ознаки спокійно виконаного прийому: рухи повільні, довготривалі, з поступово змінюваним зусиллям; інтенсивно виконаного прийому: рухи швидкі, короткотривалі, з швидкозмінюваним зусиллям.

**Тривалість курсу масажу** визначається у кожному конкретному випадку індивідуально. Звичайно призначають 10–20 процедур щоденно або через день з перервами на 2-3 місяці. Кількість призначених процедур залежить від характеру та тяжкості захворювання. Курс лікування може бути малим (10-12 процедур), середнім (14-16 процедур), максимальним (16-20 процедур). Малий курс лікування призначається для того, щоб зменшити гостроту перебігу захворювання, прискорити одужання. Середній – призначається найчастіше, його достатньо для лікування переважної більшості захворювань. Максимальний – при хронічних процесах і тяжкому перебігу захворювань. Після максимального курсу лікування рекомендують зробити перерву на три місяці. О. Глезер, А.В. Даліхо (1965) рекомендують проводити масаж до зникнення рефлексорних змін. Вони вказують таке: якщо після зникнення рефлексорних змін зроблено ще 5 процедур масажу, то знову можуть появиться ті ж скарги. Загальний масаж призначають тільки через день, а особам старшого віку – не частіше 2 разів на тиждень.

**Інтервали** між курсами лікування масажем.

При хронічних захворюваннях, які найчастіше загострюються в осінньо-весняний період (це в першу чергу захворювання суглобів, органів дихання, травної системи), краще проводити масаж 2 рази на рік – з профілактичною метою, тобто до виникнення клінічних проявів захворювань. У разі загострення захворювання – за клінічними показаннями.

При остеохондрозі хребта – після впливу провокуючих факторів: переохолодження, тривалого статичного напруження, надмірного фізичного навантаження, не чекаючи виникнення клінічних проявів. У разі загострення неврологічної симптоматики – за клінічними показаннями.

При захворюваннях, загострення яких може провокувати нервово-психічні перевантаження (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, нейроциркуляторна дистонія та ін.), – після впливу цих факторів, краще в поєднанні з помірним фізичним навантаженням.

У хворих на дитячий церебральний параліч, при уроджених захворюваннях опорно-рухового апарату, після порушення мозкового кровообігу – 1 раз у квартал.

**Умови**, що забезпечують правильне виконання масажу.

Перша умова – це повне розслаблення м'язів та сумково-зв'язкового апарату масажованої частини тіла хворого. Найбільш повне розслаблення м'язів настає тоді, коли суглоби кінцівок

будуть зігнуті під відповідним кутом, тобто у фізіологічно вигідному положенні, положенні фізіологічного спокою.

Друга умова – правильне положення хворого під час масажу. При масажі голови, лиця, шиї, верхніх кінцівок хворий може сидіти (якщо дозволяє стан). При масажі кінцівок їм необхідно надати середньфізіологічного положення. Масаж тулуба та нижніх кінцівок краще проводити в положенні хворого лежачи. При масажуванні передньої поверхні нижньої кінцівки валик підкладається під коліно, задньої – під гомілковостопний суглоб. При масажі живота валик підкладається під коліна.

Третя умова – правильне положення масажиста під час масажу. Воно повинно бути зручним, не стомлювати масажиста. При масажі голови, лиця – це положення позаду сидячого хворого. При масажі верхніх кінцівок – сидячи. При масажі хворого, що лежить, масажист стає збоку від нього, може і сидіти.

### **Характер зворотних реакцій організму на масаж**

Структура та характер реакції організму хворого на масаж залежать від:

- функціонального стану вищих відділів центральної нервової системи, співвідношення процесів збудження та гальмування в корі головного мозку;
- функціонального стану вегетативної нервової системи: співвідношення тонуусу її симпатичної та парасимпатичної частин;
- стану рецепторного поля, що підлягає масажу;
- вихідного рівня пацієнта: у спортсменів – передстартовий стан чи стан після інтенсивних тренувань, у хворих – клінічні прояви захворювання; індивідуальних особливостей пацієнта, його чутливості до масажу;
- ділянки, виду і тривалості масажу та використовуваних прийомів;
- особистої майстерності спеціаліста з масажу: рівня теоретичних знань та практичних навичок, уміння пристосувати силу подразнення до функціонального стану пацієнта.

### **Показання та протипоказання до призначення масажу**

**Показання.** Масажувати можна всіх здорових людей, враховуючи їх вік та реактивність нервової системи. Масааж показаний при лікуванні та реабілітації хворих в різні періоди захворювань та травм, його використовують як засіб первинної та вторинної профілактики, підвищення фізичної та розумової працездатності. Масааж призначають в косметичній практиці, з гігієнічною метою, в спортивній медицині.

Масааж повинен бути призначений у випадках, коли необхідно викликати активну гіперемію, покращити лімфо- та кровообіг, обмін у тканинах, досягнути розсмоктування при набряках та випотах, відкоректувати тонус м'язів, відновити функціональний стан м'язів та рухомість у суглобах, прискорити чи сповільнити утворення кісткового мозоля, нормалізувати функціональний стан соматичної (центральної, периферійної) та вегетативної нервової системи.

**Протипоказання.** Є постійні та тимчасові протипоказання для призначення масажу.

**Постійні** протипоказання – це такі стани, при яких масаж хворому не показаний в даний час і не можна буде призначати надалі. До постійних протипоказань відносять:

- тяжкий стан хворого, що супроводжується наростанням серцево-судинної, дихальної, печінкової, ниркової та ін. недостатностей;
- новоутворення, у тому числі доброякісні;
- тромбофлебіти, тромбози судин, варикозне розширення вен з трофічними порушеннями;
- септичний стан;
- захворювання крові, кровоточивість;
- бронхоектатична хвороба в стадії тканинного розпаду;
- сифіліс II-III ступеня та інші гострі венеричні хвороби;
- виражений склероз судин головного мозку зі схильністю до тромбоутворення та кровотеч.



**Тимчасові протипоказання (загальні):**

- загальний тяжкий стан хворого при різних захворюваннях і травмах;
- температура тіла більше 37,5 °С;
- гострий запальний процес, гострі респіраторні вірусні захворювання;
- збільшення та наростання швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ);
- наявність гнійних процесів в організмі;
- гострий період захворювання: порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарда, гіпертонічна криза та ін.;
- активна фаза туберкульозу;
- загострення захворювань кишечника, нудота, блювання;
- стани, що вимагають невідкладного оперативного втручання;
- захворювання лімфатичних судин та вузлів;
- гострі алергічні стани, набряк Квінке;
- виражений больовий синдром;
- кровотеча та небезпека кровотечі;
- захворювання шкіри, нігтів, волосистої частини голови інфекційного, грибкового та невизначеного характеру, різні шкірні висипання, пошкодження, подразнення шкіри;
- захворювання вегетативної нервової системи (гангліоніт, діенцефальний криз);
- психічні захворювання, що утруднюють контакт із хворим;
- період місячних та вагітності у жінок;
- наявність сторонніх тіл біля магістральних судин та нервових сплетень;
- у спортсменів – стан вираженої перевтоми та збудження.

**Раціоналізація праці спеціаліста з масажу**

Процедура масажу – тяжка праця, яка вимагає постійного значного фізичного та психічного напруження. Кожний масажист повинен уміти економно використовувати свої фізичні сили. Цьому сприяє:

1. Дотримання правил гігієни праці.
2. Правильний розподіл роботи протягом дня: на початок призначати процедури, що вимагають більшої затрати сили, чергувати масаж великих ділянок тіла з масажем окремих його частин.
3. Раціональна поза масажиста: якщо стоячи, то ноги на ширині плечей, якщо сидячи, то опиратися на ноги, при нахилі тулуба вперед під час масажу виставляти одну ногу вперед.
4. Вільний, що не обмежує рухи, з короткими рукавами, одяг з натуральної тканини.
5. Зручне взуття без високих підборів.
6. Відповідна висота масажної кушетки, яка повинна відповідати методиці масажу, конституційним особливостям спеціаліста з масажу.
7. Чергування масажу руками з апаратним масажем.
8. Використання законів біомеханіки: залучати до роботи тільки ті м'язи, які необхідні для правильного виконання прийому, використовувати вагу кісткового важеля, максимально використовувати дугові рухи.
9. Циклічність, ритмічність, динамічна стереотипія масажних рухів.
10. Майстерність виконання окремих прийомів, м'якість, плавність, пластичність рухів.
11. Часта зміна груп працюючих м'язів.
12. Робота двома руками одночасно чи поперемінно.
13. Використання, при необхідності, спеціальних присипок та мазей.
14. Активний відпочинок між процедурами масажу. Регулярні заняття фізичними вправами з метою підвищення сили та витривалості.
15. Попередження втоми, бо якщо вона наростає в арифметичній прогресії, то тонкість м'язового відчуття і координація рухів утрачаються в геометричній прогресії.

**Контрольні питання і завдання до розділу****“ПРИЗНАЧЕННЯ МАСАЖУ. ПРОВЕДЕННЯ ПРОЦЕДУРИ МАСАЖУ”***Контрольні питання*

1. Призначення масажу.
2. Підготовка до проведення масажу.
3. Основні критерії визначення ділянки масажу.
4. Методи проведення процедури масажу.
5. Ознаки, що впливають на чутливість хворого до масажу.
6. Процедура масажу, її складові, їх тривалість залежно від періоду лікування масажем.
7. Тривалість процедури масажу, курсу лікування та інтервали між його курсами.
8. Характер зворотних реакцій організму на масаж.
9. Показання та протипоказання до призначення масажу.
10. Раціоналізація праці спеціаліста з масажу.

*Завдання*

1. Складіть алгоритм діяльності спеціаліста з масажу з моменту поступлення хворого на лікування до закінчення роботи з ним.
2. Складіть схему використання основних прийомів у процедурі масажу з метою заспокійливого і збуджуючого впливу на нервову систему; з метою підвищення і пониження тону м'язів.



## Розділ 7

### ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА

Вивчення досвіду роботи реабілітаційних відділень поліклінік, стаціонарів та спеціалізованих відділень лікувальних і профілактичних закладів показало, що процедуру масажу необхідно поєднувати з лікувальною фізкультурою, і краще, коли цю функцію виконує одна особа.

Лікувальна фізична культура (ЛФК) – метод лікування, що використовує засоби фізичної культури з лікувальною, оздоровчою та профілактичною метою.

Основні засоби ЛФК – фізичні вправи, режими рухової активності, лікувальний масаж, природні чинники (опромінювання сонцем, аерація, водні процедури). ЛФК – природно-біологічний метод лікування, в основі якого – рух як форма існування всього живого. Його використання вимагає активної участі хворого в процесі лікування.

ЛФК – метод неспецифічної терапії: фізичні вправи викликають в організмі зміни з боку переважної більшості органів та систем. У той же час, окремі фізичні вправи можуть вибірково впливати на функцію окремих органів та систем. Систематичне використання фізичних вправ впливає на реактивність організму, підвищує його стійкість до негативного впливу факторів зовнішнього середовища.

ЛФК – метод функціональної терапії. Регулярне використання дозованих фізичних навантажень стимулює, тренує, підвищує функціональні можливості як окремих систем, так і всього організму.

ЛФК – метод підтримуючої терапії – використання його в період ремісії захворювання є високоєфективним засобом попередження рецидивів. Використання дозованого фізичного навантаження у людей середнього та похилого віку – ефективний засіб продовження активного довголіття.

#### Завдання лікувальної фізкультури

1. Зберегти та підтримати хворий організм у якнайкращому функціональному стані.
2. Попередити ускладнення, викликані як основним захворюванням, так і ті, що виникають у результаті вимушеної тривалої гіподинамії.
3. Сприяти поліпшенню дії медикаментозних засобів.
4. Залучити хворого до активної участі у процесі одужання.
5. Стимулювати потенційні можливості хворого у боротьбі з захворюванням.
6. Прискорити ліквідацію місцевих анатомічних і функціональних проявів хвороби.
7. Попередити негативний вплив факторів зовнішнього середовища.
8. Якнайшвидше відновити функціональну повноцінність людини.

#### Відмінні особливості лікувальної фізкультури

Систематичне використання фізичних вправ з лікувальною метою набагато підвищує ефективність медикаментозних засобів, скорочує терміни лікування, знижує час перебування хворого в стаціонарі чи на амбулаторному лікуванні, скорочує різницю між клінічним і функціональним видужанням, попереджує рецидиви захворювань.

Лікувальна фізкультура має ряд особливостей, які дають право використовувати її в комплексному лікуванні, іноді як основний метод, а нерідко – як єдиний метод лікування.

До них відносять: природність (основний засіб – фізичні вправи, рух), загальнодоступність, безкоштовність, – універсальність впливу (загальноозміцнювальний та місцевий вплив); даний метод підвищує реактивність організму, потенціює дію лікарських засобів; не має побічної дії, травматичного впливу (при правильно підібраних засобах лікувальної фізкультури та режимі рухової активності), непереносимості, не викликає алергічних реакцій; легко дозується та

вивчається реакція на навантаження; мало протипоказань, довготривалість використання з позитивним ефектом; є засобом профілактики рецидивів захворювання та негативного впливу факторів зовнішнього середовища; залучає хворого до активної участі в процесі одужання, має позитивний емоційний вплив.

### Загальні показання та протипоказання для призначення лікувальної фізкультури

Показання для призначення лікувальної фізкультури надзвичайно широкі. Постійних протипоказань для лікувальної фізкультури мало, найчастіше вони носять тимчасовий характер.

До постійних протипоказань належать стани та стадії захворювання, при яких недопустима активація як загальних, так і місцевих фізіологічних процесів. У першу чергу це тяжкі незворотні прогресуючі захворювання (наростання серцево-судинної, дихальної, печінкової та ін. недостатностей), злоякісні захворювання, захворювання крові, тяжкі психічні захворювання та ін.

До тимчасових загальних протипоказань відносять тяжкий стан хворого, гострі запальні процеси, що супроводжуються підвищенням температури вище субфебрильних цифр, прогресуючим збільшенням ШОЕ, лейкоцитозу та інших показників додаткових методів обстеження; гострий період захворювань, що не супроводжуються запальними процесами (інсульт, інфаркт міокарда, гіпертонічна хвороба та ін.); виражений больовий синдром незалежно від локалізації; кровотечу, загрозу кровотечі, кровохаркання; наявність сторонніх тіл біля кровоносних судин та нервових сплетень, психічні стани, які утруднюють контакт з хворим.

### Засоби лікувальної фізкультури

До основних засобів лікувальної фізкультури відносять в першу чергу фізичні вправи, режими рухової активності, прийоми масажу, вихідні положення, природні чинники (сонце, повітря, вода) (табл. 12).

Таблиця 12

Засоби лікувальної фізкультури

Фізичні вправи	Вихідні положення	Режим рухової активності	Загартувуючі процедури	Прийоми масажу
Гімнастичні Спортивно-прикладні Ігрові Трудові	Лежачи Стоячи Сидячи Рачки	1. Стационарний: а) ліжковий: – суворий; – розширений; б) напівліжковий; в) вільний 2. Післястационарний: а) щадний; б) щадно-тренуючий; в) тренуючий	Фізичні чинники: 1. Природні (повітря, вода, сонце) 2. Преформовані	Погладжування Розтирання Розминання Вібрація

Фізичні вправи – це організована форма руху. Розрізняють гімнастичні, спортивно-прикладні, ігрові, трудові фізичні вправи (табл. 13). Найширше в лікувальній фізкультурі використовуються гімнастичні вправи.

Гімнастичні вправи поділяють на загальнозміцнювальні та спеціальні. Загальнозміцнювальні вправи спрямовані на оздоровлення всього організму. Спеціальні вправи впливають на окремі органи, системи, м'язові групи, суглоби та ін. Одні й ті ж вправи можуть бути як загальнозміцнювальними, так і спеціальними. Так, колові рухи в плечовому суглобі можуть використовуватися як з метою зміцнення м'язів плечового пояса, так і для збільшення амплітуди рухів при їх обмеженні. Дихальні вправи можуть використовуватися як засіб зменшення навантаження в перервах між іншими вправами і для поліпшення функції дихальної системи при її захворюваннях.

## Класифікація фізичних вправ

Гімнастичні	Спортивно-прикладні	Ігрові	Трудові
За анатомічним принципом: – для м'язів шиї, кінцівок; – для верхніх, нижніх кінцівок; – для шийного відділу хребта і т. д. Відносно навантаження: – з додатковим навантаженням; – у розслабленні; – ізотонічні; – ізометричні; – уявні За використання предметів і снарядів : – без предметів; – з предметами; – на снарядах; – біля снарядів; За впливом: – загальнозміцнювальні; – спеціальні За активністю: – активні; – пасивні За характером: – дихальні; – на координацію, увагу; – на рівновагу; – на розслаблення; – ритмопластичні, коригуючі та ін.	Ходьба: – звичайна; – дозована; – теренкур Біг: – швидкий; – повільний; – підтюпцем Плавання: – в басейні; – у відкритих водоймах Веслування: – на водоймах; – на тренажерах Їзда на велосипеді: – на відкритій місцевості; – на велотренажерах Катання: – на лижах; – на ковзанах Прогулянки Екскурсії Туризм Метання	Ігри: – на місці; – настільні ігри; – розважальні ігри Малорухомі Рухомі: – спортивні; – розважальні	Побутові Загально-зміцнювальні Розважальні Відновні Професійні

За анатомічним принципом гімнастичні вправи поділяють на:

а) вправи для впливу на певну систему (серцево-судинну, дихальну системи, опорно-руховий апарат та ін.);

б) вправи для окремих ділянок тіла (верхніх, нижніх кінцівок, живота та ін.);

в) вправи для м'язових груп (дрібних, середніх, великих).

За характером м'язового скорочення гімнастичні вправи бувають динамічні (ізотонічні) та статичні (ізометричні), а також уявні (ідеомоторні). Найбільш поширеними є динамічні вправи, коли м'язи працюють в ізотонічному режимі, тобто здійснюються рухи в суглобах. За ступенем активності динамічні вправи бувають активні та пасивні; у разі, коли хворий виконує їх сам, без сторонньої допомоги, – вправи носять назву активних. Активні вправи можуть виконуватися в полегшених умовах (ковзкі поверхні, ролики, вправи у воді та ін.) та з обтяженням (опір інструктора при виконанні рухів хворим, гантелі, блоки з тягарем та ін.).

Пасивні вправи найчастіше використовуються у тих випадках, коли хворий не може самостійно виконувати їх у повному об'ємі. Вони виконуються з допомогою інструктора без вольового зусилля або з ним.

Масажист, використовуючи окремі види активних та пасивних рухів, повинен знати об'єм рухомості суглобів та м'язи, що забезпечують ці рухи (табл. 14-16, рис. 262, 263). Так, у плечовому суглобі можливий такий об'єм рухів: згинання – рух плеча вперед – 90°, розгинання – рух плеча назад – 60°, відведення – рух плеча вбік – 72°, обертання плеча назовні – 50°, досередини – 90°. Згинання та відведення плеча більше вказаної амплітуди відбувається за рахунок плечового поясу. Щоб підняти руку вгору, необхідно відвести плече на 90°, повернути

долоню назовні. У ліктьовому суглобі згинання можливе до кута 30-40°, а розгинання – до кута 180°; супінація – 60°, пронація – 80°. У променево-зап'ястковому суглобі можливе згинання кисті до кута 110-115°, розгинання – до кута 130-140°; відведення – до кута 155-160°, приведення – до кута 140-150°.

У п'ястково-фалангових суглобах кисті можливе згинання до кута 90°, розгинання – до кута 180°. У міжплеснових суглобах кисті відбувається згинання і розгинання з амплітудою 100-110°.

Рухомість кульшового суглоба можлива у наступних межах: амплітуда згинання та розгинання стегна – 120°: згинання – на 105°, розгинання – на 15°, відведення від середньої лінії виконують до кута 120°.

В колінному суглобі згинання відбувається до кута 30-40°, розгинання – до кута 180°. При зігнутій в коліному суглобі під прямим кутом нозі можливе обертання ноги до середини на 10°, назовні – на 30°.

У гомілковостопному суглобі можливе згинання підшовове до кута 165°, розгинання тильне – до кута 100°. Згинання та розгинання в плесно-фалангових суглобах доходить до 85°.

Хребтовий стовп може здійснювати рухи: згинання вперед – на 160°, розгинання назад – на 45°, нахили тулуба вправо та вліво можливі з загальною амплітудою до 165°, повороти вправо та вліво – до 120° разом.

Таблиця 14

## Вихідне положення для вимірювання кута руху в суглобі та об'єм рухів у суглобах

Суглоб	Вісь	Напрямок руху	Вихідне положення	Об'єм руху (в градусах)
Плечовий	Сагітальна	Відведення	Стоячи, сидячи	180
		Приведення	---	0
	Фронтальна	Згинання	---	180
		Розгинання	---	45
Ліктьовий	Фронтальна	Згинання	---	145
		Розгинання	---	0
Променево-зап'ястковий суглоб	Фронтальна	Згинання	Сидячи, рука на столі	90
	Сагітальна	Розгинання	---	80
		Приведення	---	45
		Відведення	---	30
Кульшовий	Фронтальна	Згинання	Лежачи	60
		Стоячи		
	Сагітальна	Розгинання	Лежачи	15
		Приведення	Лежачи	0
		Відведення	Лежачи	45
		Вертикальна	Пронація	Лежачи
Супінація	---	45		
Колінний	Фронтальна	Згинання	Сидячи на кушетці, стоячи	130
		Розгинання	Стоячи	0
Гомілково-стопний	Фронтальна	Згинання (підшовове)	Сидячи на кушетці, стоячи	45
		Розгинання (тильне)	---	20
Шийний відділ хребта	Фронтальна	Згинання	Сидячи, руки на поясі	60
		Розгинання	---	70
	Вертикальна	Ротація вліво	---	75
		Ротація вправо	---	75
	Сагітальна	Відведення вліво	---	45
		Відведення вправо	---	45
Поперековий та грудний відділи хребта	Сагітальна	Відведення (нахил):		
		– вліво	Стоячи	50
		– вправо	---	50

Таблиця 15

## Правила накладання кутоміра при вимірюванні амплітуди об'єму рухів у суглобах

Рухи в суглобах	Положення осі обертання кутоміра (на рисунках точка <i>a</i> )	Положення бранш кутоміра	
		Перша бранша (на рисунках лінія <i>a-б</i> )	Друга бранша (на рисунках лінія <i>a-в</i> )
Згинання, розгинання, відведення в плечовому суглобі (див. рис. 314 а, б, в, г)	Головка плечової кістки	Акроміон – вища точка плечової кістки	Акроміон – вінецький відросток плечової кістки
Згинання і розгинання в ліктьовому суглобі (див. рис. 314 д, е)	Вінецький відросток плечової кістки	Вінецький відросток – акроміон	Вінецький відросток – шилоподібний відросток променевої кістки
Відведення і приведення в променево-зап'ястковому суглобі (див. рис. 314 з)	Між дистальними кінцями кісток передпліччя	Посередині між ліктьовою та променевою кістками	Посередині між 3 і 4 пальцями
Згинання та розгинання в променево-зап'ястковому суглобі (див. рис. 314 ж)	Шилоподібний відросток ліктьової кістки	По зовнішньому краю ліктьової кістки	По зовнішньому краю п'ясткової кістки
Згинання та розгинання в кульшовому суглобі (див. рис. 315 а, б)	Великий вертлюг	Великий вертлюг – середина пахвової впадини	Великий вертлюг – латеральний виросток стегна
Згинання і розгинання в колінному суглобі (див. рис. 315 в, г)	Бічний виросток стегнової кістки	Бічний виросток стегнової кістки – великий вертлюг	Латеральний виросток стегнової кістки – бічна кісточка маломілкової кістки
Згинання та розгинання в гомілковостопному суглобі (див. рис. 315 д, е)	Присередня кісточка	Присередня кісточка великогомілкової кістки – присередній виросток стегнової кістки	Присередня кісточка – середина плеснофалангового суглоба

Таблиця 16

## Обсяг рухів у суглобах кінцівок і хребта та м'язи, що їх виконують

Назва руху	Назви м'язів
1	2
<i>Плечовий суглоб</i>	
Відведення	Дельтоподібний, надостьовий, довга головка двоголового м'яза плеча
Приведення	Великий круглий, найширший м'яз спини, надостьовий, великий і малий грудні, підлопатковий, коротка головка двоголового м'яза плеча
Згинання	Ключична частина дельтоподібного, великий грудний, дзьобо-плечовий
Розгинання	Остьова частина дельтоподібного, найширший м'яз спини, підостьовий, великий і малий грудні, триголовий м'яз плеча, великий круглий, довга головка триголового м'яза плеча
Пронація плеча	Підлопатковий, великий грудний, ключична частина дельтоподібного, найширший м'яз спини, великий круглий, дзьобо-плечовий
Супінація плеча	Підостьовий, малий круглий, остьова частина дельтоподібного
<i>Ліктьовий суглоб</i>	
Згинання	Двоголовий м'яз плеча, плечовий, плечо-променевий, круглий м'яз-привертач, довгий променевий м'яз – розгинач зап'ястка
Розгинання	Триголовий м'яз плеча, ліктьовий
Пронація передпліччя	Круглий м'яз-привертач, квадратний м'яз-привертач, плечо-променевий
Супінація передпліччя	Двоголовий м'яз плеча, м'яз-відвертач, плечо-променевий
<i>Променево-зап'ястковий суглоб</i>	
Згинання (долонне)	Променевий м'яз - згинач зап'ястка, ліктьовий м'яз-згинач зап'ястка, довгий долонний м'яз, поверхневий згинач пальців
Розгинання (тильне згинання)	Довгий променевий м'яз – розгинач зап'ястка, короткий променевий м'яз – розгинач зап'ястка, ліктьовий м'яз – розгинач зап'ястка, м'яз – розгинач пальців, м'яз – розгинач мізинця, довгий розгинач великого пальця

1	2
Приведення	Ліктьовий м'яз – згинач зап'ястка, ліктьовий м'яз – розгинач зап'ястка
Відведення	Короткий променевий м'яз – розгинач зап'ястка, довгий м'яз, що відводить великий палець
Пронація кисті	Променевий м'яз – згинач зап'ястка, квадратний м'яз – привертач
Супінація кисті	Плецо-променевий м'яз, довгий променевий м'яз – розгинач зап'ястка
<i>Культшовий суглоб</i>	
Згинання	Клубово-поперековий, кравецький, натягувач широкої фасції стегна, гребінний, довгий і короткий привідні, чотириголовий м'яз стегна
Розгинання	Великий сідничний, двоголовий м'яз стегна, півсухожилковий, півперетинчастий, великий привідний, внутрішній затульний м'яз
Відведення	Середній і малий сідничні, грушоподібний, внутрішній затульний, натягувач широкої фасції стегна
Приведення	Гребінний, великий, довгий, короткий привідні, стрункий
Супінація стегна	Клубово-поперековий, кравецький, квадратний м'яз стегна, великий сідничний, внутрішній і зовнішній затульні, грушоподібний, гребінний, близнуковий, великий привідний, середній і малий сідничні (задні пучки)
Пронація стегна	М'яз – натягувач широкої фасції, середній і малий сідничні (передні пучки), півсухожилковий, півперетинчастий, тонкий
<i>Колінний суглоб</i>	
Згинання	Двоголовий м'яз стегна, півсухожилковий, півперетинчастий, кравецький, тонкий, підколінний, триголовий м'яз литки
Розгинання	Чотириголовий м'яз стегна
Пронація гомілки	Півсухожилковий, півперетинчастий, кравецький, тонкий, підколінний, нижній, присередня головка литкового м'яза
Супінація гомілки	Двоголовий м'яз стегна, бічна головка литкового м'яза
<i>Гомілковостопний (над'яtkово-гомілковий) суглоб</i>	
Згинання (підшовве)	Триголовий м'яз литки, задній великогомілковий, довгий м'яз – згинач пальців, довгий м'яз – згинач великого пальця, довгий і короткий малоогомілкові м'язи, камбалоподібний
Розгинання (тильне згинання)	Передній великогомілковий, довгий м'яз – розгинач пальців, довгий м'яз – розгинач великого пальця
Приведення	Підколінний м'яз
Відведення	Короткий і довгий малоогомілкові, передній великогомілковий
Супінація стопи	Передній великогомілковий, довгий м'яз – розгинач великого пальця, довгий згинач пальців, задній великогомілковий
Пронація стопи	Короткий і довгий малоогомілкові, довгий м'яз – розгинач пальців, довгий м'яз – згинач великого пальця
Рухи в пальцях стопи	М'язи стопи і м'язи, що переходять з гомілки на стопу
<i>Шийний відділ хребта</i>	
Розгинання	При двосторонньому скороченні груднинно-ключично-соскоподібних м'язів, між-остьових, півостьових, остьових м'язів голови та шиї, трапецієподібного м'яза, задніх великих і малих прямих м'язів голови (при фіксованому тулубі), м'язів – підіймачів лопатки (при фіксованих лопатках), ремінних м'язів шиї, м'язів – випрямлячів хребта
Згинання	При двосторонньому скороченні передніх, середніх, задніх драбинчастих м'язів, найдовших м'язів голови та шиї, передніх прямих м'язів голови
Нахили	При односторонньому скороченні переднього драбинчастого, бічного прямого м'яза голови, верхніх пучків м'яза – випрямляча хребта, трапецієподібного, груднинно-ключично-соскоподібного м'язів, м'яза – підіймача лопатки (при фіксованій лопатці), довгого м'яза шиї, задніх, передніх міжпоперечних м'язів шиї (нахил відбувається в бік скороченого м'яза)
Ротаційні рухи (повороти голови)	Ремінні м'язи голови та шиї, задній великий і малий прями м'язи голови, верхній та нижній косі м'язи голови, м'язи – обертачі шиї (при односторонньому скороченні повертають голову в свій бік)



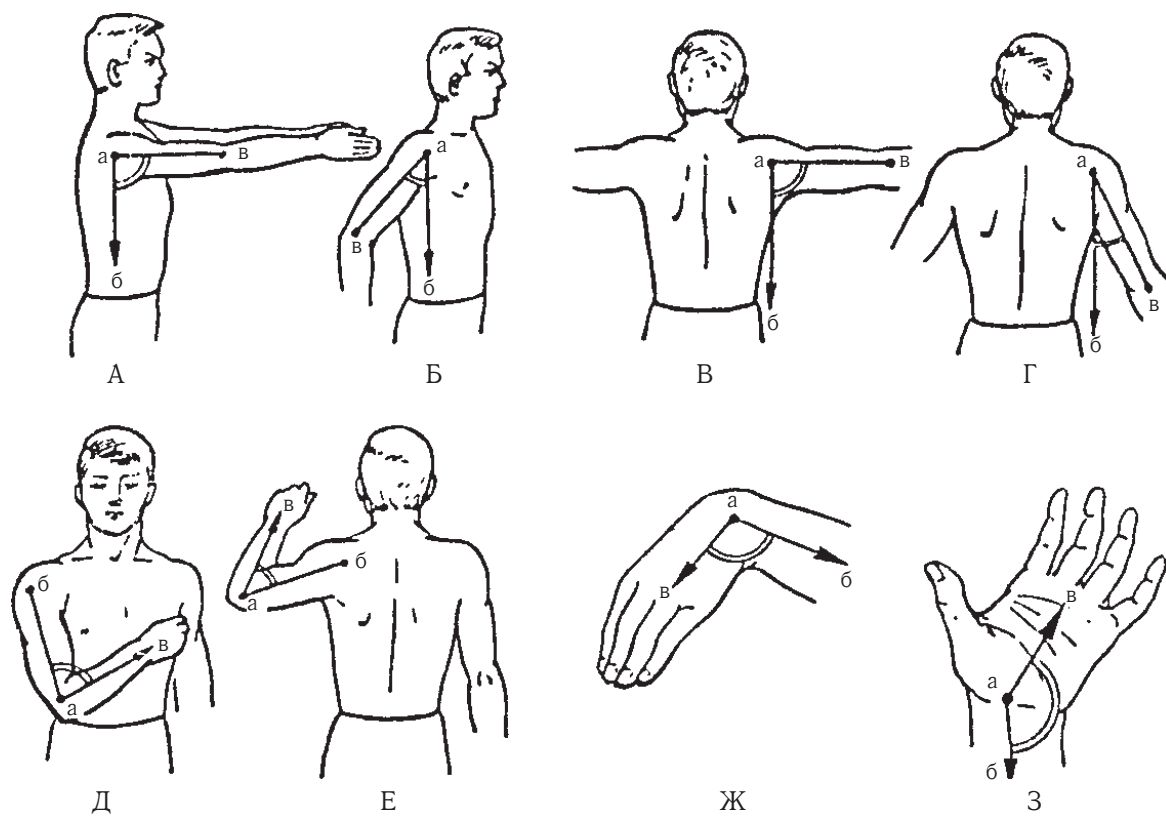


Рис. 262. Накладання кутоміра при вимірюванні рухомості в суглобах верхньої кінцівки.

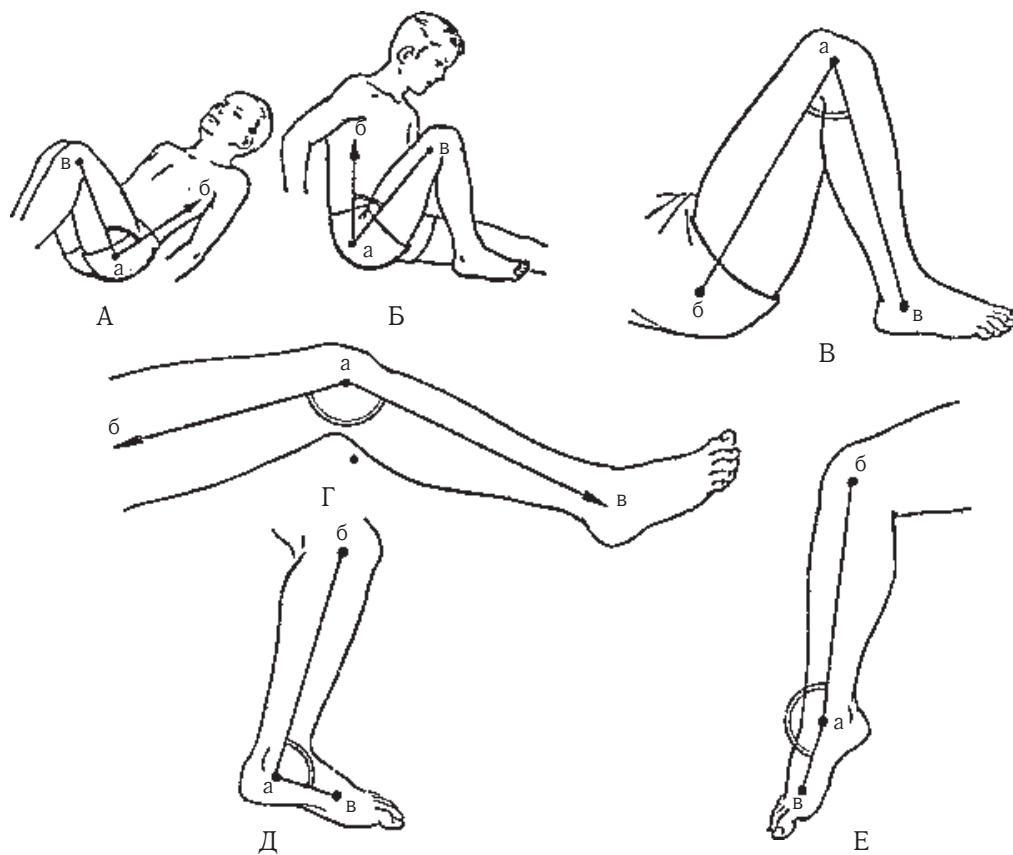


Рис. 263. Накладання кутоміра при вимірюванні рухомості в суглобах нижньої кінцівки.



За складністю виконання гімнастичні вправи бувають прості та складні. Прості вправи найчастіше виконуються в одному суглобі навколо однієї осі (відведення, приведення плеча, згинання в колінному суглобі). Складні вправи передбачають участь в рухах декількох суглобів та рухи в декількох осях (нахили тулуба вбік з коловими рухами руками перед тулубом, вправи на координацію рухів, на рівновагу).

Скорочення м'язів, при яких вони розвивають напруження, але не змінюють своєї довжини і рухів у суглобах не відбувається, називаються ізометричними. Наприклад, утримання руки, відведеної до кута  $90^\circ$ , утримання у піднятих вперед руках гантелей, напруження м'язів кінцівки, що знаходяться під гіпсовою пов'язкою, та ін. Ізометричні напруження м'язів можуть бути ритмічними (періодичні напруження та розслаблення м'язів з певною кількістю скорочень за хвилину) та статичні (напруження м'язів протягом 2-3 і більше секунд). Статичні ізометричні напруження в іммобілізаційний період при травмах кінцівок призначають з 3-5 дня тривалістю 2-3 с з поступовим збільшенням до 5-7 с.

Уявні (ідеомоторні) вправи полягають в уявлянні хворим, що він виконує рухи в іммобілізованому суглобі, в посиленні імпульсів для скорочення м'язів. Електроміографічні дослідження показали, що при посиленні імпульсів у досліджуваних м'язах підвищується їх біоелектрична активність у стані спокою. Це має важливе значення для хворих з травмами кінцівок у період іммобілізації, бо дає можливість підтримати функціональний стан периферійних мотонейронів, попередити (разом з ізометричними вправами) функціональну моторну денервацію. Функціональна моторна денервація – це порушення функціонального стану мотонейронів спинного мозку, що виникає в результаті зменшення аферентної імпульсації від м'язів іммобілізованої кінцівки.

За призначенням вправи розподіляють на дихальні, корегуючі, на розслаблення, на розтягування м'язів, на координацію рухів, рефлекторні, вправи на рівновагу та ін. Найчастіше з них використовуються дихальні вправи.

Дихальні вправи бувають динамічні та статичні. Прийнято вважати, що статичні дихальні вправи виконуються лише при участі дихальної мускулатури (діафрагма, міжреброві м'язи). Динамічні дихальні вправи поєднуються з рухами кінцівок, плечового пояса, тулуба. Статичне дихання розрізняють за типом дихання. Воно буває грудне, черевне та змішане (повне). При повному типі дихання в процесі вдиху та видиху беруть участь всі дихальні м'язи (діафрагма, міжреброві м'язи, м'язи передньої черевної стінки). Грудний тип дихання виключає участь передньої черевної стінки та діафрагми в акті дихання. При діафрагмальному типі дихання акцентується увага на рухи діафрагми та м'язів передньої черевної стінки. Діафрагма – найсильніший дихальний м'яз для вдиху, м'язи передньої черевної стінки – для видиху. При діафрагмальному типі дихання передня черевна стінка повинна дещо випнутися при вдиху (при цьому діафрагма сплющується, натискаючи на внутрішні органи), а при видиху живіт втягується (при цьому скорочуються м'язи передньої черевної стінки і діафрагма набуває знову куполоподібної форми). Діафрагмального типу дихання краще вчитися в положенні лежачи на спині, зігнувши ноги.

Ряд авторів заперечує допустимість використання діафрагмального типу дихання (система дихання за К.П. Бутейком, І.Н. Стрельниковою та ін.). У той же час, Б.С. Толкачов та інші автори будують свою систему дихальної гімнастики на діафрагмальному типі дихання.

Виділяють загальні та спеціальні дихальні вправи. Завданням загальних дихальних вправ є поліпшення легеневої вентиляції, зміцнення дихальних м'язів. Спеціальні дихальні вправи сприяють: 1) швидшому розсмоктуванню запальних інфільтратів; 2) попередженню розвитку ускладнень (плевральних злук, ателектазів, гіпостатичних пневмоній); 3) поліпшенню прохідності бронхіального дерева, виділенню слизу та харкотиння; 4) відновленню нервово-регуляторних механізмів управління вегетативними функціями організму.

Зовнішнє дихання є фізіологічною реакцією організму, якою можна керувати завдяки вольовим зусиллям: людина може за своїм бажанням чи за вказівкою методиста затримати дихання, дихати поверхнево, глибоко, часто чи сповільнено. Вольове керування диханням використовується у дихальних вправах індійських йогів, у системі Чжун Юань цигун та інших оздоровчих системах. Цей принцип застосовано у методах вольової ліквідації глибокого дихання К.П. Бутейка.

З лікувальною метою використовують дренажні вправи (динамічні та статичні), з використанням опору (натискування на окремі ділянки грудної клітки, використання надувних іграшок, простих чи гофрованих трубок, занурених у воду), звукову гімнастику (промовляння букв та звуків під час видиху).

Дихальні вправи повинні використовуватися диференційовано, з урахуванням нозологічних форм захворювання та періодів їх перебігу. Особливу увагу треба звертати на те, що спеціальні дихальні вправи з подовженим вдихом та затримкою дихання на вдиху переважно збуджують рецептори симпатичної частини вегетативної нервової системи. Навпаки, дихальні вправи зі збільшенням тривалості фази видиху і затримкою дихання на видиху діють переважно на рецептори парасимпатичної ланки вегетативної нервової системи. При захворюваннях органів дихання, травлення та серцево-судинної системи (бронхіальна астма, хронічний бронхіт з астматичним компонентом, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки з гіпермоторною дискінезією, нейроциркуляторна дистонія за гіпотонічним типом), де в період загострення підвищується тонус парасимпатичної частини вегетативної нервової системи, показані дихальні вправи, спрямовані на збільшення тривалості вдиху і затримку дихання на вдиху (крім бронхоспазму, де показане поверхнєве дихання з оптимальною паузою на видиху).

Виявлення на ранніх етапах дискоординації в діяльності симпатичної та парасимпатичної частин вегетативної нервової системи дає змогу запобігти розвитку патологічного процесу шляхом специфічного і диференційованого призначення спеціальних дихальних вправ, а саме: в разі переважання функцій симпатичної частини показані дихальні вправи з оптимальною затримкою дихання на видиху, а при переважанні функцій парасимпатичної частини – на вдиху. Після досягнення координації функцій між симпатичною та парасимпатичною частинами показані такі дихальні вправи: вдих – затримка дихання на вдиху, видих – затримка дихання на видиху (В.В. Клапчук та співавтори, 1995).

Дренажні вправи сприяють прискоренню відходження харкотиння. Положення залежить від локалізації патологічного процесу. При верхівковій локалізації – стоячи або з незначним нахилом тулуба вбік-уперед, при нижньочастковій – з піднятим тазовим та опущеним головним кінцем, в середній частці правої чи в язичку лівої легені – на здоровому боці (рис. 169). Дренаж поліпшується при виконанні у цей час прийомів переривчастої і безперервної вібрації та стискання грудної клітки під час видиху.

### Форми застосування лікувальної фізкультури

Форми проведення процедури ЛФК (табл. 17) пов'язані з методом проведення занять. Розрізняють гімнастичний, спортивно-прикладний та ігровий методи.

Гімнастичний метод переважає у ранковій гігієнічній гімнастиці, лікувальній гімнастиці, гімнастиці у воді. Спортивно-прикладний метод використовують у прогулянках, дозований ходьбі по рівній місцевості та теренкурі (дозоване сходження з кутом підйомів до 15°), ближньому туризмі. Біг підтюпцем як самостійну форму ЛФК застосовують у хворих, які пройшли підготовку з ходьби та у яких за станом здоров'я немає протипоказань. Тривалість бігу – 10-15 хв. Дозоване плавання використовують інтервальним методом стилем “брас” чи вільним стилем у визначеному темпі.

Ігри бувають: малорухомі, рухомі та спортивні. Для них характерна висока емоційність. Особливою формою ігор є танці як організована, спеціально складена форма ігор. Танці високо-емоційні, дають можливість залучати до фізичних навантажень дітей молодшого віку.

В ЛФК широко використовуються тренажери велосипедного та човникового типів. Їх звичайно використовують не більше 30 хв під обов'язковим контролем дозування навантаження.

Таблиця 17

## Форми проведення процедури лікувальної фізкультури

Форми ЛФК	Доступність		Вибірковість дії	Легкість дозування	Емоційність	Природність
	за станом здоров'я	за обладнанням				
Ранкова гігієнічна гімнастика	++	++	++	++	++	++
Лікувальна гімнастика	++	++	++	++	--	--
Індивідуальні завдання для самостійних занять	++	++	++	+–	--	+–
Піші прогулянки	--	++	--	--	++	++
Теренкур	--	+–	--	--	++	++
Ігровий урок	+–	+–	--	--	++	++
Елементи спортивних вправ	--	+–	--	+–	++	++
Біг	+–	++	--	+–	++	++
Заняття на тренажерах	+–	+–	+–	+–	++	++

## Режими рухової активності

Режими рухової активності розроблені для умов стаціонарного, санаторного, амбулаторно-поліклінічного лікування (табл. 18).

Таблиця 18

## Режими рухової активності та їх характеристика

Режим	Вихідне положення	Кількість вправ	Кількість повторень	Темп	Амплітуда	М'язові групи	Приріст пульсу
Ліжковий	Лежачи	8	4-6	Повільний	Обмежена	Дрібні	+8
Напівліжковий	Сидячи	16	6	Середній	Середня	Середні	+16
Вільний	Стоячи	24	8	Середній і швидкий	Повна	Всі	+24
Тренуючий	Стоячи	>24	8	Середній і швидкий	Повна	Всі	180 – вік

У стаціонарах призначають суворий ліжковий, розширений ліжковий, напівліжковий (палатний) і вільний (загальнолікарняний) режим. У санаторіях і під час амбулаторно-поліклінічного лікування хворих використовують шадний, шаднотренуючий, а останнім часом – також інтенсивнотренуючий режим.

У разі призначення суворого ліжкового режиму хворому забороняється самостійний перехід у положення сидячи. Туалет і харчування здійснюються за допомогою персоналу, ЛФК, як правило, не призначають. Після призначення розширеного ліжкового режиму допускається перехід у положення сидячи, потім стоячи, ходьба біля ліжка з допомогою персоналу. Із форм ЛФК застосовують лікувальну гімнастику, можна призначити масаж (за показаннями).

При напівліжковому режимі хворий може ходити в межах палати та відділення. Перебування в ліжку – 50 % денного часу. Із форм ЛФК призначають ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, самостійні заняття.

На вільному режимі дозволяється помірна рухова активність, яка можлива в умовах стаціонару. Із форм ЛФК використовують лікувальну гімнастику, ранкову гігієнічну гімнастику, дозовану ходьбу, підйом по сходах, заняття на тренажерах.

У разі призначення щадного режиму фізичне навантаження може досягати 30 % аеробних можливостей, щаднотренуючого – 40 %, тренуючого – 60 %, інтенсивнотренуючого – 75 % аеробних можливостей. Допустима частота серцевих скорочень залежить від статі, віку, клінічних проявів захворювання, режиму рухової активності і не повинна перевищувати відповідно 104-107, 111-112, 131-148, 145-167 за 1 хв.

### Основні правила використання лікувальної фізкультури

1. Фізичне навантаження повинно відповідати індивідуальним особливостям хворого:
  - нозологічній формі захворювання, його періоду, тяжкості перебігу;
  - наявності супутніх захворювань та ускладнень;
  - віку, статі, рівню функціональних можливостей, психо-емоціональним особливостям хворого.
2. Фізичні вправи необхідно підбирати з урахуванням як самого захворювання, так і індивідуальних особливостей хворого.
3. Заняття фізичними вправами повинні бути регулярними, довготривалими.
4. У процесі занять фізичне навантаження повинно поступово наростати як в межах одного заняття, так і під час усього курсу лікування.
5. У комплекс вправ необхідно включати як загальнозміцнювальні, так і спеціальні вправи.
6. Необхідно постійно вести облік реакції організму на заняття лікувальною фізкультурою: як на одну процедуру, так і на курс лікування.
7. Масаж у поєднанні з лікувальною фізкультурою сприяє підвищенню ефективності лікування. Послідовність їх використання залежить від особливостей перебігу захворювання. Але найчастіше масаж використовується перед лікувальною фізкультурою (захворювання суглобів, гіпертонічна хвороба, захворювання органів дихання, порушення постави та ін.). Н.А. Белая (1974) вважає, що у хворих на шийно-грудний та попереково-крижовий радикуліт з вираженим больовим синдромом лікувальна гімнастика повинна проводитись перед масажем, а в процесі стихання больового синдрому їх послідовність не має значення.

### Контрольні питання і завдання до розділу “ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА”

#### Контрольні питання

1. Завдання лікувальної фізичної культури.
2. Відмінні особливості лікувальної фізичної культури.
3. Загальні показання та протипоказання до призначення лікувальної фізичної культури.
4. Основні засоби лікувальної фізичної культури.
5. Класифікація фізичних вправ.
6. Класифікація гімнастичних вправ.
7. Об'єм рухів у суглобах. Техніка вимірювання об'єму рухів у суглобах.
8. Дихальні вправи.
9. Форми застосування лікувальної фізкультури.
10. Режими рухової активності в лікувальній фізкультурі.
11. Основні правила використання лікувальної фізкультури.

#### Завдання

1. Згадайте м'язи, які забезпечують функцію суглобів верхніх та нижніх кінцівок, їх іннервацію, місця початку та прикріплення.
2. Згадайте основні та допоміжні дихальні м'язи, місця їх початку та прикріплення. Умови, при яких м'язи виконують функцію допоміжних дихальних м'язів
3. Потренуйтеся у виконанні грудного та черевного типів дихання, затримки дихання після вдиху і видиху та порахуйте частоту серцевих скорочень при цьому.

## Розділ 8

### ПОЄДНАННЯ МАСАЖУ З ІНШИМИ МЕТОДАМИ ЛІКУВАННЯ

У процесі реабілітації важливе значення має правильне поєднання різних засобів фізичної реабілітації. Вони повинні доповнювати, підсилювати, продовжувати дію один одного. Важливу роль в цьому процесі відіграє послідовність призначення масажу, фізіотерапевтичних процедур, лікувальної фізичної культури. Метод поєднання фізичних факторів залежить від клінічного діагнозу, гостроти, періоду захворювання, індивідуальних особливостей хворого та фізіологічної дії, глибини, тривалості, інтенсивності впливу різних факторів, їх сумісності.

Останнім часом все частіше при проведенні процедури масажу застосовують музикотерапію, ароматерапію та інші засоби позитивного впливу на психічний стан хворого.

#### Поєднання масажу з фізіотерапевтичними процедурами

**Масаж і теплолікування.** З метою передачі тепла організму шляхом контактного прикладання теплової енергії використовують лікувальну грязь, озокерит, парафін, глину, пісок. Для лікування функціональних порушень з боку опорно-рухового апарату (тугорухомості в суглобах, рубцевих контрактур, сповільнення утворення кісткової мозолі, м'язових атрофій, невритів, невралгій) спочатку призначають теплові процедури, після невеликої перерви – масаж прогрітих ділянок. При судинних розладах (набряк тканин, лімфостаз, після перелому кісток кінцівок) спочатку призначають масаж, потім – теплові процедури.

**Масаж і світлолікування.** Світлолікування – метод фізіотерапії, який використовує вплив на організм хворого видимого світла, інфрачервоного, лазерного опромінювання. При його застосуванні дотримуються тих же рекомендацій, що і при теплолікуванні.

**Масаж і електролікування.** В електролікуванні використовують постійний, імпульсний, перемінний струми високої, ультрависокої, надвисокої частоти, магнітні поля. Високочастотну електростимуляцію (індуктотермію, мікрохвильову терапію, УВЧ-терапію) призначають в різні дні з масажем. Для кращого проникнення ліків масаж призначають перед фонофорезом та електрофорезом лікарських препаратів. Призначається масаж і перед використанням діадинамічних струмів, ультразвуку.

**Масаж і водолікування.** У водолікуванні використовують воду різної температури (холодну, прохолодну, індиферентну, теплу, гарячу, контрастну) та хімічного складу (прісну, ароматизовану, газовану). Вода може використовуватися для місцевих процедур (грілки, припарки, компреси) та загального впливу (ванни, обливання, обтирання, обкутування, душі). Залежно від показань вони можуть призначатися до, після і під час процедури масажу.

При наявності больового синдрому масаж проводять перед водолікувальною процедурою. При травмах і захворюваннях периферійної нервової системи (попереково-крижовий радикуліт, нейроміозит та ін.), при наслідках пошкоджень і захворювань опорно-рухового апарату (міогенні контракттури, тугорухомість суглобів, рубцеві зрощення тканин, міофіброз) спочатку призначають водну процедуру, потім масаж. Масаж проводиться після загартовуючих процедур. В процесі водолікування може використовуватися як ручний, так і апаратний масаж під водою.

**Масаж та інгаляційна терапія.** Інгаляційна терапія у вигляді аерозольтерапії може використовуватися у будь-якій комбінації з масажем.

#### Практичні рекомендації щодо поєднання масажу з фізіотерапевтичними процедурами

1. Масаж може призначатись в один і той же день, що і фізіотерапевтичні процедури, якщо вони не викликають тривалої післядії і не є великим навантаженням на серцево-судинну та нервову системи.



2. Не рекомендують призначати в один і той же день:

а) процедури загального впливу: загальний масаж і загальну діатермію, загальний масаж і вуглекислу ванну та ін.;

б) інтенсивно діючі на організм процедури високочастотної електротерапії (індуктотермію, мікрохвильову терапію та ін.) і масаж;

в) фізіотерапевтичні процедури, несумісні за характером реакції з масажем: ультрафіолетове опромінювання, душ Шарко, загальне сонячне опромінювання і масаж та ін.

### **Поєднання масажу з лікувальною фізичною культурою**

Лікувальні фізичні вправи найчастіше призначають після процедури масажу. Під час масажу виконуються активні та пасивні фізичні вправи, вправи на розслаблення, на розтягування м'язів, рубців, злук. Вказаних випадках процедуру лікувальної фізкультури проводять і після процедури масажу. При зниженні тону м'язів амплітуда пасивних рухів у суглобах не повинна перевищувати фізіологічний об'єм рухів у них. Після занять фізичними вправами масаж проводиться з метою прискорення розслаблення та відновлення працездатності втомлених м'язів.

### **Масаж і музикотерапія**

Все у світі підпорядковане законам гармонії, пропорції, рівноваги. Музика також підлягає всім цим законам. З усіх видів мистецтва вона найбільше впливає на настрої людини, на функціональну активність та працездатність, на весь її духовний світ.

Для тонізуючого впливу на організм краще використовувати радісні, пристрасні, уривчасті, голосні твори. Для заспокійливого – ніжні, тихі, більш довготривалі твори. Для тонізуючого впливу на людей старшого покоління ефективним є використання музичних творів, особливо пісень, які вони слухали чи співали в минулому. Це сприяє поверненню їх спогадів у молодість, яка завжди щаслива і красива.

### **Масаж і ароматерапія**

Ароматерапія – терапевтичне використання ефірних і рослинних масел. Ефірні масла – група речовин, які містяться в рослинних тканинах. Ефірні масла являють собою складні багатокомпонентні суміші пахучих і різноманітних за структурою органічних речовин.

Фітоорганічні сполуки рослин є біологічно активними, і з їх допомогою можна досягнути різних лікувальних впливів на організм. Спектр біологічної активності ароматичних засобів: антибактеріальна дія; вплив на центральну нервову, серцево-судинну, травну, респіраторну системи; вплив на обмінні процеси, імунітет; радіопротекторна дія.

З лікувальною метою найчастіше використовують ефірні масла: аніс, васильки, гвоздику, герань, евкаліпт, кедр, корицю, лаванду, лавр, лимон, модрина, м'яту, полин, розу, ромашку, сосну, чебрець, шавлію та ін. (додаток).

У класичній терапії ефірні масла вводяться в організм двома шляхами: через шкіру (масаж, бальнеотерапія, компрес); через легені (інгаляції, вдихання – аерофітотерапія).

Малі дози ароматів є стимуляторами, великі – інгібіторами життєво важливих процесів в організмі. В окремих випадках може спостерігатись непереносимість тих чи інших ароматичних речовин. Тому перед їх використанням доцільно провести спочатку пробу запахом, потім – нанести мазок маслом на шкіру і протягом 10-15 хв контролювати самопочуття.

### **Контрольні питання і завдання до розділу**

#### **“ПОЄДНАННЯ МАСАЖУ З ІНШИМИ МЕТОДАМИ ЛІКУВАННЯ”**

##### *Контрольні питання*

1. Поєднання масажу з фізіотерапевтичними процедурами.

2. Поєднання масажу з лікувальною фізичною культурою.
3. Масаж і музикотерапія.
4. Масаж і ароматерапія.

*Завдання*

1. Постарайтеся разом з викладачем підібрати для своєї майбутньої роботи найбільш типові музичні твори, які б могли супроводжувати процедуру масажу для хворих з різними захворюваннями.
2. Відновіть знання з основного впливу фізіотерапевтичних процедур на організм людини.
3. Порадьтеся з викладачем щодо придбання ефірних масел для своєї практичної діяльності.



**СПЕЦІАЛЬНА ЧАСТИНА****Розділ 9****ОКРЕМІ МЕТОДИКИ І ТЕХНІКА ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖ****9.1. Масаж при травмах опорно-рухового апарату**

Ушкодження опорно-рухового апарату призводить до тривалої втрати працездатності, а нерідко – до інвалідності. Цьому сприяє і сама травма, і вимушена тривала іммобілізація. Вони негативно впливають як на загальний стан організму, так і на функціональний стан суглобів, м'язово-сухожилково-періартикулярних комплексів з їх нервовими центрами.

Під час травми виникає переподразнення нервових центрів, а потім, в результаті акінезії, затухає аферентна імпульсація до них від іммобілізованої кінцівки. Виникає функціональна моторна денервація, з'являються функціональні, а потім морфологічні зміни в м'язах, суглобах. Порушення кровопостачання в знерухомленій ділянці призводить до порушення обміну речовин. М'язи втрачають еластичність, скоротливу здатність, силу, виникає їх атрофія, розвиваються контрактури і м'язові стовщення. Зморщується і стовщується суглобова сумка, втрачається її еластичність, зменшується кількість синовіальної рідини, виникають фіброзні зміни в суглобових хрящах, явища остеопорозу. В результаті зменшуються амплітуда рухів у суглобах, силові можливості та тонус м'язів, знижується працездатність хворого.

**Завдання** масажу: підтримати функціональний стан нервових центрів, стимулювати трофічну функцію вегетативної нервової системи; покращити кровопостачання і обмін речовин у зоні пошкодження; зменшити больові відчуття; сприяти розсмоктуванню ексудатів, інфільтратів, крововиливів; попередити утворення рубців та сприяти збільшенню еластичності рубцевої тканини; при переломах кісток – прискорити утворення кісткового мозоля, зняти напруження м'язів, зменшити їх гіпотрофію, сприяти підтриманню, а далі – відновленню об'єму рухів у суглобах, запобігти утворенню контрактур; попередити інвалідність і прискорити повернення хворого до професійно-трудової діяльності; нормалізувати психоемоційний стан.

**Показання** до призначення масажу: переломи і їх наслідки, травми суглобів, забої і пошкодження м'яких тканин, розтягнення зв'язок, м'язів та їх сухожилків при задовільному стані хворого і відсутності загальних протипоказань.

Протипоказання до призначення масажу: тяжкий стан хворого; травми, що супроводжуються підвищенням температури, поширеним набряком, інфікуванням з нагноєнням; виражений больовий синдром; кровотеча чи небезпека кровотечі, гострий тромбоз; загальні протипоказання.

**Методичні особливості** масажу.

Незалежно від виду пошкоджень, курс лікування масажем починають із впливу на прихребтові зони та рефлексогенні зони тулуба, сегментарно зв'язані з травмованою ділянкою. При травмах верхніх кінцівок проводять масаж паравертебральних зон  $D_6-D_1$ ,  $C_7-C_3$  хребців, задніх та бічних шийних ділянок, лопаткових, дельтоподібних, підключичних ділянок. При травмах нижніх кінцівок масажу підлягають прихребтові зони  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  хребців, поперекові, крижова, сідничні ділянки. Пізніше процедуру доповнюють впливом на симетричну здорову кінцівку, масажем сегментів, розміщених вище місця пошкодження, зон, вільних від гіпсової пов'язки (при травмах) і навколо ранової поверхні (при пошкодженнях м'яких тканин). Після цього – масаж самого місця ушкодження.

Ділянка і методика масажу значною мірою залежать від періоду захворювання. При травмах кінцівок чи пошкодженнях суглобових та м'яких тканин відбувається переподразнення рецепторного апарату, виникає різке больове відчуття – складний багатоланцюговий процес, який охоплює цілий ряд анатомічних і фізіологічних систем. Тому масаж на початку курсу лікування використовується, в першу чергу, з метою нормалізації функціонального стану анатомічних та фізіологічних систем, захоплених у цей патологічний процес, і повинен мати заспокійливий вплив.

Масаж м'язів з порушенням тонусу необхідно проводити диференційовано: при його підвищенні – масаж проводиться з метою зниження тонусу, при зниженні – намагатися підвищити його.

Для зниження тонусу м'язів використовують прийоми поверхневого погладження; ніжного розтирання, виключаючи прийом стругання; ніжно виконані прийоми розминання, не піддаючи м'язи значній деформації і значному зміщенню з їх кісткового ложа, виключаючи прийом посмикування; ніжно виконані прийоми безперервної вібрації, при виконанні стабільної і лабільної вібрації пальці розміщуються відносно тіла плазом; переривчаста вібрація не показана.

При проведенні масажу з метою підвищення тонусу м'язів усі вищевказані прийоми виконуються більш інтенсивно, в процедуру включають глибоке погладження, стругання, поперечне розминання, розтягування, зміщення м'язів, безперервну лабільну і стабільну вібрацію перпендикулярно розміщеними до поверхні тіла пальцями, переривчасто виконані прийоми погладження, розтирання, розминання, переривчасту вібрацію (поколочування, поплескування, рубання, шмагання). Інтенсивність виконаних прийомів залежить не тільки від клінічних проявів захворювання, але і від індивідуальних особливостей хворого.

Під час масажу необхідно постійно контролювати тонус м'язів: при його небажаному підвищенні зменшити інтенсивність впливу та скоротити тривалість процедури.

У місцях, де є болючі ущільнення, масаж проводиться долонною поверхнею кінців II-III пальців: спіралеподібне розтирання у поздовжньому та поперечному напрямках, переривчасте натискування, розминання натискуванням та зміщенням, чергуючи з погладженням. Сила, з якою проводяться ці масажні рухи, залежить від чутливості масажованих тканин.

Тривалий спокій, знижуючи емоційну та фізичну активність хворого, посилює порушення, спричинені травмою, розвиток ускладнень, знижуючи рівень адаптації організму. Тому масаж необхідно поєднувати з фізичними вправами, особливо в період іммобілізації. Вони повинні бути загальнозміцнювальними та спеціальними. До спеціальних вправ включають: вправи для симетричної (здорової) кінцівки, для неіммобілізованих суглобів травмованої кінцівки, ізометричні та ідеомоторні (уявні) вправи для ураженої кінцівки.

Ефективним є використання фізіотерапевтичних процедур.

**Курс** лікування тривалий і залежить від тяжкості перебігу та наявності загальних і місцевих ускладнень, зумовлених травмою.

### **Масаж при закритих травмах м'язих тканин**

Із закритих травм м'язих тканин найчастіше зустрічаються забої та розтягнення м'язів, зв'язок, сухожилків.

Забій – це пошкодження м'язих тканин, при якому зберігається цілість шкірних покривів. При значному забої можливі розриви кровоносних судин, м'язів, нервів. Основні прояви забою: біль, набряк, місцеві крововиливи з підвищенням місцевої температури шкіри.

Розтягнення зв'язок – різні їх пошкодження без зміщення суглобових поверхонь. При цьому можуть уражатися зв'язки, місця їх прикріплення, синовіальні оболонки суглобів, хрящ, клітковина яка оточує суглоб, сухожилки, м'язи, суглоби, нерви. При розтягненнях розрізняють неповні розриви, відриви в місцях прикріплення м'язів до кісток, відриви з окістям. У момент травм виникає гострий біль, потім набряклість у суглобі. При пошкодженнях може виникати запальний процес у суглобі, як ускладнення що призводить до тугорухомості.

**Показанням** до призначення масажу: є закриті травми м'язих тканин: забої та розтягнення м'язів, зв'язок, сухожилків. При свіжих травмах м'язих тканин без порушення їх цілості в перші дві доби показані спокій, лікування холодом. При відсутності протипоказань масаж можна призначити з 3 доби. Ранній масаж сприяє зменшенню болю, прискоренню розсмоктування крововиливу в тканинах, випоту в суглобах та слизових сумках, що прискорює відновлення втрачених функцій.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий загальний стан, виражений больовий синдром, кровотеча чи небезпека виникнення кровотечі, загальні протипоказання.

**План** масажу. Масаж паравертебральних зон та рефлексогенних зон тулуба, сегментарно зв'язаних з травмованою ділянкою; відсмоктувальний масаж сегментів, розміщених вище місця травми; масаж симетричних здорових сегментів; масаж травмованих сегментів; активні та пасивні рухи.

**Методика** масажу. При травмах верхніх кінцівок проводять масаж по обидва боки хребта на рівні  $D_6-D_1$ ,  $C_7-C_3$  хребців, задніх та бічних шийних ділянок, лопаткових, дельтоподібних, підключичних ділянок та верхніх кінцівок. При травмах нижніх кінцівок масажу підлягають прихребтові зони  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  хребців, поперекові, крижова, куприкова, сідничні ділянки та нижні кінцівки.

Масаж прихребтових зон від нижче-до вищерозміщених сегментів: погладжування, розтирання, розминання, безперервна вібрація. Масаж шиї та спини (до нижніх кутів лопаток): погладжування в напрямку до пахвових лімфатичних вузлів, розтирання прямолінійне і спіралеподібне пальцями та опорною частиною кисті, пиляння, пересікання; розминання широких м'язів натискуванням, розтягуванням, їх країв – поперечним та поздовжнім розминанням; безперервна вібрація. Масаж м'язів пояса нижніх кінцівок: погладжування сідничних ділянок в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів; розтирання поздовжнє та поперечне, спіралеподібне розтирання пальцями, опорною частиною кисті, обтяженою кистю, гребенеподібне; розминання поздовжнє, поперечне, гребенеподібне з обтяженою кистю, натискування; вібрація безперервна, потрушування м'язів. Масаж кісткових поверхонь, місць прикріплення м'язів – спіралеподібне розтирання, штрихування.

Відсмоктувальний масаж проводять з перших днів призначення масажу. Масажу підлягають сегменти, розміщені вище місця ураження: при травмах передпліччя – масажують плече; гомілки – стегно і т.д. Для максимального розслаблення кінцівки надають фізіологічно зручного положення, добре фіксуючи пошкоджену ділянку. Використовують прийоми поверхневого та глибокого площинного та обхоплюючого погладжування однією чи двома руками, які рухаються паралельно або послідовно, спіралеподібне розтирання пальцями чи опорною частиною кисті в напрямку до найближчих лімфатичних вузлів.

Масаж симетричних здорових сегментів передбачає масаж симетричної ураженій здоровій кінцівки, якщо ж травмовані обидві верхні кінцівки – масажу підлягають нижні кінцівки і навпаки. Використовують прийоми площинного та обхоплюючого погладжування, ніжного розтирання обома руками, спіралеподібного розтирання пальцями чи опорною частиною кисті, поздовжнє щипцеподібне розминання, ваяння, натискування, стискання м'язів, безперервну вібрацію. Інтенсивні прийоми масажу не показані.

Через 3-4 процедури масажу, при відсутності протипоказань (загальне та місцеве підвищення температури, виражений набряк, гіперестезія та ін.), приступають до масажу травмованої ділянки: ніжне поверхнєве площинне та обхоплююче поверхнєве погладжування, ніжне спіралеподібне розтирання пальцями. У міру зменшення больового синдрому в процедуру поступово включають глибоке площинне та обхоплююче погладжування, розтирання, ніжне поздовжнє та поперечне розминання, ваяння, стискання м'язів, розминання натискуванням. Масаж не повинен підсилювати больові відчуття. Правильно проведена процедура зменшує біль. Тривалість масажу ураженої ділянки поступово зростає від 3-5 до 5-10 хв.

При травмах м'яких тканин в ділянці суглоба або біля нього проводять поверхнєве та глибоке колове, спіралеподібне погладжування, спіралеподібне розтирання та штрихування суглобової сумки, сухожилків, кісткових виступів. При обмеженні рухів у суглобах проводять масаж м'язів, розміщених вище та нижче суглобу: поздовжнє, поперечне розминання, натискування, стискання, місць прикріплення м'язів – спіралеподібним розтиранням та штрихуванням. Інтенсивні прийоми впливу (інтенсивне розтирання, розминання, переривчасті прийоми вібрації) на травмовані ділянки не показані.

Закінчують процедуру ніжними ізометричними напруженнями м'язів, пасивними та активними рухами в захоплених у процес суглобах.

**Тривалість** процедури: спочатку масаж триває 10-15 хвилин, поступово збільшують до 15-20 хв 1-2 рази на день. Курс лікування – 10-15 процедур.

## Масаж при пошкоджених м'яких тканинах

Пошкодження м'яких тканин буває травматичного, хімічного, термічного та інших видів. При цьому виникає порушення цілості покривів (шкіри, слизових оболонок), утворюється рана, що супроводжується болем, кровотечею, зянням. Змінюється загальний стан організму. При сприятливому перебігу цей процес закінчується заживленням рани.

У перебігу ранового процесу виділяють три фази: первинного очищення, запалення, регенерації. Перша і друга фази приводять до повного очищення рани. Третя фаза характеризується заповненням рани грануляційною тканиною та епітелізацією її поверхні.

Загоєння рани може відбуватися первинним або вторинним натягом. Загоєння первинним натягом відбувається при малій зоні пошкодження тканин, якщо зяння рани відсутнє або усунуте штучно і рана має вигляд вузької щілини, якщо рана асептична. У такому випадку грануляційна тканина перетворюється у вузький рубець. Загоєння вторинним натягом найчастіше має місце при ранах з великою ділянкою пошкодження, при інфікуванні ран, при широко зяючих ранах. У такому випадку рубець має неправильну форму, більш масивний і обширний, може зростатися з підлеглими тканинами, приводити до косметичного дефекту. Рубець в ділянці суглоба – причина контрактур.

**Показання** до призначення масажу: пошкодження м'яких тканин травматичного, хімічного, термічного та інших видів.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий загальний стан, явища інтоксикації, інфікування з нагноєнням ран, підвищення температури тіла, виражений больовий синдром, обширне пошкодження м'яких тканин, загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж прихребтових зон та рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з вогнищем пошкодження; масаж симетричних ураженню ділянок; відсмоктувальний масаж травмованої кінцівки; масаж ділянки м'язів-антагоністів; масаж дистальних відділів ураженої кінцівки; масаж ділянки пошкодження.

**Методика** масажу. Масаж призначають після зняття гострих явищ, ознак інтоксикації, вираженого больового синдрому, нормалізації психо-неврологічного статусу. Методика масажу залежить від площі, глибини, локалізації ураження, загального стану хворого, його індивідуальних особливостей, стадії регенеративних процесів у рані.

**І ф а з а.** У період первинного очищення проводять масаж прихребтових зон та м'яких тканин тулуба, іннерваційно зв'язаних з ділянкою пошкодження. При ураженнях верхньої кінцівки масажу підлягають прихребтові зони іннервації  $D_6-D_1$ ,  $C_7-C_3$  хребців, задня та бічні шийні ділянки, лопаткові, підключичні, дельтоподібні ділянки (з обох боків). Використовують площинне та обхоплююче погладжування долонною поверхнею кисті в напрямку до пахвових лімфатичних вузлів; поздовжнє, поперечне розтирання, спіралеподібне розтирання пальцями та опорною частиною кисті; розминання натискуванням та зміщенням плоских м'язів, а їх країв та грудинно-ключично-соскоподібних м'язів – щипцеподібним, поздовжнім та поперечним розминанням. Спіралеподібне розтирання пальцями остистих відростків, ості та внутрішнього краю лопатки, місць прикріплення м'язів. Ніжна лабільна та стабільна вібрація з метою зниження тону м'язів пояса верхніх кінцівок. При цьому пошкоджений сегмент повинен мати зручне (протибольове) положення, вібрація від масажних рухів не повинна викликати больових відчуттів.

При ураженнях м'яких тканин нижньої кінцівки в цей період масажу підлягають прихребтові зони  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  хребців, поперекові, крижова, сідничні ділянки, гребені клубових кісток, реброві дуги. Використовують погладжування в напрямку до пахвинних ділянок, розтирання поздовжнє та поперечне долонною поверхнею кисті; спіралеподібне розтирання пальцями, опорною частиною кисті, обтяженою кистю; поздовжнє, поперечне розминання, розминання натискуванням пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібне з обтяженою кистю; безперервну стабільну та лабільну вібрацію. Пошкоджений сегмент повинен бути зафіксований, знаходитись у зручному (протибольовому) положенні. Масаж гребенів клубових кісток, ребрових дуг: погладжування пальцями та долонною поверхнею кисті, спіралеподібне розтирання, штрихування. Закінчують погладжуванням.



**І ф а з а.** До масажу прихребтових та рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з пошкодженою ділянкою, додається масаж симетричної здорової кінцівки. При пошкодженні м'яких тканин обох верхніх кінцівок масажують нижні і навпаки. При локалізації пошкодження в ділянці тулуба масажу підлягають ближче розміщені кінцівки.

**ІІ ф а з а.** До вищевказаних ділянок масажу додають відсмоктувальний масаж – масаж сегментів, розміщених вище місця пошкодження. Використовують площинне та обхоплююче поверхнєве і глибоке погладжування в напрямку найближчих лімфатичних вузлів, ніжне прямо-лінійне і спіралеподібне розтирання пальцями та опорною частиною кисті, поздовжнє розминання однією чи двома руками, ніжну лабільну вібрацію у тому ж напрямку.

При поліпшенні стану хворого та задовільному перебігу регенеративних процесів до вищевказаних ділянок додають масаж перерозтягнутих та ослаблених м'язів-антагоністів: при пошкодженні згинальної поверхні масажують розгинальну і навпаки.

Використовують поверхнєве та глибоке площинне погладжування, розтирання сухожилків, пиляння, пересікання, поперечне та поздовжнє розминання, стабільну вібрацію. У міру зменшення больових відчуттів у травмованій ділянці інтенсивність впливів збільшується, додаються стругання, ритмічні зміщення, поплескування, поколючування, рубання.

У період утворення ніжного рубця до вищевказаних ділянок масажу додають масаж дистальніше (відносно травми) розміщених здорових сегментів кінцівки або ж здорових ділянок тулуба при пошкодженні останнього за загальноприйнятою методикою. Крім цього, масажу підлягає пошкоджений сегмент – поза рановою поверхнею; ніжне площинне погладжування пальцями, долонною поверхнею кисті, граблеподібне погладжування; ніжне неглибоке в повільному темпі розтирання пальцями, граблеподібне розтирання, штрихування короткими поступальними рухами в напрямку лімфотоку; ніжна лабільна та стабільна вібрація, вібраційні погладжування. Обережне ніжне зміщення в різних напрямках гранулюючих ділянок тканин захопленням за здорову шкіру, розтирання пальцями здорових тканин навколо рани. При підвищенні тону м'язів додатково проводиться безперервна лабільна вібрація їх вздовж м'язових волокон, спіралеподібне розтирання та штрихування місць прикріплення м'язів. Масаж суглобів, і захоплених контракту-рою: спіралеподібне, колоподібне погладжування і розтирання, розтирання всією долонею, кіль-цеподібне розтирання, що супроводжується пасивними та активними рухами.

У період утворення рубцевої тканини до вищевказаних ділянок додається масаж місця пошкодження: ретельно вимитими та продезінфікованими руками – ніжне погладжування, розти-рання пальцями тривалістю 3-5 хв.

У період утворення контрактур – ділянки масажу попередні, але використовується більш інтенсивний вплив на ослаблених і розтягнутих м'язах та в ділянці пошкодження. Для підвищення збудливості та скоротливої здатності розтягнутих і ослаблених м'язів додають інтенсивне безпе-рервне переривчасте розтирання, інтенсивне розминання, швидко повторювані розтягування і стискання м'язів у поздовжньому та поперечному напрямках, валяння, поколючування, рубання, шмагання. Масаж скорочених м'язів: площинне поверхнєве погладжування; розтирання спіралепо-дібне пальцями та опорною частиною кисті; ніжне поздовжнє розминання, розминання натиску-ванням за ходом м'язових волокон; ніжне потрушування м'язів; спіралеподібне розтирання та штрихування в місцях прикріплення м'язів; безперервна лабільна та стабільна вібрація. Під час масажу та після нього – ніжне розтягування міогенних контрактур, щоб не викликати болю та підвищення м'язового тону. В місцях, де пальпуються ущільнення, (міогельози), проводять цир-кулярне розтирання одним або декількома (II-IV) пальцями в поздовжньому та поперечному напрямках, натискування пальцями чи опорною частиною кисті, стабільну ніжну вібрацію. Сила натиску залежить від чутливості масажованих тканин, тому повинна постійно контролюва-тися масажистом.

При тугорухомості суглоба використовується енергійний масаж: після поверхневого погла-джування та розтирання всієї поверхні суглоба, періартикулярних тканин, суглобово-зв'язкового апарату, проводять глибоке погладжування, спіралеподібне розтирання, пиляння, штрихування. Інтенсивні прийоми впливу в місцях прикріплення м'язів з підвищеним тоном не показані.

Масаж ділянки пошкодження в цей період проводиться більш інтенсивно: погладжування, розтирання пальцями, штрихування, пересікання, перетирання, пиляння, пощипування, стискання та розтягнення, зміщення, поздовжнє та поперечне розминання, пощипування, поколючування, пунктування, шмагання. Рухи проводяться в різних напрямках, захоплюючи всі шари покривних тканин.

Під час масажу та після нього хворий виконує ізометричне напруження м'язів, пасивні та активні рухи. Закінчують масаж погладжуванням хворої кінцівки, її струшуванням.

Краще проводити масаж після фізіотерапевтичних процедур (бальнеотерапії, грязетерапії, теплових процедур та ін.).

**Тривалість** перших процедур – 5-10 хв 1-2 рази на день. Поступово тривалість збільшується до 15-20 хв. Курс лікування – 12-15 процедур і більше.

### Масаж при переломах кісток кінцівок

Переломи кісток ділять на відкриті та закриті. Останні супроводжуються порушенням цілості шкірних покривів. При переломах кісток виникають біль, набряклість, змінюється конфігурація, порушується функція руху. Зрошення після перелому відбувається в результаті утворення кісткового мозоля. Цей процес тривалий і залежить від характеру перелому, товщини кістки, віку.

У лікуванні умовно виділяють три періоди: іммобілізаційний, післяіммобілізаційний, відновний. Іммобілізаційний період відповідає кістковому зрощенню відламків, яке настає в середньому через 60-90 днів після травми. Застосовують повну або часткову іммобілізацію (гіпсова пов'язка, металоостеосинтез, витяжка).

Післяіммобілізаційний період розпочинається після зняття іммобілізації. Він характеризується відновленням анатомічної цілості ушкодженої кістки (закінчується консолидація ділянки перелому, утворюється первинний кістковий мозоль). У цей період використовують часткову іммобілізацію (лонгету, знімну гіпсову шину, косинку та ін.). Можуть мати місце пролежні, зниження функцій життєво важливих систем організму, тугорухомість, контрактури, атрофії.

У відновний період настає одужання, завершуються процеси регенерації (щільний кістковий мозоль, щільний рубець), відновлюється функція травмованої кінцівки. Можуть мати місце залишкові явища після травми у вигляді тугорухомості суглобів, рубців, контрактур, м'язових атрофій, м'язової слабості, неповного відновлення функції травмованої кінцівки, зниження адаптації до фізичних навантажень побутового і виробничого характеру.

**Показання** до призначення масажу: стан після переломів кісток, сповільнений чи надмірний розвиток кісткового мозоля, тугорухомість суглобів, контрактури, набряки при задовільному стані хворого та відсутності загальних протипоказань. Термін призначення масажу залежить від ділянки та тяжкості перелому, виду іммобілізації, загального стану хворого. При переломах кісток кисті, передпліччя, гомілки масаж травмованої кінцівки призначають з 2-го тижня. При скелетному витягненні – вже з 2-3-го дня.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий загальний стан, виражений больовий синдром, підвищення температури тіла, поширений набряк, гострий тромбофлебіт, загальні протипоказання.

**План** масажу: вплив на прихребтові та рефлексогенні зони тулуба, сегментарно зв'язані з пошкодженою кінцівкою, масаж здорової кінцівки, позавогнищевий масаж травмованої кінцівки чи масаж ділянок на ній, вільних від гіпсової іммобілізації. У післяіммобілізаційний період додається масаж тугорухомих суглобів і м'язів, що забезпечують їх функцію, та місця пошкодження. Загальнозміцнювальні та спеціальні фізичні вправи. Добре поєднувати з фізіотерапевтичними процедурами.

**Методика** масажу залежить від місця і тяжкості перелому, періоду захворювання, виду іммобілізації.

В *імобілізаційний* період, незалежно від виду імобілізації, проводять масаж прихребтових і рефлексогенних зон тулуба, сегментарно зв'язаних з травмованою кінцівкою. При пошкодженні верхніх кінцівок – це прихребтові зони  $D_6-D_1$ ,  $C_7-C_3$  хребців, задня та бічні шийні ділянки, лопаткові, дельтоподібні, підключичні ділянки. При переломах кісток нижніх кінцівок – прихребтові зони  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{11}$  хребців, поперекові, крижова, сідничні ділянки, гребені клубових кісток, реброві дуги. Масаж прихребтових зон проводять від нижче- до вищерозміщених сегментів. Використовують поверхнєве погладжування, ніжне розтирання та розминання. Інтенсивні прийоми протипоказані.

В імобілізаційний період масажують також симетричну травмованій здорову кінцівку, а при пошкодженні обох верхніх кінцівок – нижні і навпаки. При імобілізації гіпсовою пов'язкою масажують спочатку сегменти, розміщені вище місця пошкодження ніжними прийомами погладжування, розтирання, поздовжнього розминання в напрямку найближчих лімфатичних вузлів (відсмоктувальний масаж), потім – дистальніше розміщені сегменти.

Через вирізани в гіпсовій пов'язці вікна з 2 тижня при переломах передпліччя та гомілки і з 3 тижня при переломах плеча та стегна проводять ніжну вібрацію в місці перелому.

При скелетному витягненні – позавогнищевий масаж травмованої кінцівки. Наприклад, при переломі кісток гомілки масажують доступні ділянки стегна, звертаючи увагу на м'язи з підвищеним тонусом, особливо в перші 10-12 днів після травми. Використовують почергове переривчасте та безперервне погладжування в напрямку до регіональних лімфатичних вузлів ніжно, щоб не викликати підвищення тону м'язів та болю. Далі додають спіралеподібне та колоподібне розтирання, ніжне поздовжнє розминання, валяння, які чергують з безперервним погладжуванням. Під час масажу необхідно контролювати стан м'язів. При підвищенні їх тону зменшують інтенсивність масажних прийомів, а також скорочують тривалість процедури масажу.

При фіксації перелому стегна кокситною гіпсовою пов'язкою масажують стопу, грудну клітку і м'язи живота. Через вирізани в гіпсовій пов'язці вікна здійснюють ніжну вібрацію місця перелому, погладжування і розтирання наколінка.

Масаж поєднують з фізичними вправами: для м'язів тулуба, здорової кінцівки, вільних від імобілізації суглобів травмованої кінцівки, ізометричними вправами, уявними рухами.

При травмах, що призводять до обмеження функції плечового суглоба, крім м'язів верхньої кінцівки, диференційовано масажують м'язи пояса верхніх кінцівок (дельтоподібний, надостьовий, підостьовий, великий та малий круглі, підлопатковий), поверхнєві м'язи грудної клітки (великий та малий грудні, передній зубчастий), поверхнєві м'язи спини (трапецієподібний м'яз та найширший м'яз спини, великий та малий ромбоподібні м'язи, м'яз, що піднімає лопатку). На плоских м'язах використовують натискування, стискання, зміщення, розтягування, їх краї та веретеноподібні м'язи розминають поздовжнім, поперечним, щипцеподібним розминанням. Інтенсивність виконання прийомів та види вібрації залежать від тону м'язів – більш щадні впливи використовуються при масажі м'язів з підвищеним тонусом, більш інтенсивні – з пониженим. Масажують також лопатку, плечовий суглоб, ключицю, надплечово-ключичний суглоб. Масаж проводять з обох боків.

*Післяімобілізаційний* період. Масаж вищевказаних ділянок доповнюється масажем травмованої кінцівки та пошкодженого сегмента. Масаж травмованої кінцівки починають з відсмоктувального масажу, потім проводять поверхнєве, глибоке площинне погладжування, ніжне спіралеподібне розтирання, валяння, інтенсивне розтирання та розминання не показані (щоб не травмувати легко раниму шкіру). В ділянці пошкодженого сегмента інтенсивність впливу зменшується. Поступово інтенсивність впливу на травмованій кінцівці підсилюється, доповнюється прийомами розминання та вібрації: масаж м'язів з підвищеним тонусом проводиться ніжніше, з пониженим – більш інтенсивно.

Методика масажу пошкодженого сегмента залежить від стану кісткового мозоля: при надмірному кістковому мозолі – обминати місце перелому, при сповільненому зрощенні перелому в цей період проводять поверхнєве погладжування, спіралеподібне розтирання, розминання ніжним натискуванням, безперервну вібрацію, легке поколювання та пунктування.



*Відновний* період. Масажу підлягають вищевказані ділянки. Більше уваги приділяють відсмоктувальному масажу, масажу травмованої кінцівки та пошкодженого сегмента. На травмованій кінцівці використовують усі прийоми масажу, послаблюючи їх та виключаючи переривчасту вібрацію на м'язах з підвищеним тонусом. М'язи з пониженим тонусом масажують більш інтенсивно, проводять розтягування і скорочення їх у швидкому темпі, шмагання, поплескування, рубання, поколювання. Масаж доповнюють ізометричним напруженням м'язів, пасивними, активними, уявними рухами, поступовим розтягуванням м'язів до терпимого болю, не допускаючи підвищення їх тонусу.

Масаж при тугорухомості суглоба: погладжування поверхневе та глибоке, площинне та обхоплююче, спіралеподібне та по колу; розтирання пальцями спіралеподібне, колове, обхоплююче розтирання всією поверхнею кисті, її ліктьовим краєм, штрихування. Масажу підлягають максимально доступні поверхні суглобових сумок, місця прикріплення сухожилків, розмішених вище і нижче суглоба. Масаж комбінують з рухами в суглобі, які повинні бути безболісними.

Масаж місця перелому: поверхневе та глибоке погладжування, обхоплююче погладжування; розтирання пальцями спіралеподібне, розтирання кільцеве, штрихування, пересікання; розминання зміщенням, розтягуванням м'яких тканин, натискуванням на них. При сповільненому утворенні кісткового мозоля використовують: штрихування, пунктування, поколювання, рубання, безперервну довготривалу вібрацію. При надмірному утворенні мозоля О.Ф. Вербов не рекомендує проводити масаж ділянки перелому.

Ефективним є поєднання масажу з фізіотерапевтичними процедурами, лікувальною фізкультурою. Спочатку застосовують теплові процедури (солюкс, парафін, озокерит, грязь та ін.), після невеликої паузи масажують прогріту ділянку, а потім проводять лікувальну фізкультуру.

**Тривалість** процедури – 15-20 хв. Курс лікування – 15-20 процедур, який можна повторювати в міру необхідності.

### **Масаж при пошкодженнях та вивихах суглобів**

Пошкодження суглобів найчастіше буває травматичного та вогнепального характеру. Травма супроводжується пошкодженням суглобової сумки, хряща, зв'язкового апарату, крововиливом у суглобову сумку, можливі внутрішньосуглобові переломи кісток. Це призводить до рубцевого зморщування суглобової сумки, атрофії м'язів, які забезпечують функцію цих суглобів, дистрофічних змін з боку м'язово-сухожилково-періартикулярних комплексів, хрящів, що може стати причиною тугорухомості, контрактури, анкілозу, деформівного артрозу.

Вивих – це ушкодження, при якому виникає стійке зміщення суглобових поверхонь кісток з виходом однієї з них за межі порожнини суглоба. При повній відсутності контакту між суглобовими поверхнями головки і западини, вивих називається повним, при частковому – неповним або підвивихом. Розрізняють набуті й уроджені вивихи. У переважної більшості хворих зустрічаються травматичні вивихи. Вивихи майже завжди супроводжуються розривом суглобової сумки, зв'язок, гемартрозом. Травмуються м'язи – одні розтягуються і подовжуються, інші скорочуються і зменшуються.

Лікують пошкодження суглобів та вивихи оперативно і консервативно, після цього кінцівку іммобілізують. Терміни та види фіксації залежать від тяжкості, місця ушкодження, швидкості відновлення цілісності ушкоджених тканин.

**Показання** до призначення масажу. Пошкодження та вивихи суглобів після накладання іммобілізації, задовільний стан хворого, відсутність больового синдрому.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий загальний стан, виражений больовий синдром, поширений набряк, підвищення температури, загальні протипоказання.

**Методика** масажу. В лікуванні пошкоджень суглобів та вивихів виділяють іммобілізаційний, післяіммобілізаційний та відновний періоди.

*Масаж в період іммобілізації.* Масаж проводиться з метою зменшення болючості, нормалізації функціонального стану нервової системи, активації крово- та лімфообігу, трофічних та

регенеративних процесів, попередження атрофії м'язів, контрактур, пролежнів. У хворих, які перебувають тривалий час на ліжковому режимі, необхідно попередити виникнення ускладнень, зумовлених гіподинамією: порушення функції кишечника, гіпостатичну пневмонію, пролежні, вестибулярні розлади, атрофію м'язів.

Залежно від методів лікування і характеру іммобілізації масаж призначають на 2-3 день або через тиждень. Проводять масаж паравертебральних та рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з травмованою кінцівкою, масаж здорової кінцівки, позавогнищевий масаж травмованої кінцівки. При травмах суглобів верхньої кінцівки масажу підлягають прихребтові зони  $D_6-D_1$ ,  $C_7-C_3$  хребців, задня та бічні шийні ділянки, лопаткові, дельтоподібні, підключичні ділянки та верхні кінцівки. При травмах суглобів нижньої кінцівки – паравертебральні зони  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  хребців, поперекові, крижова, куприкова, сідничні ділянки, гребені клубових кісток, реберні дуги та нижні кінцівки.

Терміни призначення місцевого масажу залежать від локалізації та важкості травми: після вивиху ліктьового, променезап'ясткового суглобів, суглобів пальців кисті – в середньому через 3-4 дні; плечового суглоба – через 7-10 днів, колінного суглоба – через 10-12 днів, кульшового суглоба – через 5-7 днів, після операції – з 10 дня. Для попередження гіпостатичної пневмонії проводять масаж грудної клітки, для профілактики дисфункції кишечника – масажують передню черевну стінку та кишечник, для запобігання пролежням необхідний гігієнічний догляд за найбільш ймовірними ділянками їх виникнення (сідничні, лопаткові, п'ятки) та масаж указаних ділянок.

Масаж поєднують із загальнозміцнювальними та спеціальними вправами. Спеціальні вправи: вправи для неіммобілізованих суглобів травмованої кінцівки, для здорової симетричної кінцівки, ізометричне напруження м'язів іммобілізованої кінцівки, уявні (ідеомоторні) вправи.

*Після зняття іммобілізації.* До вказаних ділянок додають масаж травмованої кінцівки. Одночасно проводять активні та обмежені пасивні рухи в травмованих суглобах. Масаж травмованих суглобів не проводять.

*Відновний період.* Продовжують масажувати прихребтові зони та покривні тканини, сегментарно зв'язані з травмованою кінцівкою, травмовану кінцівку. Допускається масаж травмованого суглоба, окрім ліктьового. Не показаний масаж і кульшового суглоба при заміщенні пошкодженої головки і шийки штучним напівсуглобом – ендопротезом. При м'язових контрактурах масажують укорочені м'язи, використовуючи: погладжування площинне; розтирання спіралеподібне пальцями та опорною частиною кисті, штрихування, пиляння; ніжне поздовжнє розминання; вібрацію: безперервну лабільну та стабільну, ніжне потрушування м'язів. Масаж м'язів-антагоністів: поверхневе та глибоке площинне погладжування; розтирання прямолінійне та спіралеподібне, пиляння; розминання поздовжнє та поперечне, щипцеподібне, стругання, посмикування; переривчаста вібрація – поколючування, поплескування, рубання, шмагання. Ретельному масажу підлягають місця прикріплення м'язів у ділянці травмованого суглоба.

Особливу складність у лікуванні викликають травми та вивих плечового суглоба. Вони призводять до стійкого порушення рухомості суглоба. При цьому плече і лопатка утворюють немовби єдиний сегмент. Рухи плечем стають можливими лише в межах рухомості лопатки.

Для відновлення функції плечового суглоба, крім м'язів прихребтових зон сегментів  $D_8-D_1$ ,  $C_7-C_3$ , хребців плечового суглоба та верхньої кінцівки, диференційовано масажують м'язи пояса верхніх кінцівок (дельтоподібний, надостьовий, підостьовий, великий та малий круглі, підлопатковий), поверхневі м'язи грудної клітки (великий та малий грудні, передній зубчастий), поверхневі м'язи спини (трапецієподібний і найширший м'язи спини, великий і малий ромбоподібні м'язи, м'яз – піймач лопатки). Масажують також лопатку, плечовий суглоб, ключицю, надплечово-ключичний суглоб. М'язи, що забезпечують функцію плечового суглоба, масажують диференційовано. М'язи, які відводять плече, масажують з метою підвищення тонусу, ті, що приводять плече, – з метою послаблення їх тонусу. Масаж поєднують з лікувальною фізкультурою.

**Тривалість** процедури масажу поступово наростає з 5-10 до 20-25 хв. Курс лікування – 10-12 процедур, які повторюють через 1-2 тижні. Перший курс масажу може бути більш тривалим.

## Масаж при переломах хребта

Переломи хребта відносять до найважчих ушкоджень опорно-рухового апарату, які порушують його опорну, пресорну, рухову, захисну (щодо спинного мозку) функції. Спостерігаються переломи тіла, відрив дужок, відростків одного або кількох хребців без порушення чи з травматизацією спинного мозку. Більшість ушкоджень хребта складають компресійні переломи, при яких настає клиноподібне стиснення тіл одного або декількох хребців. Найчастіше це виникає у шийному (V-VI хребець), нижньогрудному (II-III хребець), поперековому (I-II хребець) відділах хребта. При травмах хребта без травматизації спинного мозку здебільшого застосовують консервативний метод лікування, з ушкодженням спинного мозку – оперативний.

Лікування компресійних переломів хребта спрямоване на розвантаження хребта, запобігання подальшій деформації ушкоджених хребців і здавленню спинного мозку, виправлення форми тіла хребця; відновлення анатомічної цілісності сегмента, втрачених функцій хребта, рухових навичок та правильної постави; зміцнення м'язів тулуба та кінцівок.

**Завдання** масажу: прискорення відновлення функціональної здатності хребта та рухових навичок, попередження виникнення ускладнень, зумовлених тривалою іммобілізацією.

**Показання** до призначення масажу: переломи хребта без порушення та з порушенням цілісності спинного мозку.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий стан хворого, психоемоційні розлади, гострі запальні процеси, загальні протипоказання. Протипоказання для проведення місцевого масажу – виражені трофічні розлади, пролежні.

**План та методика** масажу. Залежать від ступеня компресії хребців, відсутності чи наявності травм спинного мозку, методу лікування.

### Масаж при компресійних переломах грудних і поперекових хребців

Для лікування компресійних переломів хребців значного поширення набув функціональний метод К.Ф. Древінга, який проводять у 4 періоди.

**І п е р і о д.** Хворого кладуть на спину на плоске ліжко з дерев'яним щитом під матрацом, узголів'я ліжка піднімають на 30-60 см над рівнем підлоги. Витягання здійснюється власною вагою тіла за рахунок лямок, що проведені через пахвові западини і прикріплені до узголів'я ліжка. Під ділянки фізіологічних лордозів підкладають ватно-марлеві валики. У цей період при відсутності протипоказань з 3-5 дня призначають масаж.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану нервової системи, поліпшення кровотоку та лімфообігу, попередження гіпостатичної пневмонії, атонії кишечника, пролежнів, атрофії м'язів, стимулювання процесів регенерації.

**Методика** масажу. Масаж проводиться у положенні хворого лежачи на спині. Масажу підлягають кінцівки, пізніше передня та бічна поверхні грудної клітки, живіт. Масаж кінцівок: погладжування поверхневе площинне та обхоплююче, розтирання поверхневе прямолінійне долонною поверхнею кисті, ніжне стискання м'язів. При задовільному стані хворого через 2-3 дні розширюють зону впливу. Проводять масаж бічної та передньої поверхонь грудної клітки та живота: площинне та обхоплююче погладжування в напрямку масажних ліній; ніжне прямолінійне та спіралеподібне розтирання пальцями і опорною частиною кисті. Інтенсивні прийоми в цей період не показані. Масаж не повинен викликати зміщення масажованої ділянки. Масаж поєднують з дихальними вправами та вправами для дрібних і середніх м'язових груп. Тривалість періоду 10-15 днів, закінчується за умови, що хворий може підняти ногу до кута 45°, не відчуваючи при цьому болю чи дискомфорту в ушкодженому відділі хребта.

**ІІ п е р і о д.** Хворому дозволяють перевертатися на живіт при збереженні прямого положення хребта.

**Завдання** масажу. До завдань попереднього періоду додаються: поліпшення кровотоку та лімфообігу в ділянці спини, зміцнення м'язів спини, поступова підготовка ніг до вставання.

**Методика** масажу. Масаж вищевказаних ділянок I періоду доповнюється легким позавогнищевим масажем спини в положенні хворого на животі: ніжне площинне погладжування спини в напрямку до найближчих лімфатичних вузлів, ніжне прямолінійне та спіралеподібне розтирання пальцями та опорною частиною кисті, ніжне позавогнищеве розминання м'язів прихребтових зон зміщенням, плоских м'язів спини – ніжним натискуванням, їх країв та сідничних м'язів – поздовжнім та поперечним розминанням. Масаж нижніх кінцівок доповнюють поздовжнім та поперечним розминанням м'язів гомілки та стегна.

Період триває 10-15 днів і закінчується за умови, що хворий зможе підняти ноги до кута 45°, не відчуючи при цьому дискомфорту та болю в ушкодженому відділі хребта.

ІІІ п е р і о д. Хворому вводять нові вихідні положення: упор стоячи на колінах, стоячи на колінах.

**Завдання** масажу в цей період полягає у подальшій нормалізації функціонального стану нервової системи, поліпшенні крово- та лімфообігу, стимуляції процесів регенерації, зміцненні м'язів тулуба, нижніх кінцівок, поліпшенні мобільності хребта.

**Методика** масажу. Масаж проводять в положенні хворого лежачи на животі та спині. Масаж спини доповнюють масажем в ділянці ушкодженого сегмента: ніжне погладжування, розтирання пальцями прихребтових зон. Масаж нижніх кінцівок проводять з метою підвищення тону м'язів і забезпечення наступної ходьби, використовують прийоми погладжування, розтирання, розминання, звертається увага на масаж підошової поверхні стопи для підготовки її до стояння.

Період триває до 1 місяця і закінчується за умови, що хворий може утримувати тулуб у позі "ластівки" з положення лежачи на животі та підняті під кутом 45° ноги з положення лежачи на спині протягом 2-8 хв.

ІV п е р і о д. Починається звичайно через 2 місяці після травми і триває до виписування з лікарні, 10-20 днів. У цей період хворого необхідно навчити вставати з положення лежачи на животі, минаючи положення сидячи. Вставати дозволяють через 45-60 днів після травми.

**Завдання** масажу: подальше вирішення завдань попереднього періоду та сприяння відновленню правильної постави і ходьби.

**Методика** масажу. Масаж проводиться в положенні хворого лежачи на животі та на спині. Ділянки масажу: спина, нижні кінцівки. Масаж спини: погладжування площинне та обхоплююче, розтирання поздовжнє та поперечне долонними поверхнями кистей, спіралеподібне, пиляння; розминання м'язів спини зміщенням розтягуванням, ніжним натискуванням, країв трапецієподібного, найширших м'язів спини та сідничних м'язів – поперечним і поздовжнім розминанням. У ділянці травмованих сегментів інтенсивність впливу зменшується. Переривчасті прийоми вібрації не показані. Масаж нижніх кінцівок проводиться за вищеописаною методикою, час виконання усіх прийомів збільшується, ретельніше розминають окремі м'язові групи.

Наприкінці 3-го місяця після травми хворий повинен ходити протягом 1,5-2 год, не відчуючи при цьому болю і дискомфорту в ділянці ушкодження. Якщо динаміка рухової активності підтверджується позитивними результатами рентгенологічного обстеження, хворому дозволяють сидіти.

Повна консолідація ушкоджених тіл хребців відбувається протягом 10-12 місяців після травми. У цей час завдання масажу необхідно спрямувати на поліпшення кровопостачання в ділянці ураженого сегмента, зміцнення м'язового корсета, підтримання нормальної постави.

### **Масаж при компресійних переломах шийних хребців**

Методика масажу при компресійних переломах шийних хребців залежить від локалізації, виду ушкодження, ступеня компресії, методу лікування. Лікування проводять здебільшого консервативним методом у два етапи: спочатку витягнення за підборіддя за допомогою петлі Гліссона на нахилений площині масою власного тіла, а через 11-30 днів витягнення змінюють на гіпсовий напівкорсет або гіпсовий нашійник. У ньому хворий лежить, сидить, ходить, а через 8-10 тижнів його звільняють від іммобілізації.



*Під час витягнення петлею Гліссона* при відсутності протипоказань масаж призначають з 3-5 дня. Завдання масажу в цей період такі, як і при переломах у нижньогрудному та поперековому відділах хребта. Масажу підлягають ділянки живота та нижніх кінцівок. Використовують ніжні прийоми погладження, розтирання, розминання. Масаж доповнюють ізометричним напруженням м'язів сідниць, дихальними вправами. Рухи в шийному відділі хребта заборонені.

*Після заміни витягнення на гіпсовий напівкорсет* або гіпсовий нашійник хворому дозволяють сидіти та ходити. Завдання масажу: попередження атрофії м'язів шиї, плечового пояса, верхніх кінцівок, зміцнення м'язів тулуба, нижніх кінцівок, відновлення правильної постави та ходьби.

План масажу: спина, нижні кінцівки, верхні кінцівки. Масаж спини проводять в положенні хворого сидячи чи лежачи на животі. Масажу підлягають ділянки, вільні від іммобілізації. Використовують площинне погладження спини двома руками, ніжне поздовжнє та поперечне розтирання долонними поверхнями кистей, спіралеподібне розтирання пальцями та опорною частиною кисті; розминання м'язів прихребтових зон зміщенням, плоских м'язів – ніжним спіралеподібним натискуванням пальцями та опорною частиною кисті, країв найширших м'язів спини (якщо доступні) та сідничних – поздовжнім розминанням. Вібрація не показана. Масаж кінцівок: погладження, розтирання, розминання. Вібрація не показана. Нижні кінцівки масажують більш інтенсивно. Масаж поєднують з лікувальною фізкультурою: короткочасними (2-3 с) ізометричними напруженнями м'язів шиї, підніманням надпліч, коловими рухами ними в обидві сторони.

*Після зняття іммобілізації.* Завдання масажу: відновлення рухливості в шийному відділі хребта, зміцнення м'язів шиї, плечового пояса, верхніх кінцівок.

План масажу: спина, комірцева зона, верхні кінцівки. Методика масажу: масаж спини та верхніх кінцівок проводиться за вищеописаною методикою, тривалість виконання окремих прийомів збільшується. Масаж комірцевої зони: в перші дні проводять ніжне погладження в напрямку масажних ліній, ніжне спіралеподібне розтирання пальцями, яке поступово доповнюють пересіканням, пилянням, ніжним зміщенням м'язів паравертебральних зон, поздовжнім розминанням м'язів шиї та надпліччя. У ділянці ураження інтенсивність впливу зменшується. Прийоми не повинні викликати больових відчуттів.

*Післялікарняний період.* Масаж спрямований на підвищення скоротливої здатності та тону м'язів шиї, пояса верхніх кінцівок, спини, нижніх кінцівок. Масаж позавогнищевих ділянок включає всі прийоми погладження, розтирання, розминання, вібрації. Поступово інтенсивність впливу наростає. У ділянці травми та навколо неї інтенсивні прийоми масажу до завершення формування повної структури хребців (через 10-12 місяців після травми) не показані.

### **Масаж при травмах спинного мозку**

Травми спинного мозку виникають внаслідок ушкоджень хребта і часто призводять до стійкої інвалідності. Розрізняють струс, забій, стиснення спинного мозку, крововилив у його речовину і оболони, часткове або повне анатомічне переривання спинного мозку. Клінічна картина залежить від локалізації та характеру травми. Рухові розлади проявляються в'ялими та спастичними паралічами, парезами та їх комбінаціями. Трофічні розлади призводять до розвитку м'язових атрофій, пролежнів, виразок, остеопорозу кісток, дегенерації сухожилків і зв'язок, дистрофії внутрішніх органів. Виникають розлади функції тазових органів. У клінічному перебігу травматичної хвороби при ушкодженні хребта і спинного мозку виділяють 4 періоди (за І.Я. Роздольським):

1. Гострий період – триває 2-3 доби і характеризується розгорнутою картиною спінального шоку.

2. Ранній період – триває 2-3 тижні, спостерігаються явища спінального шоку, порушення крово- і лімфообігу, набряк і набухання спинного мозку.

3. Проміжний період – триває близько 2-3 місяців і характеризується зникненням явищ спінального шоку і виявленням істинного характеру ураження спинного мозку.

4. Пізній період – триває 2-3 роки і більше, відбувається відновлення порушених функцій спинного мозку, а інколи – погіршення у зв'язку з розвитком рубців та злук на місці пошкодження.

Хворих з наслідками травм спинного мозку В.М. Угрюмов (1961) поділяє на 3 групи:

I група – хворі, яким операція забезпечує декомпресію спинного мозку і таким чином створює умови для відновлення функцій.

II група – хворі, у яких після операцій рухова функція відновилась частково, залишились парези і паралічі.

III група – хворі з тяжкими ушкодженнями спинного мозку, в тому числі з повним перериванням його. У таких випадках розлади функції спинного мозку незворотні.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану соматичної та вегетативної нервової системи, нервово-психічного стану хворого, попередження ранніх післяопераційних та віддалених ускладнень (пневмонія, пролежні, атонія кишечника та ін.); активація крово- та лімфообігу, поліпшення трофічних процесів; відновлення функції опорно-рухового апарату: зниження напруженості та розслаблення спастичних, підвищення тону і сили паретичних м'язів, попередження м'язових атрофій, тугорухомості у суглобах, відновлення активних рухів у паретичних кінцівках; підтримання функції тазових органів, сприяння розвитку пристосувальних процесів і функцій заміщення у хворих 3-ї групи.

**Показання** до призначення масажу: наслідки травм спинного мозку.

**Протипоказання** до призначення масажу: загальний тяжкий стан хворого, висока температура, септичний стан, нервово-психічні розлади, які утруднюють контакт з хворим, небезпека тромбоемболічних ускладнень.

**План** масажу залежить від локалізації, виду ушкодження, методу лікування, періоду та клінічного перебігу захворювання і зумовлений періодом лікування пошкодження хребта. Масаж розпочинають з перших днів після травми чи операції.

**Методика** масажу.

На початку курсу масажу, коли хворому не дозволяють повертатись в ліжку, проводять масаж передніх та бічних ділянок грудної клітки, живота, паретичних кінцівок. Масаж паретичної кінцівки повинен бути щадним. Починають з нижньої кінцівки. При цьому рекомендують проводити масаж за типом відсмоктувального, а саме: в першу чергу масажують стегно і сідничні ділянки, потім гомілку та стопу. Такої ж послідовності необхідно дотримуватися при масажі верхньої кінцівки. Надалі, при задовільній реакції хворого на масаж, в процедуру включають ніжне розминання: не зміщуючи м'язів, використовують прийоми валяння, стискання, натискування.

При порушеннях функції кишечника та при тазових розладах у перший період проводять масаж ділянки живота. При спастичному синдромі застосовують площинне поверхнєве та глибоке погладжування живота за годинниковою стрілкою, ніжне розтирання штрихуванням, пилянням, пересіканням, спіралеподібне розтирання. При атонії кишок масаж доповнюють дещо інтенсивнішими прийомами розтирання та розминання. Вібрація не показана. При порушенні функції сечового міхура в цей період проводять погладжування та розтирання пальцями лобкової ділянки.

Коли хворому за станом здоров'я можна буде повертатися на бік чи на живіт, йому проводять поза вогнищевий масаж спини: прихребтових та рефлексогенних зон  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  при порушеннях функції нижніх кінцівок і тазових органів та  $D_6-D_1$ ,  $C_7-C_3$  – при порушеннях функції верхніх кінцівок.

**Відновний період.** Масажу підлягають прихребтові зони, верхні та нижні кінцівки, включаючи, пояс кінцівок та їх вільну частину.

При спастичних явищах для зняття підвищеного тону м'язів кінцівок використовують площинне поверхнєве погладжування, ніжне розтирання пальцями, безперервну вібрацію, поздовжнє розминання, валяння. Для розтягнутих м'язів-антагоністів застосовують погладжування поверхнєве та глибоке, розтирання пальцями, пиляння, пересікання, поперечне розминання, стискання м'язів, переривчасту вібрацію. При в'ялих паралічах масаж паретичних м'язів включає поверхнєве і глибоке погладжування, ніжне розтирання, розминання натискуванням, стисканням, посмикуванням, та ритмічне зміщення м'язів, лабільну вібрацію. Ретельному масажу підлягають

місця прикріплення м'язів. Прийоми масажу необхідно суворо дозувати, постійно контролювати стан м'язів, не допускаючи підсилення тону спастичних, втомлення паретичних м'язів.

При порушенні функції кишечника та тазових розладах у цей період масаж починають з впливу на спину і таз прийомами погладження, розтирання, розминання. При спастичних явищах прийоми проводять ніжно, при атонічних – більш інтенсивно, доповнюючи переривчастою вібрацією. Потім масажують живіт. При спастичному кишковому синдромі застосовують поверхневе погладження передньої черевної стінки за годинниковою стрілкою, ніжне розтирання пальцями, штрихування, пиляння, пересікання, ніжне розтирання пальцями кишечника. При атонії кишок указані прийоми проводять дещо інтенсивніше, використовують розминання, вібрацію, стрясання. При атонії сечового міхура – масаж надлобкової ділянки та лобкової кістки: погладження, розтирання, безперервна вібрація.

Під час лікування масаж постійно поєднують з лікувальною фізкультурою. Необхідно залучати хворого до активної участі в процесі відновлення функції уражених кінцівок. Так, під час виконання пасивних рухів у суглобах кінцівок, хворий повинен намагатися напружувати м'язи для виконання руху, контролювати свої дії зором та давати словесну установку до виконання руху.

**Тривалість** процедури масажу при травмах хребта поступово зростає від 5-10 до 20-25 хв і більше. Масаж проводять щоденно, а в разі необхідності – декілька разів на день. Курс лікування – 1,5-2 місяці з перервами між ними на 2-3 тижні.

## 9.2. Масаж при захворюваннях суглобів

Захворювання суглобів характеризується болем у суглобах, їх деформацією, обмеженням рухів, больовими контрактурами, атрофією м'язів. При цьому страждає загальний стан організму: в першу чергу виникають ускладнення з боку серцево-судинної, дихальної, травної систем, тривалий спокій знижує фізичну активність хворого, послаблює загальну психологічну настроєність на трудову діяльність. Все це призводить до зниження працездатності, а нерідко – до інвалідності.

Захворювання суглобів поділяють на запальні (артрити) та дегенеративно-дистрофічні (артрози). До першої групи відносять ревматоїдний артрит та ревматичний артрит, анкілозивний спондилоартрит (хвороба Бехтерева) та ін. До дегенеративно-дистрофічних захворювань належать деформівний остеоартроз первинний, деформівний остеоартроз вторинний (на ґрунті травм, артритів чи уроджених аномалій), остеохондроз хребта, деформуючий сподильоз, спондилоартроз та ін. Вказані захворювання належать до самостійних захворювань суглобів. Можливі артрити та артрози, як прояв хвороб інших органів та систем: алергічних захворювань, захворювань сполучної тканини (вовчак, склеродермія та ін.), легень, шкіри, нервової, ендокринної систем, порушення обміну речовин (подагра) та ін.

Патологічний процес може розвиватися в одному суглобі (моноартрит) або в декількох чи багатьох (поліартрит).

У розвитку інфекційно-запальних захворювань суглобів провідна роль належить токсико-алергічним та імунним механізмам. Інфекція при цьому відіграє роль пускового фактора, і лише інколи мікробний агент виявляється в уражених суглобах (туберкульозний, гонорейний, бруцельозний артрит). Важливу роль при цьому відіграє зміна загальної та тканинної реактивності організму, переохолодження, фізичне перевантаження суглобів. Клінічний перебіг може мати гостру, підгостру та хронічну стадії. При артритах запальний процес спочатку уражає синовіальну оболонку, потім переходить на капсулу і тканини, які оточують суглоб; підсилюється виділення синовіальної рідини, що викликає набряк суглоба і обмеження рухів. З часом можливе повне зарощення суглоба і його повна нерухомість (анкілоз).

Дегенеративно-дистрофічні захворювання суглобів (артрози) розвиваються в результаті порушення кровопостачання, трофіки суглобів та як наслідок пошкоджень суглобового хряща при



систематичних тривалих перевантаженнях суглобів, їх постійній мікротравматизації. При артрозах виникають зміни в суглобовому хрящі з наступними кістковими розростаннями. Це призводить до деформації суглобових кінців кісток, обмеження рухів, сухожилково-м'язових контрактур. Захворювання уражає переважно суглоби нижніх кінцівок та хребет.

Зміни в самих суглобах при артритих і артрозах різко відрізняються лише на початку захворювання. На більш пізніх етапах ці грані можуть стиратися: до дистрофічних процесів у хрящі приєднується вторинна запальна реакція з боку тканин суглоба, а первинно запальні процеси в синовіальній оболонці можуть супроводжуватися дегенеративною деструкцією внутрішньо-суглобового хряща. Інфекційно-запальні захворювання суглобів супроводжуються запальною реакцією на інфекційно-токсичний агент (підвищена температура, лейкоцитоз, збільшення ШОЕ та ін.), а дистрофічні ураження, як правило, не супроводжуються цією реакцією.

Дегенеративно-дистрофічні зміни в хребтовому стовпі (остеохондроз хребта) виникають в першу чергу в міжхребцевих дисках, суглобах, зв'язковому апараті. Поступово в процес втягуються тіла суміжних хребців. У міжхребцевих дисках виникають дегенеративні зміни драглистого ядра, заміщення його уражених ділянок фіброзною сполучною тканиною. Диск втрачає тургор, сплющується, pojawiaються тріщини, зменшується його амортизаційна здатність. Неповноцінність диска призводить до зближення хребців, звуження міжхребцевих проміжків, тертя їх один об одній, травматизації хряща і кістки хребця кістковими розростаннями по його краях, що порушує крово- і лімфообіг, викликає набряк, може стиснути нервові корінці і судини.

Спочатку остеохондроз хребта проявляється болем при тривалому статичному напруженні, швидкою втомлюваністю м'язів спини, з часом виникає напруження м'язів спини, обмежується рухомість хребта, приєднується неврологічна симптоматика, яка залежить від характеру патологічного процесу та його локалізації. При різких рухах, значних фізичних навантаженнях можуть виникнути надрив і тріщина фіброзного кільця диска, через яку вичавлюється драглисте ядро, – виникає грижа диска. Залежно від локалізації грижа диска може стискати нервові корінці, судини або частини спинного мозку. З'являється різкий біль в ділянці спини у вигляді прострілу в ногу, руку чи міжреброві проміжки. Завдання та методика масажу при неврологічних проявах остеохондрозу хребта описані в розділі “Масаж при захворюваннях і травмах нервової системи”.

Масаж та лікувальну фізкультуру при захворюваннях суглобів можна вважати патогенетичним методом лікування внаслідок того, що тканини опорно-рухового апарату підлягають безпосередньому впливу масажу та рухів. Для нормальної функції суглоба це має велике значення, бо опорно-руховий апарат страждає не тільки від самого захворювання, але і від довготривалого і недозованого спокою. Остеопороз, атрофія хряща, фіброзне зморщування капсули при хронічних захворюваннях суглобів значною мірою зумовлені вимушеною нерухомістю, яка, в свою чергу, веде до нервово-трофічних порушень. Процес ускладнюється дистрофічними змінами в знерухомлених м'язах внаслідок погіршення кровопостачання в них. Знижується функціональна здатність м'язів внаслідок порушення функціонального стану сегментарних мотонейронів, спричиненого зменшенням аферентної імпульсації від знерухомлених м'язів. Виникає замкнуте коло, яке здатні розірвати масаж та лікувальна фізкультура.

Ефективність масажу значною мірою зумовлена чітким розумінням масажистом клініко-патогенетичної суті захворювання, тому перед початком масажу необхідно визначити характер процесу (гострий, підгострий, хронічний, його активність, функціональну здатність суглобів, самопочуття).

**Завдання** масажу: підвищити реактивність організму; нормалізувати функціональний стан соматичної і вегетативної нервової системи, прискорити розрішення патологічного процесу чи перехід його в підгостру стадію при хронічному перебігу; покращити кровообіг в уражених суглобах, шкірі, м'язах; зменшити напруження м'язів кінцівки, покращити їх трофіку, тонус, еластичність, скоротливість, силу, відновити амплітуду рухів у суглобах, сприяти розсмоктуванню ексудату, зменшенню болю.

**Показання** до призначення масажу: захворювання суглобів у підгострий період та в період ремісії.

**Протипоказання** до призначення масажу: важкий стан хворого, гострий період захворювання, що супроводжується підвищеною температурою вище субфебрильних цифр, збільшенням ШОЕ, лейкоцитозом; гнійні процеси в тканинах, остеомієліт, туберкульозне ураження суглобів та кісток, новоутворення кісток та суглобів, захворювання шкіри в ділянці суглоба.

**Методичні особливості** масажу при захворюваннях суглобів.

Перед процедурою масажист повинен спитати хворого про самопочуття, характер і локалізацію больових відчуттів, вивчити стан суглобів, їх функціональну здатність, стан покривних тканин, що прилягають до суглобів, та в ділянці сегментарних паравертебральних і рефлексогенних зон. Це допоможе у виборі ділянки масажу, масажних прийомів, їх дозуванні та оцінці ефективності масажу.

При захворюваннях суглобів верхніх кінцівок проводять масаж прихребтових зон на рівні  $D_6-D_1$ ,  $C_7-C_3$  хребців, задньої та бічних шийних ділянок, лопаткових, підключичних, дельтоподібних ділянок та верхніх кінцівок. При захворюваннях суглобів нижніх кінцівок проводять масаж прихребтових зон  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  хребців, поперекових, крижової, сідничних ділянок та нижніх кінцівок.

При захворюваннях суглобів кінцівки спочатку проводять підготовчий масаж всієї кінцівки, потім ретельно масажують нижче- і вищерозміщені відносно ураженого суглоба ділянки і лише після цього – сам суглоб.

Приступаючи до масажу суглоба, масажист повинен добре знати його нормальну конфігурацію, межі, доступи до суглобових сумок, об'єм рухів. При цьому особливу увагу потрібно звернути на кращі доступи до них.

Масаж уражених суглобів: погладжування, розтирання всієї поверхні суглоба площинне та обхоплююче пальцями чи долонною поверхнею кистей, спіралеподібними та коловими рухами; масаж сумочно-зв'язочного апарату суглобу: поздовжнє розтирання кінцевими фалангами долонної поверхні пальців, колове розтирання, штрихування, безперервна вібрація кінцями пальців та долонею. Ретельно масажують місця прикріплення сухожилків, сухожилкові піхви, суглобові сумки у місцях, найбільш доступних для масажу.

У перші дні масажу необхідно обминати болючі місця. При наявності зовнішніх ознак запалення суглоба (припухлість, підвищення температури, болючість та інш.) масаж проводять позавогнищево. До місцевого масажу приступають в міру зменшення запальних явищ.

З метою активації лімфоток, покращення дренажної функції глибоких судин ураженої кінцівки рекомендується проводити відсмоктуючий масаж спочатку з вищерозміщених (проксимальніших сегментів), а потім – з усієї кінцівки, починаючи від пальців. Щоб звільнити шляхи відтоку лімфи з порожнини суглобу при його набряках, масажують спочатку периартикулярні тканини, потім м'які тканини, що покривають суглоб. Основним масажним прийомом є розтирання у вигляді штрихування та спіралеподібного розтирання, яке проводять повільно і пошарово (шкіра, підшкірна жирова тканина, фасція). Після масажу м'яких тканин переходять до масажу самого суглобу.

При захворюваннях суглобів необхідно масажувати всі м'язи, які забезпечують його функцію: розміщені як проксимальніше, так і дистальніше. Причому вплив повинен бути диференційованим: послаблювати тонус при його підвищенні та підвищувати при його зниженні, використовуючи для цього відповідні прийоми.

Масаж з метою послаблення тонусу м'язів проводять після досягнення максимально допустимого розслаблення м'язів найбільш зручним вихідним положенням. Погладжування: поверхневе площинне (на кінцівках ще і обхоплююче), безперервне. Розтирання площинне однією чи двома руками у повільному темпі, рівномірно поступово підсилюючи глибину впливу, натискування, зміщення, розтягування, стискання м'язів, які неможливо відтягнути з їх ложа, та поздовжнє, поперечне, щипцеподібне розминання м'язів, які можна обхопити та відтягнути з їх ложа; вібрація: безперервна стабільна та лабільна, потрушування м'язів. Необхідно постійно контролювати тонус м'язів: рухи повинні бути ніжні, повільні, ритмічні, щоб не викликати його підвищення.

Масаж з метою підвищення тону м'язів. Погладжування: площинне поверхнєве та глибоке безперервне (на кінцівках ще й обхоплює поверхнєве та глибоке), переривчасте погладжування (короткими енергійними ритмічними скачкоподібними рухами); розтирання прямолінійне долонними поверхнями обох кистей, спіралеподібне розтирання тильними поверхнями кінцевих фаланг пальців однієї, двох рук чи обтяженою кистю, штрихування, стругання; розминання поздовжнє, поперечне, щипцеподібне чи натискування, стискання, зміщення, розтягування (в залежності від форми та локалізації м'яза, спочатку повільне, потім дещо інтенсивніше, захоплюючи всі шари м'яза на всьому протязі, від початку до прикріплення), посмикування; безперервна лабільна вібрація, легке пунктування та поколючування при вираженій атрофії м'язів та дещо інтенсивніше при незначному зниженні тону.

Масаж м'язових ущільнень проводиться долонною поверхнею кінцевих фаланг II-III чи II-IV пальців: спіралеподібне розтирання в поздовжньому та поперечному напрямках, штрихування, ніжне натискування прямолінійними рухами пальців з поступово зростаючою силою. Сила, з якою проводяться прийоми, змінюється залежно від чутливості масажованих тканин. Підсилення болючості та збільшення напруження м'язів свідчить про неадекватність впливу. На відміну від гіпертону м'язів, міогельози не реагують на вібрацію, а швидше реагують на сильне розтирання.

При артрозах масаж проводиться більш інтенсивно, ніж при ревматичному та ревматоїдному артриті. При поєднанні артрозу та артриті масаж проводиться за щадною методикою.

Масаж суглобів повинен супроводжуватися активними та пасивними рухами в них. При цьому одну частину кінцівки, що прилягає до суглоба, фіксують, а іншою рухають. Всі вправи виконуються повільно, вибираються саме ті вихідні положення, при яких тону м'язів найменший. На початку занять виконують прямолінійні рухи, які потім доповнюють коловими рухами – до появи помірної болючості. При проведенні пасивних рухів амплітуда не повинна перевищувати фізіологічних норм рухомості суглобів.

Хворий повинен бути навчений методиці виконання вправ для самостійних занять. Ефективно є механотерапія на маятникових апаратах, працетерапія.

Масаж добре поєднувати з мінеральними ваннами (радоновими, водневими, хлоридними), грязелікуванням, електролікуванням та ін. Послідовність застосування масажу, лікувальної фізкультури та фізіотерапевтичних процедур визначається в кожному випадку окремо. Найчастіше спочатку застосовують теплові процедури, потім прогріту ділянку масажують, після цього або в процесі масажу застосовують активні чи пасивні рухи, вправи з опором, розтягування, розслаблення. Напрямок та об'єм рухів визначається анатомічною будовою суглоба і станом його функції. При набряку тканин, лімфостазі та інших судинних розладах теплові процедури краще проводити після масажу.

**Тривалість** процедури масажу – 20-25 хв. Курс лікування – 15-20 процедур.

### Масаж при захворюваннях суглобів верхньої кінцівки

**План** масажу: масаж спини (починаючи від поясної лінії і вище), комірцевої зони, верхніх кінцівок. Вибірковому масажу підлягають уражені суглоби та м'язи, що забезпечують їх функцію. Пасивні та активні рухи в уражених суглобах.

**Методика** масажу. Масаж спини, комірцевої зони. Положення хворого – сидячи за масажним столиком, якщо стан не дозволяє – лежачи на животі. Погладжування: площинне в напрямку від поясної лінії до пахвових лімфатичних вузлів. Розтирання: долонною поверхнею кисті в поздовжньому та поперечному напрямках. Масаж паравертебральних зон  $D_6-D_1$ ,  $C_7-C_3$  хребців: поверхнєве та глибоке погладжування в напрямку від нижче- до вище розміщених сегментів; спіралеподібне розтирання пальцями чи опорною частиною кисті послідовно з кожного боку. Розминання натискуванням, розтягуванням, зміщенням трапецієподібного м'яза, місць його початку та прикріплення – спіралеподібним розтиранням, штрихуванням долонними поверхнями кінцевих фаланг пальців чи опорною частиною кисті. У міру розслаблення трапецієподібного м'яза масажують більш глибоко паравертебрально розміщені м'язи (ромбоподібний та найдовший

м'язи спини) прийомами натискування, розтягування. Розминання найширшого м'яза спини, надостьового, підостьового, підлопаткового, великого та малого грудного, підключичного, переднього зубчастого проводять у поздовжньому та поперечному напрямках зміщенням, розтягуванням, стисканням, натискуванням. Для кращого доступу до підлопаткового м'яза зігнути в ліктьовому суглобі руку заводять за спину. Краї трапецієподібного, найширшого м'язів спини, великого грудного м'яза, дельтоподібний м'яз, великий та малий круглі м'язи масажують прийомами поздовжнього та поперечного розминання. Силу впливу в ділянці потилиці зменшують.

Вібрація використовується диференційовано: для впливу на м'язи з підвищеним тонусом використовують безперервну вібрацію (стабільну, лабільну, потрушування м'язів), з пониженим – переривчасту (поколочування, поплескування, рубання, шмагання). Найчастіше виникає потреба послаблювати м'язи, що приводять плече та стимулювати скоротливу здатність м'язів, що відводять плече (дельтоподібний, надостьовий м'язи). При вираженій атрофії м'язів прийоми переривчастої вібрації протипоказані.

Масаж вільної верхньої кінцівки починають з підготовчого масажу: поверхнєве площинне та обхоплююче, глибоке площинне та обхоплююче погладжування, спіралеподібне розтирання плеча, потім передпліччя. Поверхнєве і глибоке площинне погладжування тильної та долонної поверхней кисті, поперечне та поздовжнє погладжування пальців. Потім проводять масаж усієї руки: площинне погладжування кисті, обхоплююче погладжування передпліччя та плеча в напрямку до пахвових лімфатичних вузлів. Рухи виконуються в повільному темпі, однією рукою чи послідовними рівномірними рухами обох рук, обминаючи лімфатичні вузли ліктьового згину та не затримуючись біля суглобів. Розтирання площинне обома руками, починаючи від кисті.

### Масаж при захворюваннях плечового суглоба

**План** масажу: спина (від поясної лінії), задня та бічні шийні ділянки, плечовий суглоб, плече, підключична ямка, бічні ділянки грудної клітки.

Масажу підлягають всі м'язи, що забезпечують функцію плечового суглоба. При цьому необхідно нагадати, що найширший м'яз спини, який приводить плече до тулуба, тягне верхню кінцівку назад, обертає її досередини, починається від остистих відростків V-VI нижніх грудних хребців, поверхнєвого (заднього) листка грудо-поперекової фасції та від клубового гребеня. Саме з цих ділянок і потрібно починати масаж м'яза.

У зв'язку з тим, що піднімання плеча вище горизонталі відбувається з участю лопатки, необхідно також масажувати м'язи, що забезпечують її рухомість: верхні та нижні волокна трапецієподібного м'яза, великий та малий ромбоподібні м'язи, м'яз – підіймач лопатки, передній зубчастий м'яз.

Пальпаторне та електроміографічне обстеження м'язів показало, що при захворюваннях плечового суглоба найчастіше підвищується тонус м'язів, що приводять плече. Причому зміни виникають і в симетричних м'язах, на практично здоровому боці задовго до появи клінічних проявів захворювання. Це і зумовлює ділянку та методику масажу: м'язи які приводять плече (великий грудний, найширший м'яз спини, надостьовий, великий та малий круглі, підлопатковий, дзьобо-плечовий м'яз), причому з обох боків, масажують з метою послаблення тонусу; м'язи, які відводять плече (дельтоподібний, надостьовий), – з метою підвищення тонусу. Масажу підлягає весь м'яз: його черевце, місце початку та місце прикріплення.

Для послаблення тонусу м'язів, що приводять плече, руку необхідно розмістити у найбільш зручне положення, яке дає можливість максимально розслабити їх: рука зігнута у ліктьовому суглобі під кутом 110°, розміщується на масажному столику, при цьому плече зігнуте під кутом 15°, відведене на 10-15° при масажі групи м'язів, що приводять плече, і до 45-50° – що відводять його. При обмеженні відведення плеча для кращого розслаблення м'язів рекомендують збільшити висоту стільчика чи зменшити висоту масажного столика. Погладжування: безперервне поверхнєве площинне та обхоплююче погладжування; розтирання: площинне розтирання обома руками в повільному темпі, збільшуючи глибину впливу в міру розслаблення масажованих тканин;

розминання ніжним, ритмічним натискуванням, зміщенням, розтягуванням плоских м'язів, країв плоских та обох круглих м'язів – поздовжнім та поперечним розминанням в повільному темпі, під постійним контролем їх тонусу.

Масаж з метою підвищення тонусу м'язів, які відводять плече: погладжування площинне та обхоплююче поверхневе ділянки надостьового і дельтоподібного м'язів, площинне та обхоплююче глибоке безперервне і переривчасте погладжування (короткими, енергійними скачкоподібними рухами), розтирання прямолінійне долонями обох рук, спіралеподібне розтирання пальцями чи опорною частиною кисті, обтяженою кистю, штрихування, стругання; розминання: поздовжнє та поперечне, спочатку спокійне, потім більш інтенсивне розминання окремо ключичної, надплечової та остьової частини дельтоподібного м'яза, а натискуванням, зміщенням – надостьового м'яза; вібрація: переривчаста – поколювання, поплескування, шмагання.

Масаж плечового суглоба (рис. 264) проводиться в положенні хворого сидячи за масажним столиком, плече дещо опущене. Для масажу передньої поверхні плечового суглоба руку пацієнта закладають за спину, задньої – рука хворого міститься на його протилежному плечі, масажист розміщується позаду пацієнта. Для масажу нижньої поверхні суглоба рука пацієнта розташовується на плечі масажиста (масажувати лімфатичні вузли заборонено). Техніка масажу суглоба описана вище. Обережна, поступова редресація – розтягування привідних м'язів плеча випрямленої та зігнутої в ліктьовому суглобі руки, активні та пасивні маятникові рухи в плечовому суглобі. При цьому необхідно слідкувати, щоб не піднімався уражений плечовий суглоб при відведенні плеча. Допускається легка болючість при рухах. Закінчують погладжуванням.

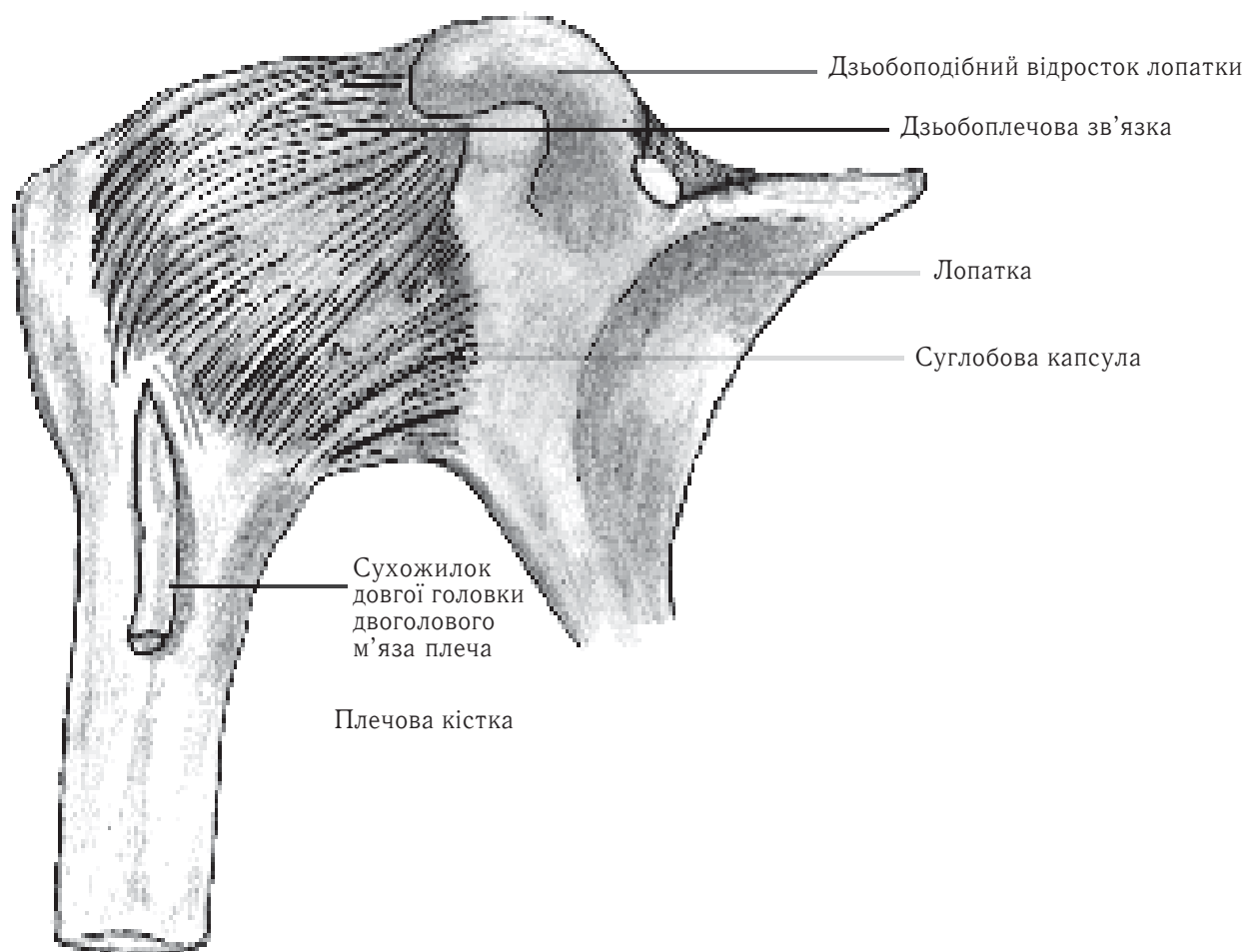


Рис. 264. Плечовий суглоб (правий, вигляд спереду).



### Масаж при захворюваннях ліктьового суглоба

Місцевому масажу підлягають передпліччя, плече, ліктьовий суглоб.

Положення хворого - сидючи за масажним столиком, рука зігнута в плечовому суглобі під кутом 15°, відведена на 45°, розігнута в ліктьовому суглобі на 110°, кисть пронована. Частіше, спостерігають послаблення тонусу групи м'язів-розгиначів передпліччя і плеча та підвищення – згиначів.

Масаж передпліччя і плеча проводять після підготовчого масажу всієї руки.

Масаж плеча. Погладжування: поверхневе та глибоке безперервне обхоплює, починаючи від ліктьового згину до пахвової ділянки однією чи двома руками послідовно, хрестоподібно. Розтирання: площинне та обхоплює, поздовжнє та поперечне, спіралеподібне розтирання опорною частиною кисті, гребенеподібне розтирання, пересікання, пиляння, стругання; щипцеподібне розтирання сухожилків, штрихування та спіралеподібне розтирання місць прикріплення сухожилків м'язів.

Розминання. Проводять окремо розминання м'язів переднього (відділ згиначів) та заднього (відділ розгиначів) відділів плеча. Починають з масажу м'язів-згиначів. Розминання м'язів-згиначів та м'язів-розгиначів плеча: поздовжнє розминання однією рукою, друга – фіксує руку пацієнта; поздовжнє та поперечне розминання однією чи двома руками у висхідному та низхідному напрямках, зміщення, розтягування, стискання, натискування, валяння, стругання. Розминання м'язів-згиначів проводять більш ніжно, не допускаючи різких рухів, доповнюючи його ніжним потрушуванням, стабільною та лабільною вібрацією. М'язи-розгиначі розминають більш інтенсивно, доповнюючи переривчастою вібрацією (постукування, поплескування, рубання). У присередній борозні двоголового м'яза плеча розміщений судинно-нервовий пучок – там інтенсивний вплив не показаний.

Масаж передпліччя. Погладжування. Поверхневе та глибоке безперервне погладжування від променево-зап'ясткового суглоба до ліктьового згину однією чи двома руками паралельно та послідовно. При погладжуванні заднього відділу передпліччя рухи закінчуються біля зовнішнього надвиростка, передньої – біля внутрішнього. Крім цього, використовують гладження, щипцеподібне погладжування окремих м'язових груп та сухожилків.

Розтирання. Масажист однією рукою фіксує за кисть руку пацієнта, другою проводить масаж. Поздовжнє поверхневе та глибоке прямолінійне і спіралеподібне розтирання пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібне розтирання, пиляння, щипцеподібне розтирання окремих м'язових груп та сухожилків. Окремо виконують розтирання заднього (відділ розгиначів) та переднього (відділ згиначів) відділів. Розтирання обома руками: кисть пацієнта укладається в середнє між пронацією і супінацією положення, мізинцем до столу; виконується поздовжнє прямолінійне розтирання долонями, опорними частинами кистей, пальцями, руки при цьому рухаються назустріч, одна з них масажує відділ згиначів, друга – відділ розгиначів передпліччя.

Розминання. М'язи переднього та заднього відділів передпліччя масажують окремо, починають з перших. При розминанні м'язів переднього відділу масажист фіксує руку в положенні супінації, заднього – пронації або в середньому між супінацією та пронацією положенні: поздовжнє розминання м'язів, щипцеподібне розминання окремих м'язових груп. Масаж двома руками: поперечне розминання та валяння. Натискування, стискання, зміщення, розтягування м'язів, які не відтягуються зі свого ложа. Розминання м'язів проводять від місць початку до місць прикріплення зі спіралеподібним розтиранням та штрихуванням останніх. Розминання м'язів – згиначів та привертачів проводять більш ніжно, розгиначів та відвертачів – інтенсивніше.

Вібрація: переднього відділу – стабільна, лабільна безперервна вібрація, потрушування м'язів; заднього відділу – переривчаста вібрація (поколочування, поплескування, рубання, шмагання).

Масаж ліктьового суглоба (рис. 265) проводять з ліктьового, променевого боку, задньої та передньої поверхонь. Найбільш доступна суглобова сумка ззаду. Масажувати лімфатичні вузли, розміщені на згинальній поверхні ліктьового суглоба, забороняється – техніка масажу описана вище.

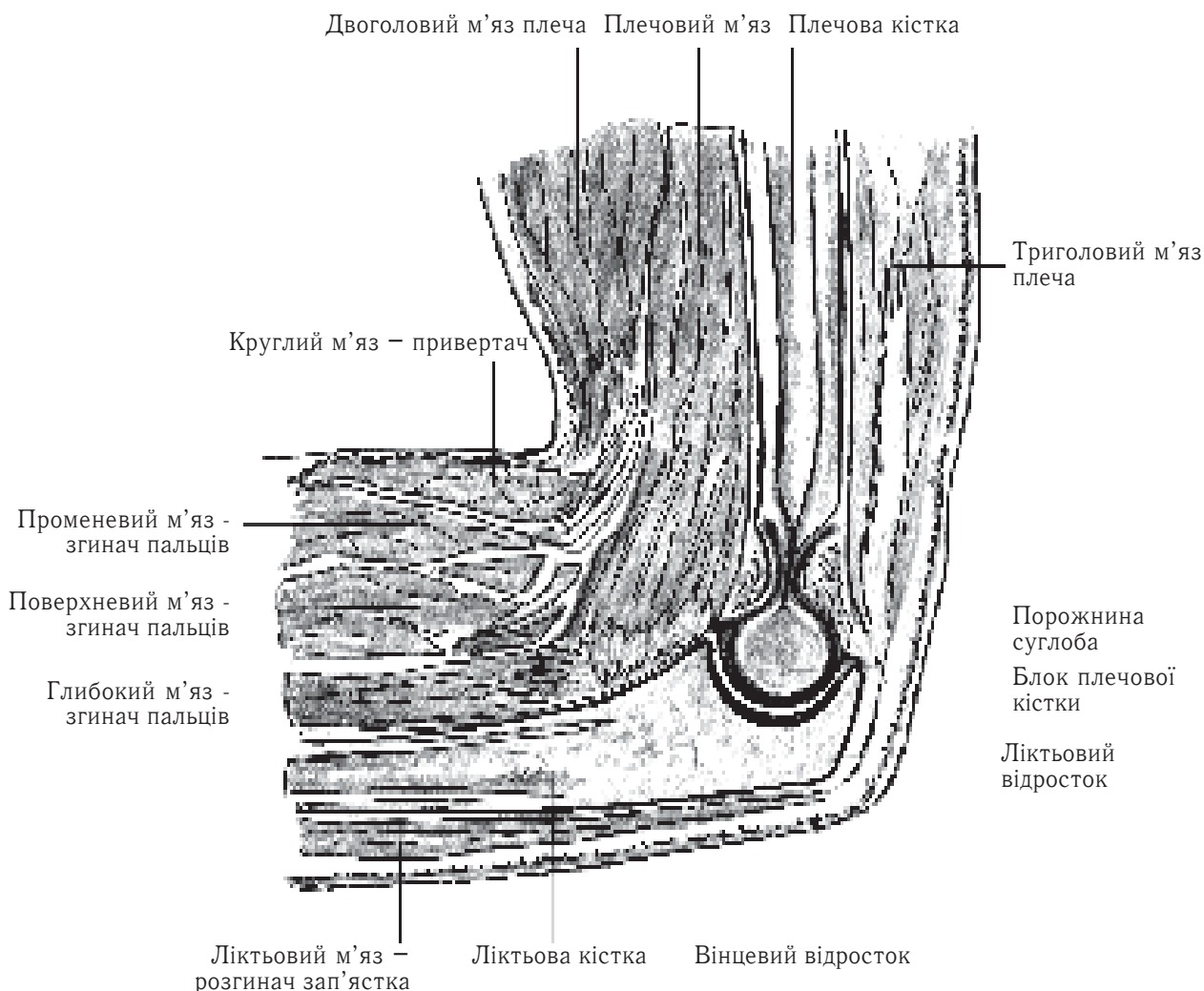


Рис. 265. Ліктьовий суглоб (правий, вигляд спереду, порожнина ліктьового суглоба розкрита сагітальним розпилом).

### Масаж при захворюваннях променево-зап'яткового суглоба та суглобів пальців кисті

Місцевому масажу підлягають передпліччя, кисть, променево-зап'ястковий суглоб.

Положення хворого – сидячи за масажним столиком. Рука зігнута в плечовому суглобі під кутом 15°, відведена – на 45°, положення кисті залежить від ділянки масажу: може бути в положенні пронації, супінації чи середньому між супінацією та пронацією положенні. Пальпаторно найчастіше визначається підвищення тону м'язів – згиначів кисті, зниження – розгиначів. При захворюваннях суглобів пальців кисті – зниження тону міжкісткових м'язів.

Масаж ділянки передпліччя проводиться за вищеописаною методикою. Кращий доступ до променево-зап'ясткового суглоба – з тильної та бічної поверхонь, тому сила натискування тут повинна бути меншою, ніж на долонній поверхні. Техніка масажу суглоба описана вище.

Масаж п'ястка, зап'ястка. Спочатку масажують тильну поверхню кисті. Кисть пронована, розміщена на валику чи кисті масажиста. Погладжування площинне, починаючи від пальців масажні рухи продовжують до ліктьових суглобів. Всі інші прийоми проводять на п'ястку та зап'ястку: розтирання спіралеподібне, штрихування, розтирання кожного сухожилка щипцеподібне, розтирання міжкісткових проміжків одним пальцем або граблеподібне; розминання міжкісткових м'язів зміщенням сусідніх п'ясткових кісток у протилежних напрямках.



Масаж долонної поверхні п'ястка та зап'ястка: погладжування опорною частиною кисті, граблеподібне, щипцеподібне розтирання пальцями бічних поверхонь кисті; розминання щипцеподібне м'яких тканин бічних поверхонь кисті, поздовжнє, поперечне, щипцеподібне розминання, розминання натискуванням і зміщенням м'язів підвищення великого пальця та мізинця. Прийоми переривчастої вібрації та інтенсивно виконані прийоми не показані.

Масаж суглобів пальців кисті проводиться з усіх боків, використовується погладжування: поздовжнє, поперечне, спіралеподібне; розтирання лінійне та спіралеподібне пальцями, щипцеподібне, штрихування випрямлених та зігнутих пальців; розтягування суглобових поверхонь між собою, супроводжуючи спіралеподібним розтиранням їх.

Активні та пасивні рухи в кожному суглобі пальців у всіх можливих напрямках з максимально можливою амплітудою. При обмеженні амплітуди рухів у суглобах: підгострий період - до відчуття легкого болю; до терпимого болю – в період ремісії.

Закінчують масаж потрушуванням м'язів, струшуванням, потім погладжуванням усєї кінцівки.

### Масаж при захворюваннях суглобів нижньої кінцівки

**План** масажу: масаж прихребтових зон  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  хребців, поперекових, крижової, сідничних ділянок, нижніх кінцівок. Вибірковому масажу підлягають уражені суглоби та м'язи, що забезпечують їх функцію. Пасивні й активні вправи для уражених суглобів.

**Методика** масажу. Масаж прихребтових та рефлексогенних зон. Масаж паравертебральних зон  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  хребців та рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з ними (поперекові, крижова, сідничні ділянки) проводиться в положенні хворого лежачи на животі, під гомілково-стопними суглобами валик. Погладжування площинне, сідничних ділянок – обхоплююче в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів. Розтирання долонними поверхнями обох кистей в поздовжньому та поперечному напрямках. Прямолінійне та спіралеподібне розтирання прихребетових зон долонними поверхнями кінцевих фаланг пальців. Розминання натискуванням пальцями, опорною частиною кисті чи кулаком м'язів по обидва боки хребта.

Розтирання поверхневе та глибоке поперекових ділянок, поперекових трикутників, сідничних ділянок долонними поверхнями обох кистей, опорними поверхнями кистей, кулаком, обтяженою кистю. Спіралеподібне розтирання долонними поверхнями кінцевих фаланг пальців гребенів клубових кісток. Розминання поздовжнє, поперечне, натискуванням, зміщенням, розтягуванням сідничних м'язів. Безперервна та переривчаста вібрація проводиться залежно від стану масажованих м'язів. Завершують погладжуванням.

Масаж нижньої кінцівки. Положення хворого – лежачи: при масажі передніх відділів кінцівки – на спині, під колінами валик, задніх – на животі, під гомілково-стопними суглобами валик.

Починають з підготовчого масажу всієї нижньої кінцівки. Положення хворого – на спині, під колінами валик. Поверхневе площинне та обхоплююче, глибоке площинне та обхоплююче погладжування спочатку стегна, потім гомілки симетричними чи послідовними рухами рук. Виконується декілька разів. За цей час погладжування охоплюється вся поверхня стегна та гомілки. Площинне погладжування долонною поверхнею кисті тильної та підшовної поверхонь стопи, обхоплююче погладжування гомілки та стегна в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів. Прямолінійне чи спіралеподібне розтирання пальцями тильної поверхні стопи, гребенеподібне – підшви, площинне та обхоплююче розтирання обома руками гомілки та стегна. Рухи виконуються в повільному темпі, обминаючи підколінні і пахвинні лімфатичні вузли.

### Масаж при захворюваннях кульшового суглоба

**План** місцевого масажу: сідничні ділянки, стегно, кульшовий суглоб.

**Методика** масажу. Масаж сідничної ділянки. Положення хворого – лежачи на животі, погладжування від зовнішньої поверхні клубової кістки, задньої поверхні крижової кістки та куприка в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів: площинне та обхоплююче, поверхневе та глибоке погладжування, погладжування опорною частиною кисті, обтяженою кистю.

Розтирання циркулярне тильною поверхнею кінцевих фаланг пальців, опорною частиною кисті, кулаком, обтяженою кистю, гребенеподібне, пиляння, пересікання сідничної ділянки. Розтирання пальцями циркулярне та штрихування крижової і куприкової кісток, гребенів клубових кісток.

Розминання м'язів сідничної ділянки. Великий сідничний м'яз масажують в напрямку м'язових волокон від місць початку (зовнішня поверхня клубової кістки, задня поверхня крижової кістки, куприк) до сідничної горбистості стегнової кістки, далі до верхньої третини зовнішньої поверхні стегна, де його волокна вплітаються в широку фасцію. Використовують поздовжнє, гребенеподібне, поперечне розминання обома руками, стискання, натискування, зміщення, розтягування великого сідничного та глибше розміщених м'язів. При захворюваннях кульшового суглоба гіпотрофія в першу чергу виникає в сідничних м'язах. Тому інтенсивність виконання розминання та використання прийомів вібрації залежить від ступеня гіпотрофії: при відсутності та незначно вираженій гіпотрофії – більш інтенсивні прийоми розминання та переривчаста вібрація, при різко вираженій гіпотрофії: ніжне розминання і лише безперервна вібрація (ніжна лабільна та стабільна вібрація, потрушування).

Масаж стегна. Положення хворого під час масажу передньої стегнової ділянки – на спині, під колінами валик, задньої – на животі, під гомілково-стопними суглобами валик, починають масаж з проксимальних відділів гомілки. Напрямок рухів – до пахвинних лімфатичних вузлів. Погладжування площинне та охоплює, поверхнєве та глибоке погладжування всієї поверхні стегна паралельними чи послідовними рухами рук.

Розтирання. Площинне та охоплює розтирання долонними поверхнями кистей обох рук, які рухаються у протилежних напрямках, спіралеподібне розтирання пальцями, опорною частиною кисті, граблєподібне, обтяженою кистю, штрихування, пиляння, пересікання. Щипцеподібне розтирання сухожилків м'язів.

Розминання. Окремо масажують м'язи переднього, присереднього, заднього відділів стегна. Методика масажу залежить від стану м'язів: послаблюючий вплив при підвищеному тонусі чи тонізуючий при його послабленні за методикою, описаною в методичних особливостях масажу даного розділу. Якщо порушення тонусу не визначається, масаж проводиться за загальноприйнятою методикою: використовується поздовжнє та поперечне розминання, стискання, настискування, зміщення м'язів, гребенеподібне розминання, валяння, стискання. Закінчують спіралеподібним розтиранням пальцями чи штрихуванням місць прикріплення м'язів (див. розділ 4). Інтенсивність виконання окремих прийомів та їх різновидів також залежить від стану м'язів.

Масаж кульшового суглоба (рис. 266). Кульшовий суглоб розміщений глибоко, прикритий товстим шаром м'язів і малодоступний для масажу. Найбільш доступна ділянка суглоба – ззаду між сідничною складкою та великим вертлюгом. Для масажу використовують погладжування та розтирання глибоке, спіралеподібне пальцями, гребенеподібне, обтяженою кистю. На інших ділянках навколо суглоба після розслаблення м'язів, які його прикривають, виконують глибоке розтирання пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібно, обтяженою кистю. Закінчують масаж пасивними та активними рухами в кульшовому суглобі: в підгострий період прямолінійними рухами (згинання, розгинання, відведення, приведення стегна до незначного болю в положенні лежачи на спині та животі, сидячи, стоячи), в період ремісії доповнюють обертовими рухами (пронація, супінація та колові рухи до терпимого болю). Рухи повинні бути обережними, їх амплітуда збільшується поступово.

### **Масаж при захворюваннях колінного суглоба**

**План** місцевого масажу: стегно, гомілка, колінний суглоб.

**Методика** масажу стегна описана вище. Слід пам'ятати, що при захворюваннях колінного суглоба м'язова гіпотрофія в першу чергу виникає в чотириголовому м'язі стегна, масаж якого вимагає особливої уваги і виконується після підготовчого масажу стегна: спіралеподібне розтирання пальцями чи опорною частиною кисті, штрихування місця прикріплення сухожилка (горбистість великогомілкової кістки), цими ж прийомами продовжують масажувати сухожилок, наколінок, який розміщений в ньому, доходять до м'язового черевця. Розминання м'язового черевця: поздовжнє, поперечне розминання обома руками, стискання, натискування, зміщення

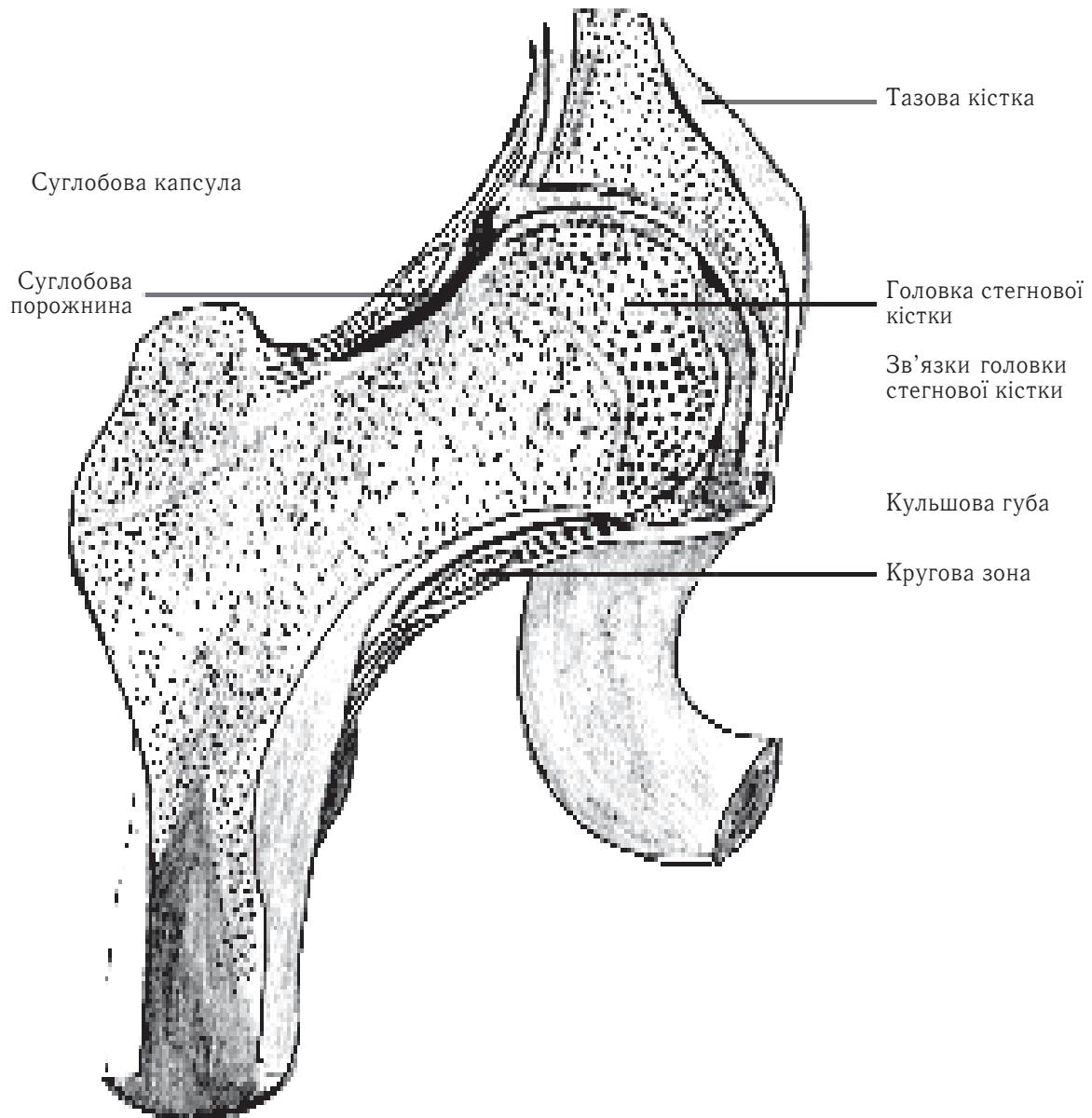


Рис. 266. Кульшовий суглоб (фронтальний розпил).

м'яза, гребенеподібне розминання. Закінчують спіралеподібним розтиранням пальцями чи штрихуванням місць початку головок м'яза (передня нижня клубова ость, великий вертлюг). При незначній гіпотрофії чи її відсутності допустимі більш інтенсивні рухи та переривчаста вібрація (пунктування, поколючування). У випадку значно вираженої гіпотрофії інтенсивність впливу зменшується.

У підгострій стадії захворювання колінного суглоба, а при тривалому хронічному перебігу – постійно виявляється підвищення тону м'язів задньої групи (розгиначів) стегна (двоголового м'яза стегна, півсухожилкового, напівперетинчастого м'язів). Масаж проводиться з метою послаблення їх тону за вищеописаною методикою.

Масаж гомілки. Положення хворого – лежачи на спині, під колінами валик. Погладжування: обхоплює прямолінійне поверхневе, потім глибоке, починаючи від пальців стопи до підколінної ямки однією рукою чи двома руками, які рухаються послідовно, гладження, хрестоподібне погладжування.

Розтирання: площинне та обхоплююче прямолінійне і спіралеподібне розтирання долонною поверхнею, її опорною частиною, пальцями, гребенеподібне розтирання, пиляння, спіралеподібне розтирання та штрихування окістя переднього краю великогомілкової кістки, щипцеподібне розтирання п'яtkового сухожилка. Прямолінійне погладжування та розтирання повторюється декілька разів, що дає можливість виконати ці прийоми на всіх поверхнях гомілки. Розминання: окремо масажують м'язи переднього, бічного (в положенні на спині) та заднього (в положенні на животі) відділів гомілки. Масаж м'язів переднього відділу: від великого пальця до внутрішнього краю великогомілкової кістки, від інших пальців до головки малогомілкової кістки проводять щипцеподібне розтирання сухожилків тилу стопи, поздовжнє, поперечне розминання, натискування, зміщення передньої групи м'язів пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібне розминання.

Розминання м'язів бічного відділу проводять в напрямку від бічної кісточки до головки малогомілкової кістки: розминання поздовжнє, поперечне, щипцеподібне, натискування, зміщення, гребенеподібне розминання. Розминання м'язів заднього відділу: поздовжнє і поперечне розминання однією та двома руками у висхідному та низхідному напрямках і спіралеподібним розтиранням місць початку та прикріплення, щипцеподібно – п'яtkового сухожилка. Стискання та валяння м'язів. При захворюваннях колінного суглоба найчастіше відбувається підвищення тонусу триголового м'яза литки. У такому випадку проводять більш щадну методику масажу.

Вібрація: прийоми переривчастої чи безперервної вібрації залежно від функціонального стану м'язів. Закінчують погладжуванням гомілки.

Масаж колінного суглоба (рис. 267, 268). Передню та бічну поверхні фіксують в положенні лежачи на спині, під коліном валик, задню – в положенні лежачи на животі, під стопами – валик. Площинне лінійне та спіралеподібне погладжування пальцями обох рук передньої поверхні суглоба, починаючи нижче наколінка (на 1,5-2 см), обходячи його з боків, продовжують рух вздовж обох країв сухожилка чотириголового м'яза стегна до середини стегна. Обхоплююче погладжування передньої та бічних поверхонь суглоба долонними поверхнями обох кистей, які рухаються колоподібно, послідовно, в протилежних напрямках (концентричне погладжування). Спіралеподібне погладжування пальцями всієї поверхні суглоба.

Розтирання: площинне лінійне та спіралеподібне розтирання по обидва боки наколінка та його країв. Обхоплююче розтирання долонною поверхнею кистей передньої, бічних поверхонь суглоба. Спіралеподібне розтирання пальцями, опорною частиною кисті, штрихування всієї поверхні суглоба, наколінка. Зміщення наколінка в усіх напрямках (нога випрямлена). Щипцеподібне розтирання сухожилків навколо колінного суглоба та штрихування місць їх прикріплення. Розтирання першим чи II-IV пальцями суглобової щілини, яка доступна на внутрішній поверхні суглоба в положенні зігнутого коліна.

Масаж задньої поверхні суглоба: прямолінійне колове та спіралеподібне погладжування і розтирання пальцями по боках підколінної ямки, щипцеподібне розтирання сухожилків, спіралеподібне розтирання та штрихування місць прикріплення сухожилків. Інтенсивні прийоми масажу в підколінній ямці не показані, що зумовлено розміщенням там магістральних нервів, судин, лімфатичних вузлів. Під час масажу, а також після нього проводиться поступова редресація - розтягування міогенних контрактур, обережно, щоб не викликати вираженого болю і підвищення м'язового тонусу.

### **Масаж при захворюваннях гомілково-стопного суглоба та суглобів стопи**

**План** місцевого масажу: гомілка, стопа, гомілково-стопний суглоб та суглоб стопи.

**Методика** масажу гомілки описана вище.

Масаж стопи. Положення хворого – лежачи на спині, під колінами валик. Погладжування: поперечне погладжування передньої та задньої поверхні пальців, поздовжнє погладжування бічних поверхонь пальців, площинне поверхнєве та глибоке погладжування тильної поверхні, щипцеподібно – бічних поверхонь, граблеподібно та гладження – підшовової поверхні в напрямку до гомілковостопного суглоба.

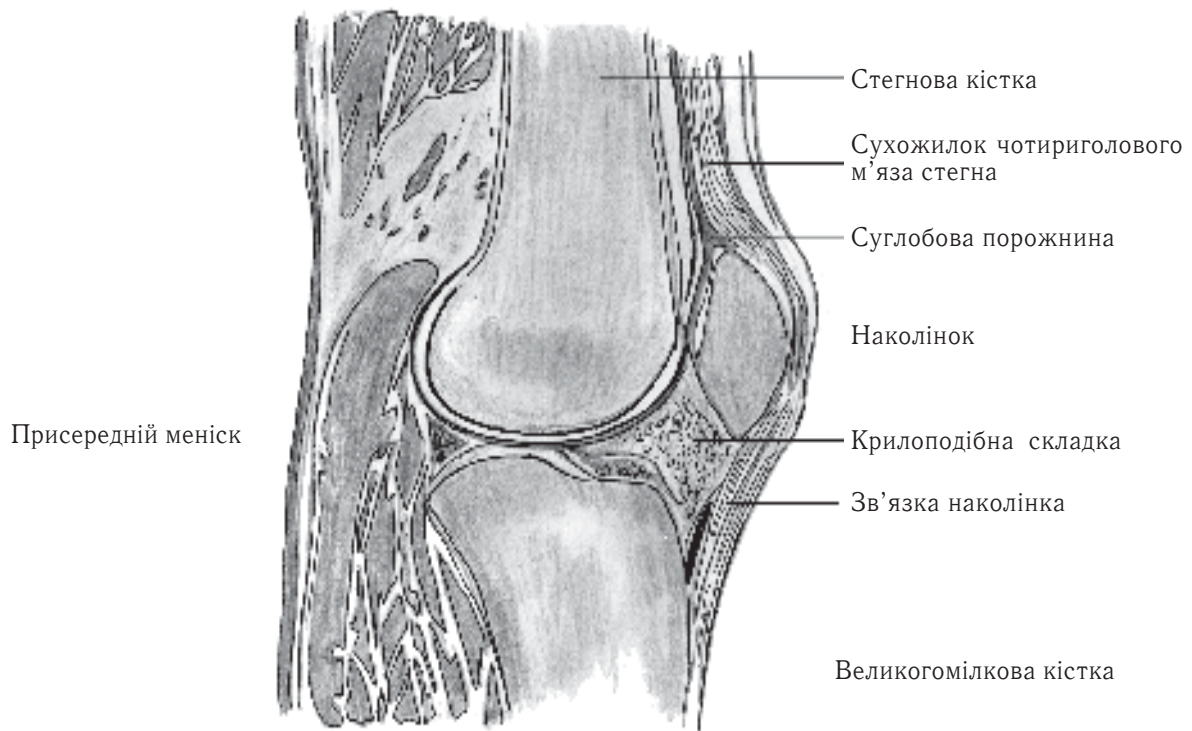


Рис. 267. Колінний суглоб (сагітальний розпил).

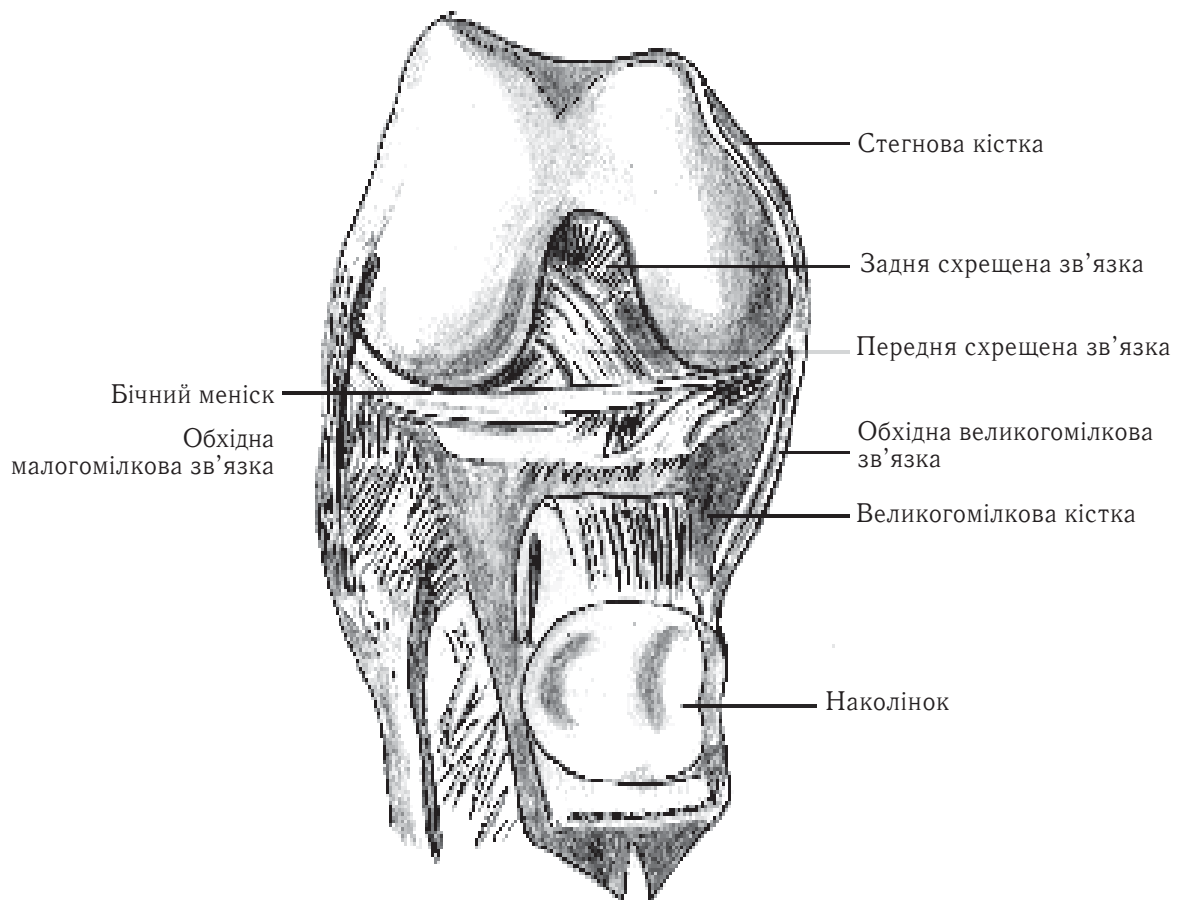


Рис. 268. Колінний суглоб (правий, розкритий, вигляд спереду та збоку).



Розтирання: щипцеподібне розтирання пальців та їх суглобів, бічних поверхонь стоп, сухожилків, міжкісткових проміжків першим пальцем чи граблеподібно, підшовової поверхні – опорною частиною кисті, гребнеподібно прямолінійними та спіралеподібними рухами кистей від пальців до п'ятки і навпаки.

Розминання: натискуванням та зміщенням м'язів тилу та бічних поверхонь стопи, пальців – щипцеподібно, м'язів підшви – гребенеподібно, м'язів підвищення першого пальця та мізинця – гребенеподібно та щипцеподібним розминанням, міжкісткових і червоподібних м'язів – зміщенням сусідніх плеснових кісток у протилежних напрямках.

Вібрація: вібраційні погладжування, лабільна вібрація, поколючування пальцями, рубання, шмагання підшовової поверхні.

Масаж гомілково-стопного суглоба. Масажу підлягають передня, бічні та задня поверхні суглоба, а також місця прикріплення сухожилків м'язів у ділянці суглоба. Погладжування колове та спіралеподібно по колу пальцями; розтирання спіралеподібно по колу, штрихування пальцями та опорною частиною кисті, циркулярне (кільцеве) розтирання променевими краями обох кистей, спіралеподібно розтирання пальцями та опорною частиною кисті бічної, присередньої кісточок, місця прикріплення п'яtkового сухожилка, щипцеподібно – самого сухожилка. Активні й пасивні рухи в усіх можливих напрямках у гомілковостопному суглобі з нижнім розтягуванням міогенних контрактур. Активні й пасивні рухи в суглобах стопи.

### Масаж при захворюваннях суглобів хребта

**План** масажу: масаж спини, хребта та прихребтових зон, масаж ділянок з локалізацією клінічних проявів, зумовлених захворюванням суглобів хребтового стовпа.

**Методика** масажу. Положення хворого – лежачи на животі, руки розміщені під головою або вздовж тулуба (в останньому випадку під голову кладуть невелику подушечку).

Масаж спини. Поверхнєве та глибоке площинне погладжування в напрямку від поясної лінії до пахвових і пахвинних лімфатичних вузлів.

Розтирання долонною поверхнею кистей в поздовжньому та поперечному напрямках прямолінійними рухами рук, спіралеподібно розтирання опорною частиною кисті, кулаком однієї чи обох рук, пиляння. Розтирання долонними поверхнями останніх фаланг пальців спіралеподібно, штрихування внутрішніх країв та нижніх кутів лопаток, лопаткової ості, гребенів клубових кісток. Граблеподібно розтирання ребер та міжребрових проміжків. Прямолінійні та спіралеподібні розтирання спини обтяженою кистю.

Розминання м'язів спини за ходом м'язових волокон, ретельно масажуючи як черевце, так і місця початку та прикріплення. Спочатку масажують поверхнєво розміщені м'язи спини, потім (в міру послаблення їх тону) – більш глибоко розміщені. Використовують натискування, розтягування, зміщення трапецієподібного м'яза, найширшого м'яза, надостьового, підостьового м'язів. Щипцеподібно, поздовжнє, поперечне розминання грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, країв трапецієподібного м'яза та найширшого м'яза спини, сідничного м'яза. З глибше розміщених м'язів більшу увагу приділяють ромбоподібному м'язу. Розминанню підлягають м'язи з обох боків спини. Інтенсивність виконання прийомів залежить від функціонального стану м'язів: при їх гіпертонусі вплив повинен бути більш щадним.

### Масаж прихребтових зон та хребтового стовпа

Масаж хребтового стовпа. Погладжування долонними поверхнями вздовж хребта та паравертебральних зон у висхідному напрямку. Спіралеподібно розтирання пальцями, опорною частиною кисті, підвищеннями першого пальця та мізинця остистих відростків від нижче- до вищєрозміщених відділів хребта. Граблеподібно розтирання міжостистих проміжків. Розтирання пальцями бічної поверхні хребців: при розтиранні дальнього (від масажиста) боку прийом виконується долонними поверхнями II-IV пальців, ближнього – перших пальців обох рук, при цьому кисті рухаються синхронно вліво-вправо, поступово переміщуючись вздовж усього хребта.

Масаж прихребтових зон: погладження площинне, розтирання спіралеподібне пальцями, кулаком, штрихування, пиляння, гребенеподібне розтирання; розминання глибоких м'язів паравертебральних зон зміщенням та натисканням. Для розминання м'язів прихребтових зон масажист розміщує II-IV пальці на дальньому (від масажиста) боці, перший – на ближньому. Пальці щільно прилягають до шкіри та м'язів, спіралеподібними рухами поступово заглиблюються в масажовані тканини, зміщуючи їх в напрямку до хребта, потім поступово зменшують натискання і переміщуються вище. При масажі II-IV пальцями перший служить опорою і навпаки. Ближній бік масажують також II-IV пальцями. Розминання можна виконувати долонною поверхнею кінцевих фаланг II і III пальців, які розміщуються по обидва боки хребта, гребенеподібно (поспідовно з кожного боку). Починаючи з крижів, руки поступово переміщуються від одного сегмента до іншого, вищерозміщеного. Для підсилення впливу, особливо окремих пальців, на масажуючу праву руку накладають ліву (обтяжена кисть).

У поперековому відділі хребта можна використовувати розминання зміщенням м'язів щипцеподібним прийомом поспідовно з кожного боку.

Глибокі м'язи спини в паравертебральних зонах грудного відділу хребта покриті трапецієподібними та ромбоподібними м'язами, тому масаж їх проводять лише після ретельного розслаблення більш поверхневих м'язів. Прийом виконується вертикально поставленими II-IV пальцями однієї чи двох кистей, які рухаються по бічній поверхні хребців, поступово заглиблюються в напрямку поперечних відростків, натискають на підлеглі тканини, здійснюючи ніжні коливальні рухи вліво-вправо разом з підлеглими тканинами. Поступово зменшуючи натискання, пальці переміщуються, виконуючи прийом вздовж всього хребта. Потім кисті опускаються до кута 25-35°. Перші пальці виконують ці ж рухи, масажуючи ділянки з'єднань ребер з хребтом (рис. 269). Так масажують дальній від масажиста бік, ближній можна масажувати першим чи II-IV пальцями (рис. 270-272).

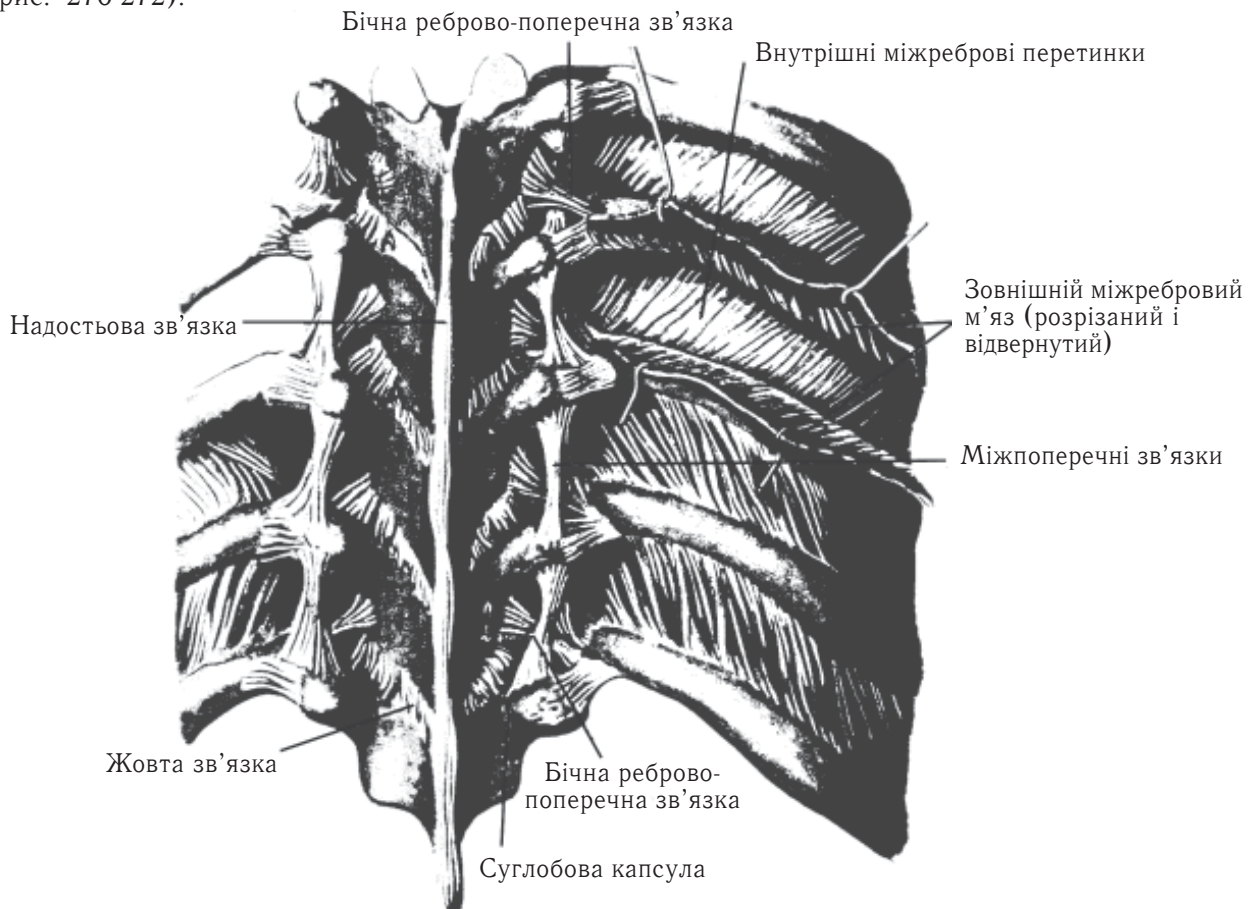
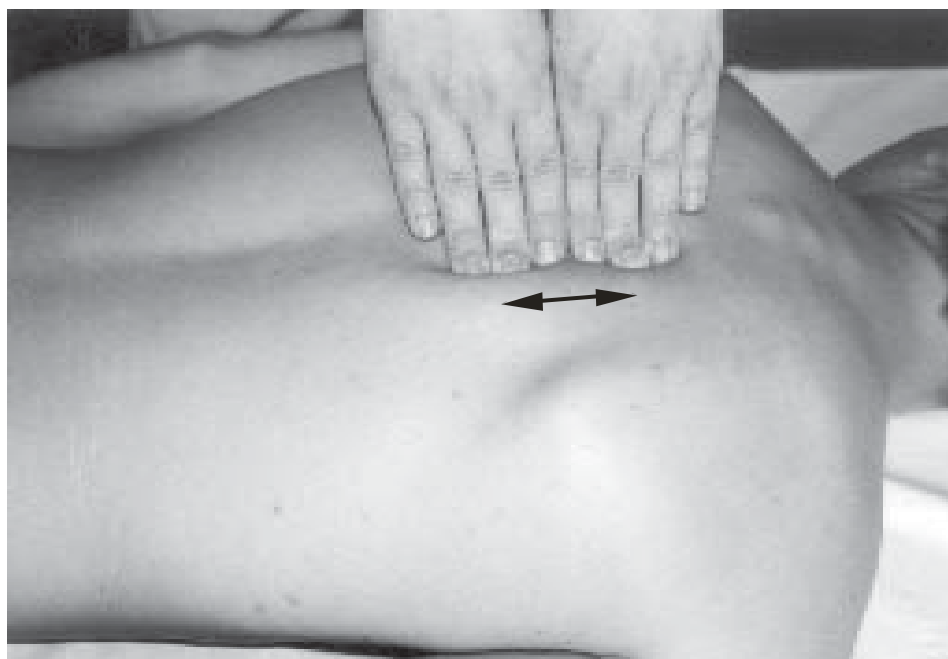


Рис. 269. Суглоби і зв'язки ребер і хребців (ззаду) (Р.Д. Синельніков, 1972).





*Рис. 270.* Розтирання в місцях з'єднань ребер з хребцями прямими пальцями з дальнього від масажиста боку.



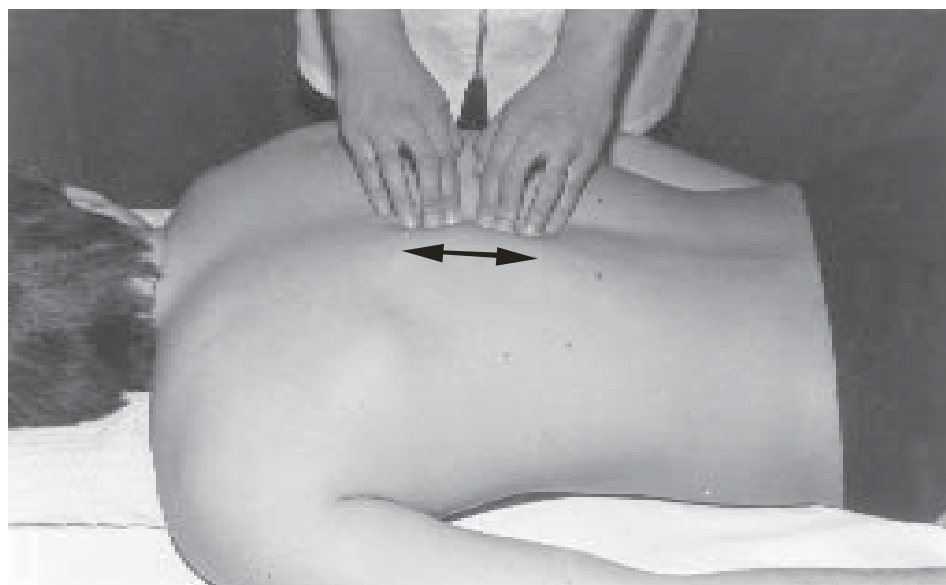
*Рис. 271.* Розтирання першими пальцями в місцях з'єднань ребер з хребцями з дальшого від масажиста боку.

Безперервна лабільна вібрація паравертебральних зон в місцях виходу спинно мозкових нервів: долонною поверхнею великого та вказівного чи великого та II-IV пальців, які розміщуються по обидва боки хребта або II-IV пальцями чи опорною частиною кисті послідовно з кожного боку. Зони з гіпертонусом м'язів та міогельози масажують за методикою, описаною на початку розділу.

Ритмічні ніжні натискування в ділянці хребта: кисті поступово переміщуються в напрямку до першого грудного хребця і навпаки. Темп натискувань – 20-25 за 1 хв. Кисті при цьому



А



Б

**Рис. 272. Розтирання зігнутими II-IV пальцями в місцях з'єднань ребер з хребцями:**

А – з дальшого від масажиста боку; Б – з ближчого до масажиста боку.

можуть розміщуватись перпендикулярно до хребтового стовпа (опорна частина кисті – на ближньому, пальці – на дальньому відносно масажиста боці) і послідовно натискувати кожною рукою або ж – симетрично, по обидва боки хребта, одночасно натискуючи обома руками. Прийом виконується лише за призначенням лікаря.

Незалежно від місця ураження суглобів хребта масажу підлягає весь хребтовий стовп та всі прихребтові зони з обох боків. Масаж шийно-грудного відділу можна проводити в положенні

хворого сидячи. Верхні шийні відділи масажують за спеціальними показаннями, які визначає лікар, враховуючи клінічні прояви захворювання.

Захворювання суглобів хребта нерідко супроводжуються найрізноманітнішою неврологічною симптоматикою, порушенням функції кінцівок, захворюваннями внутрішніх органів та ін. У такому випадку до вищеописаного масажу додають масаж уражених ділянок. Закінчують його дихальними вправами, загальнозміцнювальними та спеціальними вправами для хребта.

**Тривалість** процедури масажу – 20-25 хв. Курс лікування – 12-15 процедур.

### 9.3. Масаж при захворюваннях і травмах центральної та периферійної нервової системи

Масаж у неврологічній практиці є методом відновної терапії. Він широко використовується у лікуванні післятравматичних станів, судинних та інфекційних уражень центральної і периферійної нервової системи.

Клінічна картина травм та захворювань нервової системи складається з рухових, рефлекторних, чутливих, судинних, трофічних розладів, які залежать від характеру та локалізації ураження.

Захворювання і травми центральної нервової системи проявляються паралічами та парезами, які призводять до порушення рухових функцій. Розрізняють 1-й ступінь порушення рухів їх функцій (легкий парез), 2-й (помірний парез), 3-й (парез), 4-й (глибокий парез) і 5-й ступінь (плегія або параліч). Паралічі та парези при ураженнях центральної нервової системи носять назву центральних, або спастичних. Вони супроводжуються підвищенням тону м'язів, співдружними мимовільними рухами (синкінезіями), наявністю патологічних рефлексів.

При захворюваннях та травмах периферійної нервової системи, залежно від втягнення певної ділянки нерва у запальний або травматичний процес, розрізняють: радикуліт (запалення нервових корінців), неврит (запалення нервових стовбурів); плексит (запалення нервових сплетень). Ураження декількох периферійних нервів називають поліневритом (при запальному характері процесу в нервах) та полінейропатією (при токсичному, ішемічному чи дегенеративному процесі у них). Невралгії є особливою формою мононейропатій. Характерною рисою клінічної картини у хворих із запальними і травматичними ушкодженнями периферійної нервової системи є біль та порушення функції. Порушення функцій проявляється паралічами та парезами, які при захворюваннях периферійної нервової системи носять назву периферійних, основними ознаками їх є арефлексія, атонія, атрофія.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану центральної та периферійної нервової системи, психоемоційного статусу, поліпшення кровообігу, трофічних процесів в уражених ділянках, відновлення функціональної здатності нервово-м'язового апарату, попередження атрофій, контрактур та ускладнень, зумовлених тривалим перебуванням хворого у ліжку та гіподинамією, якнайшвидше функціональне відновлення хворого.

**Показання** до призначення масажу: захворювання і травми центральної та периферичної нервової системи після стабілізації неврологічної симптоматики та при її зворотному розвитку.

**Протипоказання** до призначення масажу: гострий період захворювань центральної та периферичної нервової системи, запалення головного і спинного мозку та його оболон, доброякісні та злоякісні пухлини, туберкульозне ураження нервової системи, небезпека утворення тромбів і крововиливів, порушення психіки, які утруднюють контакт з хворим, підвищення температури вище субфебрильних цифр.

**Методичні особливості** масажу при захворюваннях і травмах периферійної та центральної нервової системи.

Методика масажу залежить від характеру, локалізації, особливостей ураження, періоду захворювання, ступеня прояву клінічної симптоматики, загального стану хворого, його індивідуальних особливостей.

При порушенні функції кінцівок проводять масаж прихребтових і рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з ураженою кінцівкою, та масаж ураженої і здорової кінцівок. При

порушенні функції верхньої кінцівки масажу підлягають прихребтові зони D6-D1, C7-C3 хребців, задня та бічні шийні ділянки, лопаткові, дельтоподібні, підключичні ділянки та верхні кінцівки. При порушенні функції нижньої кінцівки – прихребтові зони S5-S1, L5-L1, D12-D10 хребців, поперекові, крижова, сідничні ділянки та нижні кінцівки.

При больовому синдромі під час перших процедур масаж уражених ділянок проводять дуже обережно або і зовсім не проводять. Прискорює зменшення болю масаж прихребтових та рефлексогенних зон, симетричних здорових ділянок, вищерозміщених сегментів кінцівки, ніжне погладжування, ніжно виконана безперервна стабільна та лабільна вібрація пальцями горизонтально розміщеної кисті.

Масаж уражених м'язів повинен бути диференційованим: послаблюючий при підвищенні їх тонусу і дещо інтенсивніший при його пониженні. Для зниження тонусу м'язів використовують прийоми поверхневого погладжування; ніжного розтирання, виключаючи прийом стругання; ніжно виконані прийоми розминання, не піддаючи м'язи значній деформації і значному зміщенню з їх кісткового ложа, виключаючи прийом посмикування; ніжно виконані прийоми безперервної вібрації (при виконанні стабільної і лабільної вібрації пальці розміщуються відносно тіла плазом); переривчаста вібрація не показана.

При проведенні масажу з метою підвищення тонусу м'язів усі вищевказані прийоми виконуються більш інтенсивно, в процедуру включають глибоке погладжування, стругання, поперечне розминання, зміщення, розтягування м'язів, безперервну лабільну і стабільну вібрацію перпендикулярно поставленими до поверхні тіла пальцями, переривчасто виконані прийоми погладжування, розтирання, розминання, переривчасту вібрацію (поколочування, поплескування, рубання, шмагання). Інтенсивність виконання вказаних прийомів залежить не тільки від клінічних проявів захворювання, але і від індивідуальних особливостей хворого.

При відсутності функції м'язів масаж необхідно проводити дуже обережно, поступово збільшуючи тривалість і силу впливу в міру відновлення функції. Масажу підлягають як поверхнево, так і більш глибоко розміщені м'язові волокна на всьому протязі м'яза: черевця, місць початку та прикріплення. Особливо ретельному масажу підлягають маловаскуляризовані тканини (сухожилки, зв'язки) в місцях прикріплення до кісткових виступів. Саме з них рекомендують починати масаж при підвищенні тонусу та болючості м'язів.

При порушеннях функції кінцівок масаж необхідно поєднувати з пасивними й активними рухами. При цьому хворий повинен залучатися до активної участі у виконанні рухів навіть у випадку їх відсутності: словесний наказ до дії, уявні рухи, ізометричне напруження м'язів, прикладання м'язових зусиль до виконання рухів. О.Ф. Вербов (1966) для „виховання” м'язів рекомендує:

- навчити хворого розслаблювати м'язи-антагоністи;
- навчити його скорочувати послаблені м'язи в міру можливості вибірково: без синергічних заміщень здорових м'язів;
- не допускати під час виконання фізичних вправ пере розтягнення паралізованих м'язів, яке може виникнути під впливом сили тяжіння сегментів та динамічної переваги м'язів-антагоністів;
- дотримуватись поступовості у використанні фізичних навантажень при тренуванні окремих м'язів, враховуючи ступінь зниження їх тонусу;
- усіма методами зберігати хорошу рухомість суглобів паралізованої кінцівки;
- підтримувати активність усіх м'язів однойменної здорової кінцівки при однобічному ураженні;
- при тренуванні паралізованих м'язів особлива увага повинна бути звернена на розвиток м'язового відчуття, м'язової пам'яті, координаційних зв'язків рухових навичок, для чого використовуються спеціальні вправи.

Для вивчення ефективності проведення процедур масажу необхідна об'єктивна оцінка порушень рухових функцій. Систематичне дослідження їх змін дасть можливість своєчасно корегувати завдання і методи масажу. Основними з них є:

- а) **можливість виконання ізолюваних активних рухів** у суглобах кінцівок;

б) **тонус м'язів** уражених кінцівок, який визначається при виконанні пасивних рухів і оцінюється в балах:

– динамічна контрактура – не удається пасивно змінити положення сегментів кінцівки (0 балів);

– можлива лише незначна амплітуда пасивних рухів (1 бал);

– значний гіпертонус – пасивно можна виконувати не більше 50 % нормальної амплітуди рухів (2 бали);

– помірний гіпертонус, пасивно виконується близько 70 % нормальної амплітуди рухів у суглобі (3 бали);

– незначний гіпертонус – відзначають незначне збільшення опору пасивним рухам при повній амплітуді пасивних рухів (4 бали);

– нормальний тонус – відповідає тонусу м'язів здорової кінцівки (5 балів);

– низький тонус – порівняно зі здоровою кінцівкою значно нижчий тонус м'язів;

в) **сила м'язів**, яка визначається при намаганні хворого виконати активні рухи. На верхній кінцівці визначається сила м'язів-розгиначів і відвідних м'язів плеча, на нижній кінцівці – згиначів гомілки і розгиначів стопи. М'язова сила визначається за п'яти бальною системою:

– відсутність скорочень м'язів – 0 балів;

– відчуття напруження пальпованих м'язів без наявності активних рухів – 1 бал;

– активні рухи виконані з допомогою (з полегшенням маси сегмента кінцівки) – 2 бали;

– активні рухи з подоланням маси сегмента кінцівки (без сторонньої допомоги) – 3 бали;

– активні рухи з подоланням помірного опору – 4 бали;

– сила м'язів відповідає силі симетричних м'язів здорової кінцівки – 5 балів.

Хворим, які за станом здоров'я перебувають тривалий час на ліжковому режимі, необхідно проводити масаж з метою профілактики можливих ускладнень акінезії: гіпостатичної пневмонії, порушення функції кишечника, пролежнів та ін.

При необхідності масажувати і верхні, і нижні кінцівки першого дня масажують верхні кінцівки, на другий день – нижні кінцівки з їх паравертебральними і рефлексогенними зонами і т.д.

Під час процедури та курсу лікування масажист повинен постійно контролювати динаміку стану хворого і при необхідності вносити відповідні корективи в методику масажу.

### **Масаж при невралгії трійчастого нерва**

Захворювання характеризується гострим нестерпним болем, частіше нападopodobного характеру, який може повторюватися по декілька разів на день і виникає при найрізноманітніших подразненнях (під час жування, чхання, вмивання, гоління), а інколи і без видимих причин. Біль може починатись від однієї гілки трійчастого нерва або поширюватись по трьох гілках (рис. 273) і навіть виходити за межі іннервації, не переходячи на протилежний бік. Біль може супроводжуватись спазмом мімічної чи жувальної мускулатури у вигляді спазму окремих груп м'язів (коловий м'яз ока, щічний м'яз та ін.), або ж захопити і всю половину лица. Як правило, загострення супроводжується вираженими вегето-судинними порушеннями: закладенням носа, виділенням слизу з носа, сльозотечею, гіперемією лица та ін. Захворювання нерідко набуває хронічного перебігу і вимагає тривалого лікування.

Первинна причина невралгії трійчастого нерва (НТН) невідома, вторинна невралгія виникає в результаті інфекції (грип), запалення додаткових пазух носа, захворювання зубів тощо.

**Завдання** масажу: зменшити больовий синдром, спазм мімічної та жувальної мускулатури; прискорити розрешення захворювання; подовжити період ремісії при хронічному перебігу.

**Показання** до призначення масажу: ураження трійчастого нерва на ґрунті грипозних та інших інфекцій, післятравматичні неврити та невралгії трійчастого нерва.

**Протипоказання** до призначення масажу: гострий біль, висока температура, збільшення ШОЕ, лейкоцитоз, загальні протипоказання.

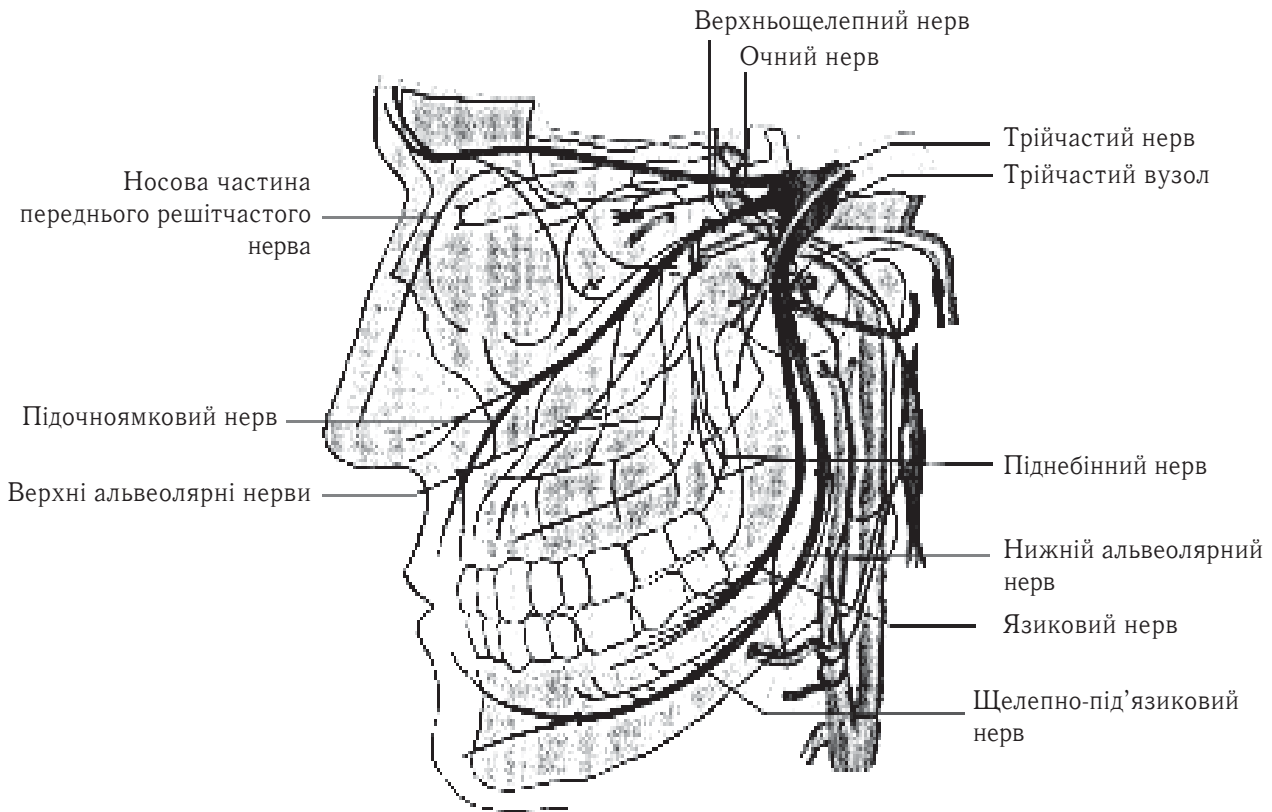


Рис. 273. Гілки трійчастого нерва.

**План** масажу: задня та бічні шийні ділянки, лопаткова, підключична ділянки, волосиста частина голови, лобна ділянка, здорова та уражена половини лица, масаж больових точок.

**Методика** масажу. Положення хворого: сидючи в кріслі, голова спирається на підголівник, при максимально розслаблених м'язах шії, спини, рук. Масаж прихребтових зон шії: погладження, розтирання, розминання. Масаж потилиці, задньої та бічних шийних ділянок: погладження, розтирання, розминання. Щипцеподібне погладження, розтирання, розминання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів. Масаж волосистої частини голови: граблеподібне погладження та розтирання; зміщення шкіри голови в сагітальній і фронтальній площинах. Масаж лица: площинне погладження, ніжне спіралеподібне розтирання, ніжне розминання натискуванням долонними поверхнями кінцевих фаланг пальців спочатку здорової, потім – ураженої половини лица. У місцях з підвищеним тонусом м'язів проводять ніжну вібрацію тильною поверхнею кінцевої фаланги горизонтально розміщеного вказівного чи середнього пальця.

Масаж больових точок у місцях виходу на поверхню кінцевих гілок трійчастого нерва: очного нерва – в ділянці очної ямки, на її надчочномковому краю; верхньощелепного нерва – на 0,5 см нижче підчочномкового краю орбіти, в підчочномковій ділянці, на рівні зіниць; нижньощелепного – в ділянці овального отвору, на 2 поперечних пальці назовні від середини підборіддя. Використовують погладження і розтирання колове, ніжне натискування, безперервну стабільну вібрацію долонною поверхнею кінцевої фаланги вказівного чи середнього пальців.

Під час перших процедур масаж ураженої половини лица не проводять. Зменшенню больового синдрому сприяє безконтактний масаж ураженого боку в напрямку масажних ліній. Різко виконані прийоми розтирання, інтенсивне глибоке розминання, поколючування, рубання не показані.

Техніка масажу передбачає послідовне розширення ділянки, інтенсивності та тривалості впливу. До кожного наступного сеансу приступають при адекватній реакції на попередню процедуру масажу (табл. 20).



**Орієнтовний план масажу при невралгії трійчастого нерва (залежно від номера процедури)**

№ процедури	Ділянка масажу				Масаж хворої ділянки лица						Тривалість масажу (хв)
	Комірцева зона	Голова	Половина лица		Погладжування	Розминання	Вібрація безперервна	Точковий масаж			
			Здорова	Хвора				1	2	3	
1	+	+									5-7
2	+	+	+								7-10
3	+	+	+	+	+						10-12
4	+	+	+	+	+	+					12-15
5	+	+	+	+	+	+	+				15-17
6	+	+	+	+	+	+	+	+			17-20
7	+	+	+	+	+	+	+	+	+		20-22
8	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	22-25
9-12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	22-25

Примітка: 1 – точка виходу очного нерва; 2 – точка виходу верхньощелепного нерва; 3 – точка виходу нижньощелепного нерва.

**Курс** лікування; - 10-12 процедур щоденно або через день.

**Масаж при невриті лицевого нерва**

Лицевий нерв іннервує і м'язи м'язи лица, м'язи зовнішнього вуха, потиличне черевце потилично-лобового м'яза (рис. 274).

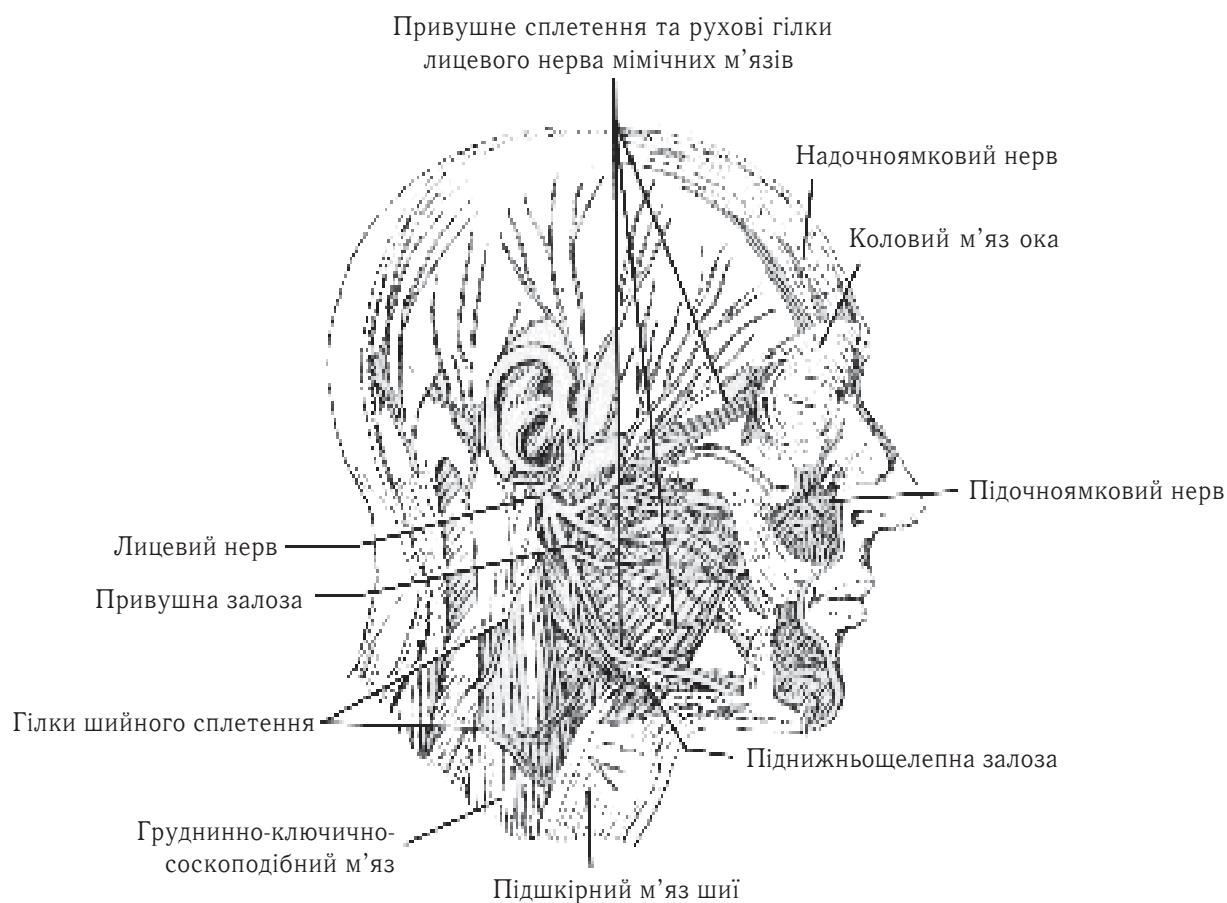


Рис. 274. Гілки лицевого нерва.



Неврит лицевого нерва виникає в результаті його травм чи захворювань, після грипу та інших інфекцій, а також в результаті запальних процесів у вусі, гнійних мастоїдитів та ін. Проявляє себе порушенням функції м'язів м'язів лица. Найчастіше він локалізується з одного боку (рис. 275).

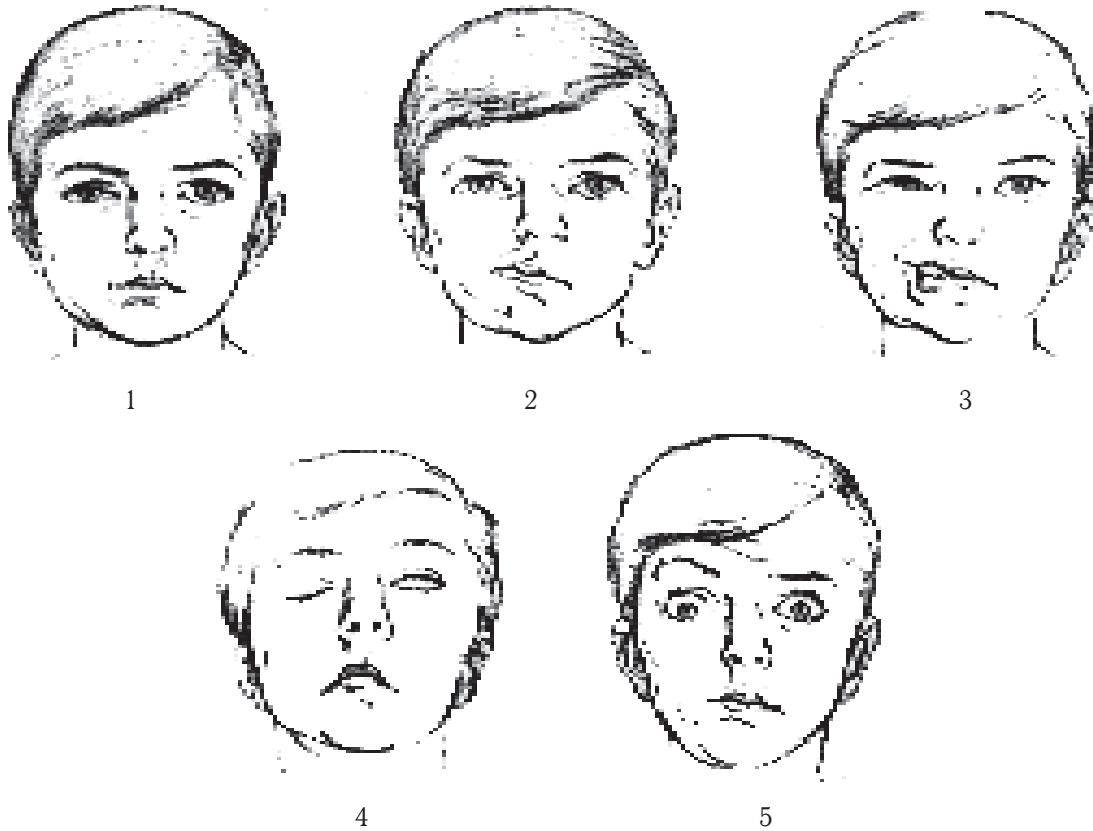


Рис. 275. Неврит лицевого нерва:

1 – асиметрія обличчя в спокої; 2, 3 – зглаженість носогубної борозни, посилення асиметрії при надуванні щік та вищірюванні зубів; 4 – при намаганні закрити око на боці ураження повіки повністю не стискаються і через відкриту очну щілину видно склеру повернутого догори очного яблука; 5 – асиметрія лобових складок при підніманні брів.

**Завдання масажу:** покращити кровопостачання лицевої ділянки, особливо на боці ураження, а також всієї комірцевої зони; відновити порушену функцію м'язів, попередити виникнення контрактур та співдружних рухів, відновити правильне промовляння звуків та букв.

**Показання** до призначення масажу: неврити лицевого нерва інфекційної етіології, після оперативного видалення пухлин, що стискували лицевий нерв, після повної санації гострого гнійного процесу в середньому вусі, що викликав неврит лицевого нерва, після травми нерва.

**Протипоказання** до призначення масажу: гострий запальний процес, гострий період захворювання, злоякісні новоутворення, загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж комірцевої зони, вплив на рефлексогенні зони голови, шиї, вушних раковин. Масаж здорової та ураженої половини лица.

**Методика** масажу. Методика масажу суворо диференційована і залежить від клінічних проявів захворювання, тяжкості та періоду його перебігу. Протягом першого тижня масажу не рекомендують проводити його на боці. У цей період проводять лише лікування положенням, масаж здорової половини лица та комірцевої зони, лікувальну гімнастику. Через тиждень (при умові задовільного перебігу захворювання) додають масаж ураженої половини лица. Лікування положенням включає таке: спати на хворому боці, жувати їжу як на боці ураження, так і на протилежному. 3-4 рази протягом дня схилити голову в бік ураження, підтримуючи її тильною

поверхнею кисті, рука спирається ліктем на стіл; зав'язуватись хустиною з підтягуванням м'язів зі здорового боку в бік ураження.

Положення хворого під час масажу: сидячи в кріслі з опорою потилицею чи лобом на підголівник (залежно від ділянки масажу), при максимальному розслабленні м'язів тулуба та рук, перед дзеркалом. Масажист розміщується позаду хворого. Масаж комірцевої зони: погладжування, розтирання, розминання (дуже легке), безперервна вібрація. Масаж волосистої частини голови: погладжування та розтирання граблеподібне. Погладжування, розтирання, розминання потиличного черевця потилично-лобового м'яза та м'язів задньої шийної ділянки. Безперервна вібрація пальцем в місцях виходу потиличних нервів. Масаж грудкино-ключично-соскоподібних м'язів: щипцеподібне погладжування, розтирання, розминання. Вібраційне погладжування голови, шиї. Масаж скроневих ділянок та вушних раковин – погладжування, розтирання. Щипцеподібне розминання вушних раковин. Масаж мимічної мускулатури здорової половини лица в ділянці лоба, навколо очей, губ, щік, шиї: погладжування, розтирання пальцями, розминання натискуванням; безперервна вібрація долонною поверхнею кінцевих фаланг пальців. Масаж зони виходу лицьового нерва біля шило-соскоподібного отвору ураженого боку: погладжування, розтирання, безперервна вібрація кінцем середнього пальця. Масаж уражених м'язів: ніжне площинне погладжування, розминання натискуванням, безперервна стабільна і лабільна вібрація пальцями горизонтально розміщеної відносно поверхні лица кисті.

Під час перших процедур масажу ураженої ділянки масажні рухи виконуються симетрично на обох половинах лица двома руками за заспокійливою методикою. В процесі відновлення функціональної здатності м'язів ураженої ділянки переходять до диференційованого масажу: кожну половину лица масажують окремо, починаючи зі здорової. На здоровому боці масаж проводять за заспокійливою методикою. На ураженій – поступово збільшують інтенсивність впливу за рахунок дещо глибшого розминання, посмикування, безперервної вібрації, ніжного пунктування і поколючування долонними та тильними поверхнями кінцевих фаланг пальців. При виконанні стабільної і лабільної вібрації кут розміщення пальців до масажованої поверхні поступово збільшується до прямого. Закінчують процедуру погладжуванням всіх ділянок лица.

Після масажу рекомендують виконувати такі вправи: піднімати, насуплювати брови, зажмурювати очі, опускати повіки, посміхатися з закритим та відкритим ротом, свистіти, розширювати ніздрі, піднімати верхню губу, опускати нижню губу, гасити сірник, надувати шоки, “полоскати” рот повітрям; відкривши рот, рухати язиком вліво, вправо, вперед, назад; опускати верхню губу; кінчиком язика водити по яснах в обидва боки при закритому роті. Вправи для поліпшення артикуляції: промовляти звуки “о”, “у”, “п-ф-в”, промовляти слова: “кішка”, “Фекля”, “Варфоломій”, “Волга” та ін. Вправи рекомендують виконувати перед дзеркалом, до цього обов'язково розслабити м'язи, в першу чергу на здоровому боці. Вправи виконувати одночасно на здоровому та хворому боках. Слідкувати за симетричністю рухів, обмежувати амплітуду рухів на здоровому боці, притримуючи м'язи рукою. На боці ураження вправи виконуються з допомогою рук пасивно, а при появі мінімальних активних рухів – з допомогою рук (пасивно) та самостійно (активно).

**Тривалість** процедури –10-15 хв. Курс лікування – 12-15 процедур через день або щодня.

### **Масаж при невралгії потиличних нервів**

Найчастіше захворювання виникає при інфекціях, травмах потиличної ділянки, переохолодженнях, захворюваннях шийного відділу хребта. Характеризується болем в потилиці, шиї, з іррадіацією в лопатку. Тонус м'язів голови та шиї на боці ураження підвищений, що викликає вимушене захисне положення голови: при односторонньому ураженні нахилена у хворий бік, при ураженні з обох боків – назад.

**Завдання** масажу: пліпшення кровопостачання в ділянці потилиці, задньої та бічних шийних ділянок; прискорення розрешення запального процесу, зменшення больового синдрому, набряків та відновлення функціональної здатності ураженого нерва, нормалізація тонуусу та відновлення функції м'язів.

**Показання** до призначення масажу: ураження потиличного нерва інфекційної етіології, післятравматична невралгія потиличного нерва, ураження потиличних нервів при захворюваннях шийного відділу хребта.

**Протипоказання** до призначення масажу: гострий період захворювання, виражений больовий синдром, гіпертонічний криз, порушення кровопостачання в басейні вертебро-базиллярної артерії та загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж комірцевої зони, голови, масаж больових точок.

**Методика** масажу. Положення хворого – сидячи, з опорою головою (лобною частиною) на підголівник. Масажист – позаду хворого. М'язи шії, спини, рук максимально розслаблені. Масаж прихребтових зон шії: погладжування площинне в напрямку від потилиці до пахвових лімфатичних вузлів. Проводиться обома руками одночасно чи послідовно. Обхоплює погладжування задньої та шийних ділянок в цих же напрямках послідовно з кожного боку. На боці ураження інтенсивність впливу зменшується. Виникнення больового синдрому чи посилення болю – не бажане. Спіралеподібне розтирання кінцями пальців потиличної ділянки в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішньо потиличного гребеня і навпаки. Спіралеподібне розтирання задньої шийної ділянки у напрямку погладжування. Розтирання в ділянці надостьової ямки.

Розминання м'язів задньої та бічних шийних ділянок натискуванням, зміщенням, трапецієподібного м'яза – поздовжнім та поперечним розминанням. Спіралеподібне розтирання в місцях початку та прикріплення м'язів з обох боків. На ураженій ділянці – під час перших процедур масажують лише місця початку та прикріплення м'язів. Поперечне, щипцеподібне розминання груднинно-ключично-соскоподібного м'яза, спіралеподібне розтирання місця початку (соскоподібний відросток) та місця прикріплення (груднина, ключиця).

Масаж волосистої частини голови: граблеподібне погладжування та розтирання волосистої частини голови. Розминання натискуванням і зміщенням скроневого м'яза та потиличного черевця потилично-лобового м'яза. Зміщення шкіри голови в сагітальній та фронтальній площинах.

Масаж больових точок: посередині між соскоподібним відростком та першим шийним хребцем, в місцях початку та прикріплення груднинно-ключично-соскоподібного м'яза, в центрі надостьової ямки: ніжне погладжування, розтирання кінцями пальців, безперервна ніжна вібрація першим чи середнім пальцем, не допускаючи виникнення болю. Постійно слідкувати за об'ємом рухів голови: збільшення – свідчить про адекватність впливу, зменшення – диктує необхідність перегляду методики масажу.

**Тривалість** процедури масажу: на початку курсу – 7-10 хв, обминаючи особливо болючі зони, поступово тривалість збільшується до 10-15 хв. Курс лікування – 8-10 процедур.

### Масаж при невралгії міжребрових нервів

Міжреброва невралгія може виникнути в результаті остеохондрозу хребта, сколіозу, деформівного спондилоартриту, травми, інтоксикації, інфекції, захворювань внутрішніх органів, після травм ребер та хребта. Основні клінічні прояви – біль та обмеження рухомості. Біль носить нападopodobний характер і звичайно локалізується біля хребта, по аксилярній лінії чи спереду, по краю груднини чи в ділянці прямого м'яза живота. Нерідко хворого турбує оперізуючий біль, який локалізується за ходом міжребрових проміжків і посилюється при різких рухах.

**Завдання** масажу: покращити лімфо- та кровообіг, зменшити набряки, покращити трофічні процеси, зменшити больовий синдром, відновити функціональний стан м'язів.

**Показання** до призначення масажу: невралгія міжребрових нервів.

**Протипоказання** до призначення масажу: виражений больовий синдром, який супроводжується високою температурою, збільшенням ШОЕ, лейкоцитозом; загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж прихребтових зон грудного відділу хребта, спини, місць виходу міжреберних нервів, бічних та передніх ділянок грудної клітки.

**Методика** масажу. Положення хворого – лежачи: при масажі спини – на животі, бічної ділянки грудної клітки – на здоровому боці, передніх ділянок – на спині. Можна масажувати в

положенні хворого сидячи “верхи” на стільці, руки на спинці стільця, під руками подушка. М’язи розслаблені.

**Масаж спини:** погладжування площинне, обома руками, розтирання долонними поверхнями кистей, їх опорною поверхнею прямолінійне та спіралеподібне. Розминання найширших м’язів спини, трапецієподібного, ромбоподібних, зубчастих м’язів натискуванням, зміщенням, країв двох перших – поперечним та поздовжнім розминанням. Масаж прихребтових зон: погладжування знизу догори, розтирання пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібне у висхідному та низхідному напрямках. Розминання глибоких м’язів спини, що розміщені по боках хребтового стовпа: зміщення, розтягування, натискування. Масаж у місцях виходу спинномозкових нервів: вібраційні погладжування, стабільна, лабільна вібрація пальцями, опорною частиною кисті чи гребенеподібно.

**Масаж ребер, ребрових дуг:** погладжування площинне, розтирання поздовжнє, поперечне, спіралеподібне пальцями, всією долонею чи опорною частиною кисті; міжребрових проміжків – граблеподібно.

**Масаж передніх ділянок грудної клітки:** погладжування, розтирання в напрямку від середньої лінії до ключиць, далі по підключичних ділянках до пахвових ділянок. Розтирання спіралеподібне пальцями груднини, реброво-груднинних з’єднань, ребер, нижніх ребрових дуг, граблеподібно – міжребрових проміжків у напрямку до хребта. Розминання грудних м’язів натискуванням, країв – поздовжнім розминанням. Розминання натискуванням зубчастих м’язів. Вібраційне погладжування передньої поверхні грудної клітки.

**Масаж болючих зон:** погладжування та спіралеподібне розтирання пальцями, безперервна вібрація спочатку паравертебрально, потім в ділянці міжребрових проміжків, де виявляється підвищена болючість. Під час перших сеансів масажу обминають зони найбільшої болючості, підключаючи вплив на них в процесі зменшення больового синдрому.

**Тривалість масажу** – 10-15 хв. Курс лікування – 8-10 процедур.

### **Масаж при невралгіях та невритах плечового сплетення**

Неврит плечового сплетення виникає в результаті травм плечового сплетення (рис. 276, 277) – поранення, контузії, переломів ключиці, вивиху плечового суглоба; при захворюваннях і травмах хребта та ін. Невралгія плечового сплетення виникає при різноманітних інфекціях, інтоксикаціях, порушеннях обміну речовин.

**Завдання масажу:** поліпшення кровопостачання, трофічних процесів у ділянці ураження, зменшення больового синдрому, прискорення відновлення нервової провідності, нормалізація функціонального стану м’язів, суглобів верхніх кінцівок.

**Показання** до призначення масажу: неврити та невралгії плечового сплетення.

**Протипоказання** до призначення масажу: гострий запальний процес, виражений больовий синдром, вивихи плечового суглоба, травми ключиці, загальні протипоказання.

**План масажу.** Масаж прихребтових зон шийних та верхніх грудних (D<sub>6</sub>–D<sub>1</sub>, C<sub>7</sub>–C<sub>3</sub>) хребців, задньої та бічних шийних ділянок, лопаткових, дельтоподібних ділянок, передніх та бічних ділянок грудної клітки, верхніх кінцівок, больових точок. Масаж проводиться обов’язково з обох боків, обминаючи або зменшуючи на перших його процедурах інтенсивність впливу на уражених ділянках з вираженим больовим синдромом.

**Методика масажу.** Положення хворого – лежачи чи сидячи за масажним столиком. Погладжування площинне спини від поясної лінії до пахвових ділянок, розтирання прямолінійне, спіралеподібне долонною поверхнею кисті, її опорною частиною, гребенеподібне, штрихування, пиляння. Площинне погладжування, лінійне та спіралеподібне розтирання задньої та бічних шийних ділянок. Масаж прихребтових зон від D<sub>6</sub> до C<sub>7</sub> та від потиличної ділянки до C<sub>7</sub>: площинне погладжування, розтирання пальцями, опорною частиною кисті, лінійне чи спіралеподібне, пиляння, штрихування; розминання натискуванням, зміщенням та розтягуванням. Розминання трапецієподібного м’яза, найширшого м’яза спини, ромбоподібного, надостьового, великого та

малого круглих м'язів натискуванням, зміщенням з їх ложа та розтягуванням, країв двох перших – щипцеподібним, поздовжнім, поперечним розминанням, круглих – щипцеподібним. Щипцеподібне та поперечне розминання груднинно-ключично-соскоподібного м'яза, розминання натискуванням драбинчастих м'язів. Особливо ретельно масажують місця початку та прикріплення м'язів. При вираженій болючості – щадний масаж.

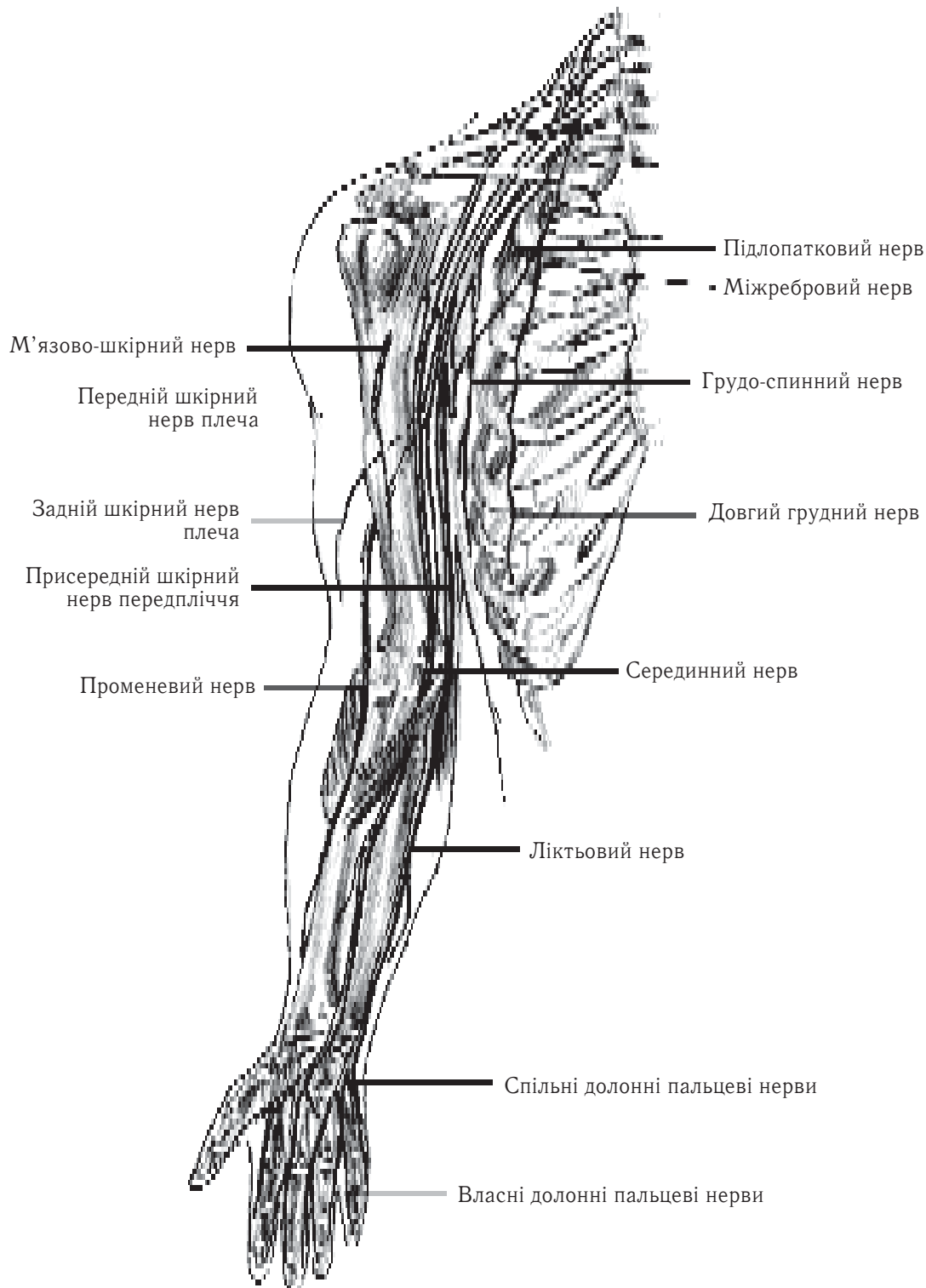


Рис. 276. Плечове сплетення та грудні нерви.



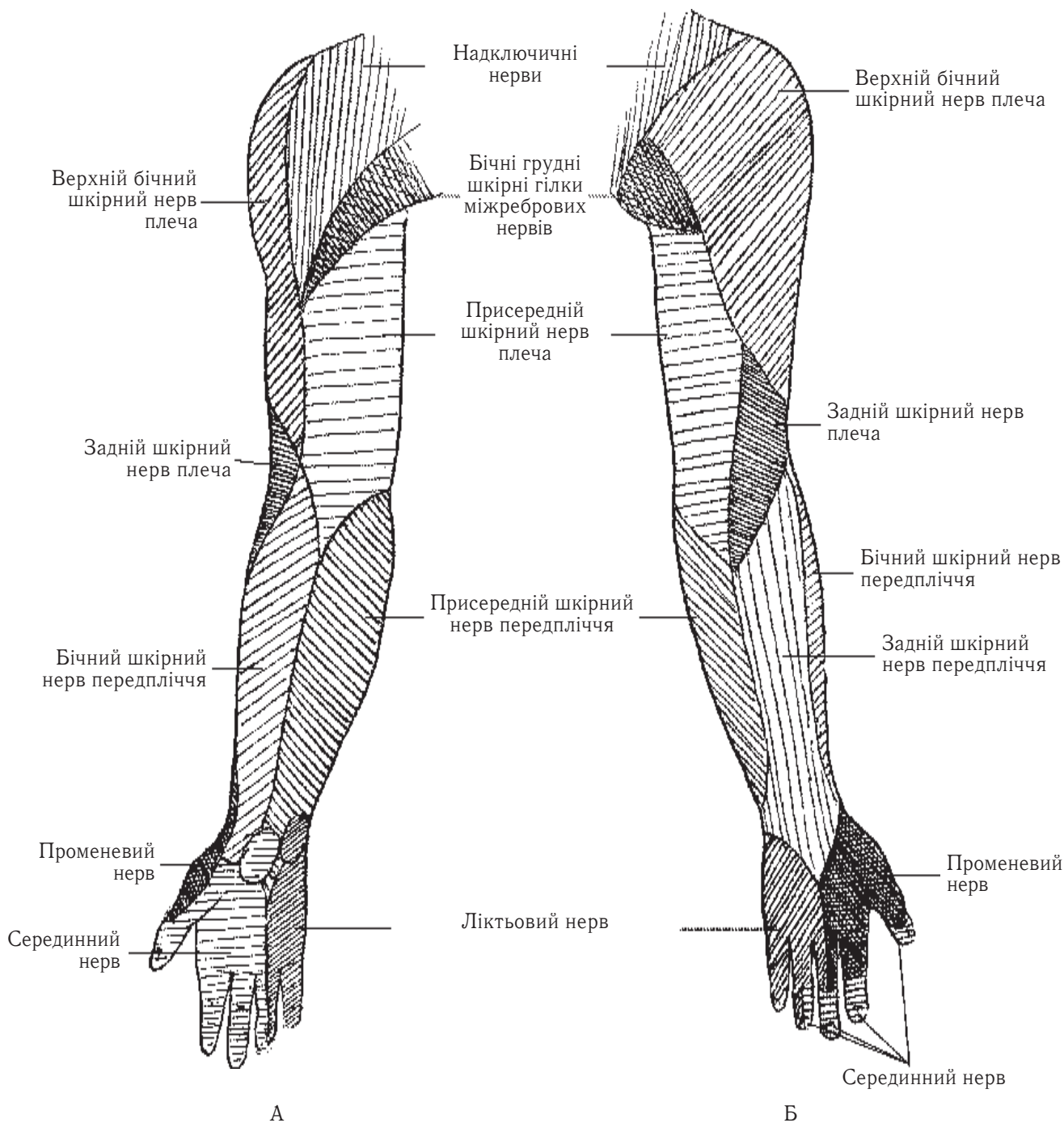


Рис. 277. Іннервація шкіри верхньої кінцівки:

А – передня поверхня; Б – задня поверхня.

Масаж передньо-верхньої поверхні грудної клітки: погладжування площинне в напрямку від середини до пахвових лімфатичних вузлів, розтирання пальцями, опорною частиною кисті, пиляння, штрихування. Погладжування, спіралеподібне розтирання, штрихування груднинно-ключичних та надплечово-ключичних суглобів. Розминання натискуванням, зміщенням, поздовжнім розминанням великих грудних м’язів, потрушування їх, на ураженому боці – ніжно. Масаж плечових суглобів: погладжування та розтирання охоплює, колове, спіралеподібне по колу пальцями та всією долонею. Спіралеподібне розтирання місць прикріплення м’язів у ділянці суглоба, болючих ділянок – ніжно. Розминання дельтоподібного м’яза поздовжнім

розминанням окремо передньої, середньої та задньої груп м'язових волокон, поперечним – усього м'яза. Безперервна вібрація на ураженому боці та переривчаста і безперервна – на здоровому боці.

Масаж здорової верхньої кінцівки. Підготовчий масаж в такій послідовності: кисть, передпліччя, плече; при набряках – спочатку плече, потім – передпліччя і кисть. Масаж здорової верхньої кінцівки починають від пальців: площинне – на кисті, далі – обхоплююче погладжування всієї руки. Розтирання поздовжнє та поперечне, штрихування, пиляння, пересікання. Спіралеподібне і колове погладжування та розтирання суглобів; спіралеподібне розтирання та штрихування пальцями місць прикріплення м'язів. Розминання поздовжнє і поперечне, натискування, стискання, валяння. Безперервна та переривчаста вібрація (остання виконується ніжно).

Масаж ураженої верхньої кінцівки. При явищах гіперестезії проводять ніжне поверхнєве погладжування, розтирання пальцями та опорною частиною кисті прямолінійне і спіралеподібне, валяння, не підсилюючи больових відчуттів. При гіпотрофії м'язів – погладжування поверхнєве і глибоке; прямолінійне і спіралеподібне розтирання пальцями, опорною частиною та долонною поверхнею кисті, пиляння, стругання, пересікання; переривчаста вібрація (поколочування, посмикування, шмагання). При порушеннях функції кінцівок, зумовлених паралічами і парезами масаж проводять дуже обережно, використовуючи ніжне погладжування, розтирання, розминання (окремо згиначів та розгиначів), безперервну вібрацію. В міру відновлення функції поступово збільшують тривалість і силу впливу, в процедуру поступово включають і ніжну переривчасту вібрацію. Інтенсивність впливу повинна бути адекватна зниженню функціональної здатності м'яза: чим більше виражені порушення, тим ніжніший вплив.

Масаж больових точок. Впливу підлягають точки в надостьовій, над- і підключичній ямці, груднинно-ключичний суглоб, місця початку і прикріплення великого грудного та великого і малого круглих м'язів, найширшого м'яза спини, дельтоподібного м'яза, місця початку та прикріплення м'язів у ділянці ліктьового суглоба, за ходом нервово-судинного пучка. Використовують ніжне погладжування, спіралеподібне, колове розтирання пальцями, штрихування, стабільну вібрацію. Під час перших процедур больові точки спеціальному масажу не підлягають і включаються в міру зменшення болю.

Закінчують процедуру масажу потрушуванням всієї кінцівки, активними та пасивними рухами в усіх її суглобах.

**Тривалість** процедури – 15-20 хв. Курс лікування – 10-12 процедур щоденно або через день.

### **Масаж при невралгії та невриті сідничного нерва**

Сідничний нерв за функцією змішаний, найтовщий з нервів тіла людини. Входить до складу крижового сплетення, яке утворене черевними гілками V поперекового, всіх крижових та куприкових нервів. Сідничний нерв покидає таз через великий сідничний отвір і переходить у сідничну ділянку, де віддає гілки до м'язів: внутрішнього затульного, близнюкових та квадратного м'яза стегна. Нерв проходить між м'язами заднього відділу стегна та іннервує їх. Не доходячи до підколінної ямки, сідничний нерв поділяється на дві кінцеві гілки: загальний малогомілковий і великогомілковий нерви, які іннервують шкіру та м'язи гомілки і стопи (рис. 278, 279).

Захворювання сідничного нерва бувають інфекційного (грип, ангіна, бруцельоз та ін.), застійного, травматичного походження, при запальних процесах в органах малого таза та внаслідок дегенеративно-дистрофічних змін у хребтовому стовпі (спондиліоз, остеохондроз та ін.).

Захворювання проявляє себе больовим синдромом в ділянці хребта, нижніх кінцівок, підвищенням тону м'язів поперекової ділянки, внутрішнього, зовнішнього косих та прямого м'язів живота на боці ураження. Обмежується рухомість в поперековому відділі хребта і нижніх кінцівок. Несприятливі метеорологічні фактори, переохолодження, перевантаження, незручна робоча поза сприяють загостренню захворювання. Одностороннє підвищення тону м'язів спини призводить до викривлення хребта, який може бути повернений випуклістю в хворий, здоровий бік або перемінно то в хворий, то в здоровий. При тривалому перебігу захворювання може спостерігатися атрофія м'язів: в першу чергу гомілки та стегна, рідше – сідничних.



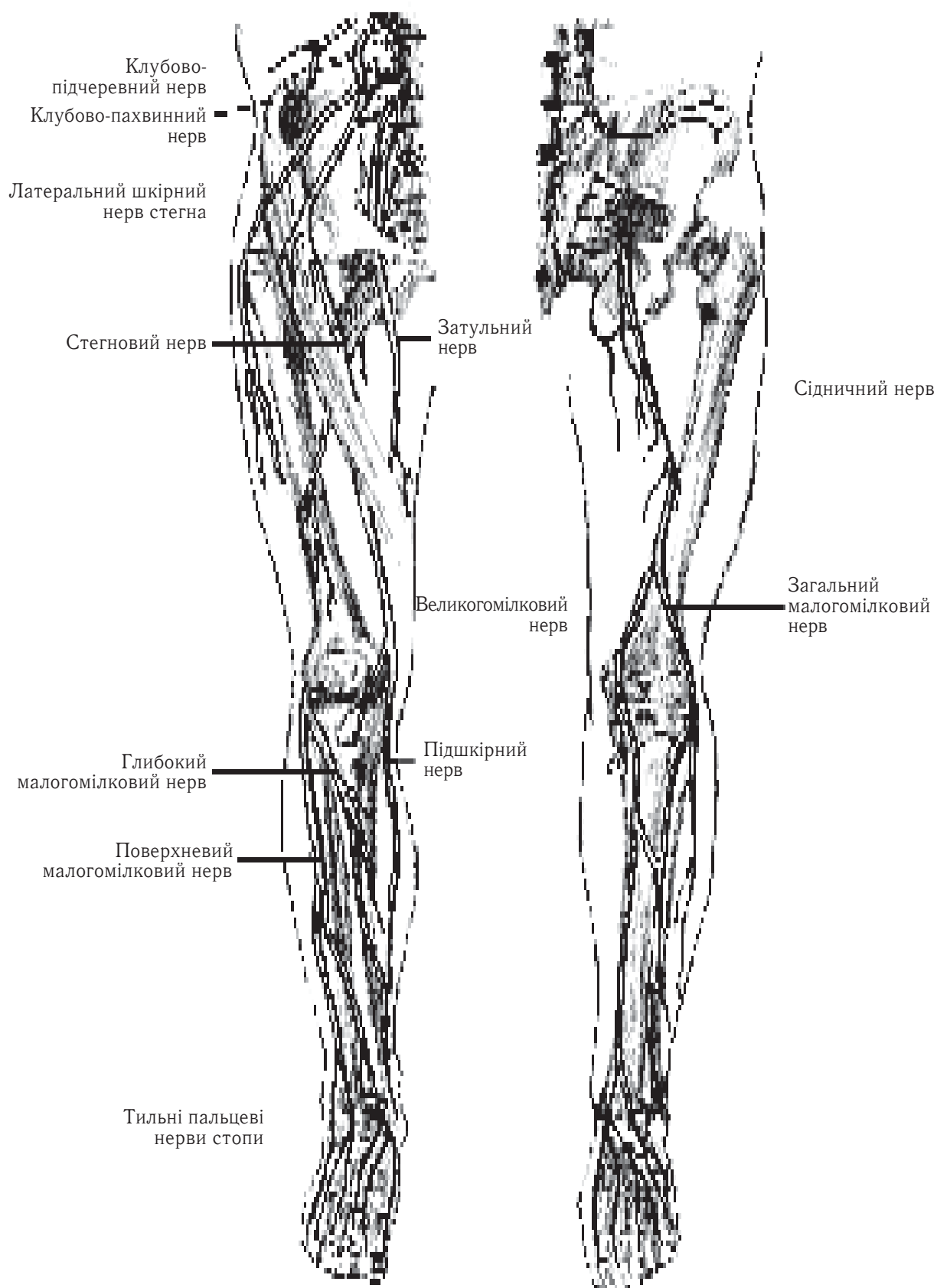


Рис. 278. Крижове сплетення. Нерви нижньої кінцівки.

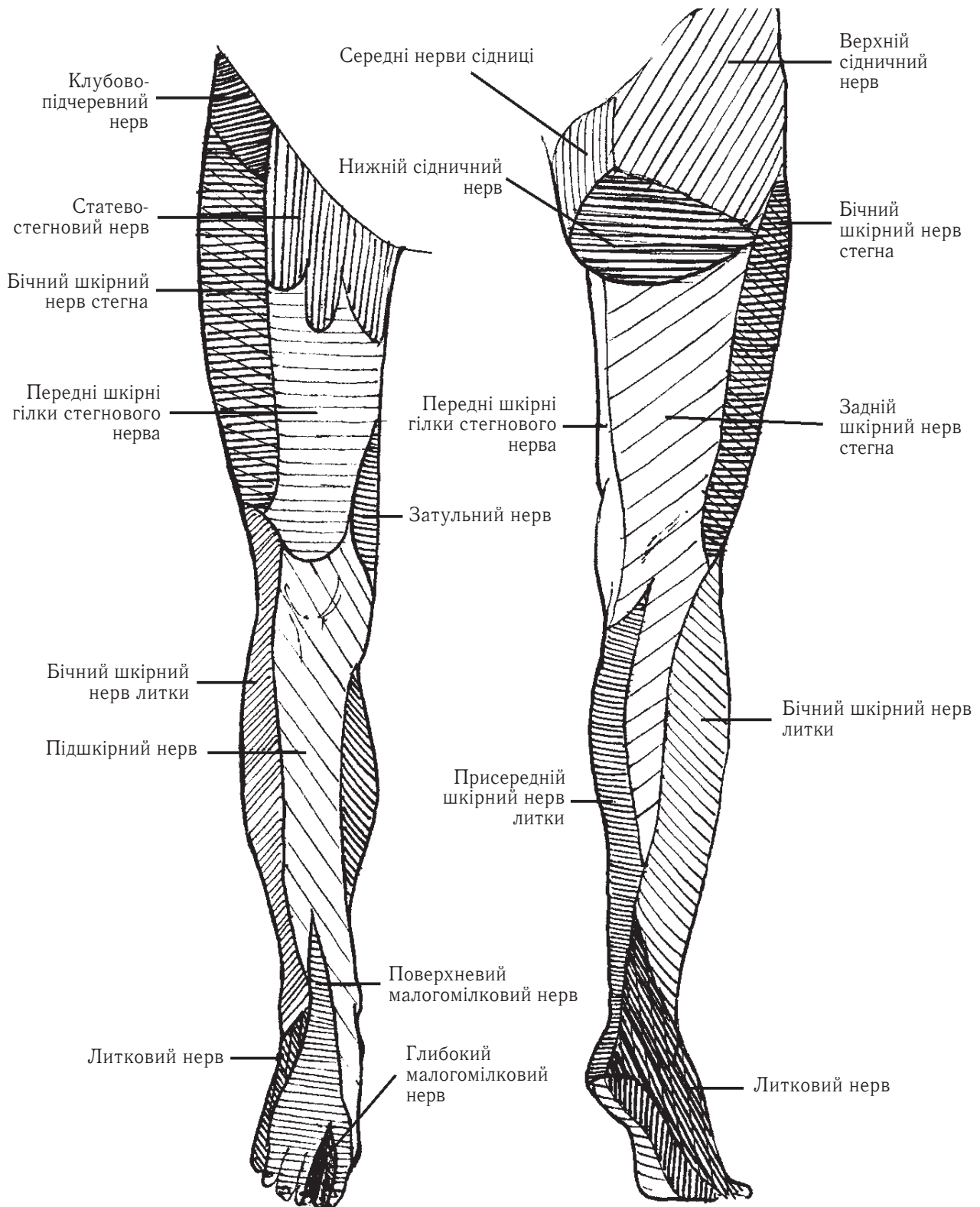


Рис. 279. Іннервація шкіри нижньої кінцівки.

**Завдання** масажу: покращити крово- та лімфообіг в поперековому відділі хребта та нижніх кінцівках, зменшити набряк сідничного нерва, покращити трофічні процеси, зменшити больовий синдром, прискорити відновлення нервової провідності, нормалізувати тонус м'язів, функціональний стан суглобів хребта і нижніх кінцівок.

**Показання** до призначення масажу: біль та обмеження функції в поперековому відділі хребта і нижніх кінцівках у підгострій та хронічній стадіях захворювання.

**Протипоказання** до призначення масажу: дискогенний характер болю, де необхідна мануальна терапія, різко виражений больовий синдром, підвищення температури вище субфебрильних цифр, загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж паравертебральних зон, крижових, поперекових, нижньогрудних ( $S_5 - S_1, L_5 - L_1, D_{12} - D_{10}$ ) хребців, сідничних ділянок, гребенів клубових кісток, нижніх реберних країв. Масаж здорової кінцівки. Масаж ураженої кінцівки. Масаж больових точок та нервово-судинного сплетіння.

**Методика** масажу. Положення хворого – лежачи на животі у зручному для максимального розслаблення м'язів положенні, при можливості – під гомілковостопними суглобами валик.

Підготовчий масаж. Погладжування площинне та обхоплює сідничних ділянок, крижової кістки, поперекового відділу хребта, нижніх реберних країв. Розтирання вказаних ділянок поздовжнє та поперечне долонною поверхнею кисті, її опорною частиною.

Масаж прихребтових зон від нижче- до вищерозміщених сегментів: погладжування поверхневе та глибоке; розтирання пальцями та опорною частиною кисті, лінійне та спіралеподібне, штрихування, пиляння, пересікання; розминання м'язів натискуванням, зміщенням пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібно.

Масаж сідничної: поверхневе та глибоке погладжування, розтирання долонними поверхнями кистей, гребенеподібно, пересікання, штрихування. Розминання сідничних м'язів поздовжнє, поперечне, гребенеподібно, натискування, зміщення. Гребенеподібно розтирання сідничних горбів та кульшових суглобів. Розтирання пальцями та опорною частиною кисті гребенів клубових кісток.

Масаж здорової кінцівки: погладжування, розтирання, розминання, стабільна вібрація, потрушування м'язів, струшування усєї здорової кінцівки.

Масаж ураженої кінцівки проводиться у підгострій період. Масаж не повинен підсилювати біль, а сприяти його зменшенню після кожної процедури. При вираженому болю на перших 2-4 процедурах використовують лише прийоми погладжування з легким натискуванням на тканини для загального впливу на шкіру, підшкірну основу, м'язи (без диференційованого впливу на останні). Спеціальний масаж нервів, больових точок у цей період протипоказаний. Після 2-4 процедури включають диференційований масаж м'язів, а також розтирання та вібрацію. Після 4-5 процедури, включають масаж нервових сплетень та больових точок. Масаж нервових сплетень: площинне погладжування долонною поверхнею великого пальця за ходом гомілкових, потім – сідничного нервів. Розтирання за ходом нервів проводять великими пальцями обох рук, що рухаються один за одним та описують напівколові рухи назовні. Вібрація: безперервна лабільна вібрація за ходом нервових сплетень, не допускаючи підсилення болю. Масаж больових точок проводиться в ділянці прихребтових зон крижових та поперекових хребців, у ділянці сідничної складки, між середньою та верхньою третиною заднього відділу стегна: погладжування, розтирання циркулярне, безперервна вібрація пальцями. Закінчують масаж погладжуванням усєї кінцівки та фізіотерапевтичними процедурами.

Ефективним є поєднання масажу з лікувальною фізкультурою. Основними засобами ЛФК є лікувальна гімнастика (ЛГ) та плавання. Основними вихідними положеннями для виконання вправ ЛГ є колінно-ліктьове та колінно-кистьове положення, лежачи на спині, лежачи на боці. На ураженій кінцівці виконуються активні та пасивні рухи та вправи на розтягування задньої групи м'язів стегна.

**Тривалість** процедури – 15-20 хв. Курс лікування – 12-15 процедур щоденно або через день.

### **Масаж при поліневритах, полірадикулоневритах**

Поліневрити – множинні ураження периферійних нервів. Вони виникають в результаті безпосереднього інфікування нервів (лептоспіроз, сифіліс та ін.), як прояв алергічної реакції

організму на різні інфекції (грип, скарлатина, вітряна віспа), після вакцинацій, в результаті дії факторів професійного характеру (тривале перенапруження, переохолодження, вібрація).

Синдром поліневриту проявляється ознаками порушення іннервації переважно дистальних відділів кінцівок, синдромами подразнення та випадання в чутливій сфері: біль, парестезії, а потім зниження всіх видів чутливості в дистальних відділах кінцівок за типом “шкарпеток” чи “рукавичок”. Розвиваються в’ялі парези та паралічі з гіпо- та арефлексією та вегетативні розлади в цих ділянках: пітливість, зміна забарвлення, температури, трофічні зміни шкіри, нігтів, кісток (остеопороз). Хворий може мати силу в плечових суглобах та недостатньо сили для активних рухів кистю.

Захворювання може розвиватися гостро та поступово. При прогресуванні захворювання м’язова атрофія поширюється і на проксимальні відділи, можуть розвиватися поширені паралічі, бульбарні порушення, паралічі дихальної мускулатури, уражатися черепні нерви.

**Завдання** масажу: покращити функціональний стан периферійних мотонейронів, відновити функціональний стан корінців та периферійних нервів, сприяти поліпшенню крово- та лімфообігу в зонах ураження, відновити функціональний стан нервово-м’язового апарату, зменшити больовий синдром.

**Показання** до призначення масажу: підгострий період захворювання та період остаточних явищ.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий стан хворого, гостра фаза захворювання, наявність інших захворювань в гострому періоді, значно виражена болючість м’язів, різко виражений астеноневротичний синдром, загальні протипоказання.

**План** масажу. При ураженнях верхніх кінцівок: масаж прихребтових зон, спини, комірцевої зони, верхніх кінцівок. При ураженні нижніх кінцівок масажують: поперекову, крижову, куприкову ділянки та нижні кінцівки. План та методика масажу значною мірою залежать від загального стану хворого, тяжкості перебігу захворювання, періоду захворювання, стану м’язів, больового синдрому.

**Методика** масажу. Підготовчий масаж спини: погладжування спини поверхневе та глибоке, ніжне розтирання ділянки спини долонною поверхнею кисті, її опорною частиною. Масаж прихребтових зон від нижче- до вищерозміщених сегментів: погладжування площинне поверхневе та глибоке, розтирання пальцями, долонею, опорною частиною кисті прямолінійне та спіралеподібне, спіралеподібне розтирання остистих відростків хребта, граблеподібне – міжостистих проміжків. Розминання довгих м’язів спини натискуванням, зміщенням, розтягуванням.

Масаж спини: погладжування, розтирання, розминання. Переривчаста вібрація не показана. Особливо ретельному впливу підлягають реброво-хребцеві суглоби, міжреброві проміжки. Масаж лопатки: погладжування і розтирання лопатки та її країв кінцями пальців спіралеподібне, штрихування, пиляння. Масаж під лопаткою проводять, заклавши руку хворого за спину: лінійне та спіралеподібне розтирання кінцями пальців. Розминання м’язів спини натискуванням, зміщенням, міжребрових – граблеподібно.

Масаж комірцевої зони. Погладжування площинне, охоплює задньої та бічних шийних ділянок. Розтирання низхідної частини трапецієподібного м’яза пальцями прямолінійними та спіралеподібними рухами, пересіканням, пилянням, – грудино-ключично-соскових м’язів – щипцеподібно. Розминання поздовжнє, поперечне, натискуванням, зміщенням верхніх волокон трапецієподібного м’яза, щипцеподібно – груднинно-ключично-соскоподібного м’яза. Спіралеподібне розтирання місць початку та прикріплення трапецієподібного і груднинно-ключично-соскоподібних м’язів. Масаж верхньо-передньої поверхні грудної клітки: погладжування від середини до пахової ділянки, розтирання спіралеподібне пальцями, розминання великого грудного м’яза натискуванням, зміщенням, країв – поздовжнім розминанням; спіралеподібне розтирання пальцями місць його початку та прикріплення. Спіралеподібне розтирання пальцями, штрихування груднинно-ребрових суглобів.

Масаж плечового суглоба спіралеподібним і коловим погладжуванням та розтиранням, спіралеподібне розтирання місць прикріплення м’язів навколо суглоба. Поздовжнє і поперечне розминання дельтоподібного м’яза.

Масаж верхньої кінцівки в такій послідовності: плече, передпліччя, кисть та її пальці. Масаж плеча та передпліччя – охоплює погладження плеча, потім передпліччя та плеча. Розтирання поздовжнє і поперечне, пересікання та пиляння. Розтирання місця прикріплення дельтоподібного м'яза спіралеподібне та штрихування. Ніжне поздовжнє, поперечне розминання, валяння, стискання м'язів передпліччя та плеча: окремо відділи згиначів та розгиначів. На передпліччі – розтирання сухожилків м'язів, зміщення глибоких м'язів передпліччя з їх ложа, стискання, розтягування. Легка лабільна вібрація м'язів та нервових стовбурів плеча і передпліччя. Використовують струшування руки і потрушування м'язів. Масаж паретичних м'язів повинен бути ніжним, недовготривалим, призначатися з 3-4 процедури.

Масаж кисті: поперечне погладження тильної та долонної поверхонь пальців усіх разом та кожного зокрема. Поздовжнє погладження бічної поверхні кожного пальця. Спіралеподібне розтирання кожного пальця, його суглобових поверхонь, використовують ще щипцеподібне розтирання, штрихування. Масаж п'ястка. Площинне погладження тильної та долонної поверхонь, щипцеподібне – бічних. Розтирання пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібне – долонної поверхні кисті; спіралеподібне розтирання, штрихування – тильної поверхні, граблеподібне – міжкісткових проміжків. Розминання щипцеподібне, натискуванням і зміщенням м'язів підвищення першого та п'ятого пальців, гребенеподібне розтирання середньої групи м'язів кисті, розминання міжкісткових м'язів зміщенням їх між собою. Ніжна лабільна та стабільна вібрація в ділянці кисті.

Масаж паретичних м'язів та нервових стовбурів призначають з 3-4 процедури. Для масажу нервових стовбурів використовують ніжне вібраційне погладження, лабільну та стабільну вібрацію.

Закінчують масаж верхньої кінцівки ніжним потрушуванням м'язів, струшуванням усієї кінцівки. Потім виконуються пасивні рухи для пальців кисті. Необхідно добиватися активної участі хворого у виконанні рухів паретичної кінцівки, рекомендуючи йому контролювати рухи поглядом та наказувати собі, допомагати інструктору у виконанні рухів (аутогенне тренування).

Масаж нижньої кінцівки починають з масажу крижових, поперекових, нижньогрудних прихребтових зон, сідничних ділянок, гребенів клубових кісток. Далі, як і на верхній кінцівці, – масаж стегна, гомілки, стопи.

Масаж прихребтових зон (S5–S1, L5–L1, D12–D10) хребців: площинне погладження, розтирання пальцями, пиляння, пересікання. Масаж сідничних ділянок: охоплює погладження, розтирання, пиляння, пересікання, штрихування. Розминання поздовжнє та поперечне, гребенеподібне. Розтирання пальцями гребенів клубових кісток, сідничних гребенів, кульшових суглобів – пальцями і гребенеподібно.

Масаж нижньої кінцівки починають з її задньої поверхні, в положенні хворого на животі, потім передньої – в положенні хворого на спині. Методика масажу – як і верхньої кінцівки. З нервових стовбурів масажують малогомілковий та стеговий нерви прийомами вібраційного погладження, ніжної лабільної вібрації.

При проведенні пасивних рухів паретичної нижньої кінцівки необхідне зосередження хворого та намагання виконати відповідний рух, проте недовготривале, бо це втомлює хворого. Важливо при виконанні пасивних рухів не перевищувати фізіологічних норм рухомості суглоба, бо при в'язлих паралічах це може призвести до перерозтягнення м'язів та розхитаності суглоба.

**Тривалість** масажу – 10-15 хв. Курс лікування – 20-25 процедур, щоденно, можливо і по 2 процедури на день.

## Масаж при неврозах

Невроз – група функціональних психогенних захворювань, які проявляються порушеннями в емоційній, соматичній, вегетативній сферах. Частота захворювання в останній час значно зростає.

Виділяють три класичних форми неврозів – неврастенія, невроз нав'язливих станів, істерія (істеричний невроз). Нерідко у хворих спостерігають одночасно декілька невротичних синдромів.



Неврастенія. У клінічну картину неврастенії включають астеничний, депресивний, іпохондричний синдроми. Для них характерні нервово-психічні, цефалгічні, вегето-вісцеральні клінічні прояви. Астеничні порушення найчастіше проявляються у вигляді підвищеної психічної та фізичної втомлюваності. Характерні зниження пам'яті та уваги, підвищена дратівливість, нестійкий настрій, іпохондричні прояви (надмірне піклування про своє здоров'я, страх виникнення невиліковних хвороб). Характерна підвищена чутливість до всіх зовнішніх подразників (слухових, звукових, нюхових, тактильних), метеофакторів, температури навколишнього середовища. Головний біль носить дифузний, стискальний характер, супроводжується напруженням надчерепного м'язів. Розлади сну проявляються утрудненням засинання, поверхневим сном.

Яскраво виражені вегетативні розлади. У кардіоваскулярній системі це в першу чергу – тривалі больові відчуття в ділянці грудної клітки, які виникають при емоційних, а не фізичних навантаженнях, ефект від спазмолітичної терапії відсутній. Дихальні розлади – відчуття неповноцінності вдиху, нестачі повітря. З боку травної системи можуть спостерігатися підвищена саливація, спазм м'язів стравоходу, больові відчуття в ділянці шлунка, зригування чи блювання. Можлива дисфункція щитоподібної, статевих, підшлункової залоз.

Невроз нав'язливих станів. У клінічній картині головними є нав'язливі страхи (фобії) та нав'язливі стани (обсесії). Серед перших виділяють: кардіофобію, канцерофобію, танатофобію (страх смерті), оксифобію (страх гострих предметів) та інші страхи (висоти, закритого чи відкритого простору, забруднення та ін.). Нав'язливі стани проявляються нав'язливими думками, спогадами, сумнівами, рухами та діями при збереженні критичного відношення до них.

Істерія (істеричний невроз) характеризується нав'язливістю емоційно-афективних, псевдоневрологічних та вегето-вісцеральних порушень. Для перших характерні демонстративність переживань, їх певна ситуаційна залежність. Псевдоневрологічні порушення включають рухові розлади (паралічі, парези, порушення координації рухів при ходьбі, стоянні, сидінні), мовні розлади (афонія, заїкання), чутливі розлади, судомні напади клоніко-тонічного характеру. Особливістю цих порушень є відсутність об'єктивних неврологічних порушень. Хворим на істерію притаманні вразливість, нав'юваність та самонав'юваність, егоїзм, бажання повернути до себе увагу. Найбільш грубими клінічними симптомами істерії є істеричні напади, які можуть виникати навіть на незначні неприємності. Хворий сідає або лягає, починає розмахувати руками, сміятися чи плакати. У більш тяжких випадках виникають тонічні та клонічні судоми, які можуть швидко проходити або ж сприяти появі тривалих розладів рухового та чутливого характеру.

**Завдання** масажу: нормалізація психоемоційного стану, функціонального стану соматичної та вегетативної нервової системи, зменшення вегетативних розладів, поліпшення сну, підвищення опірності організму, функціональної здатності його, зменшення напруження м'язів.

**Показання** до призначення масажу: психічні розлади (неврастенія, невроз нав'язливих станів, істеричний невроз), соматичні та вегетативні розлади при них. Найбільш ефективним є масаж при неврастенії.

**Протипоказання** до призначення масажу: психоемоційні розлади, які утруднюють контакт з хворим, напади істерії та загальні протипоказання.

**План** масажу. Масаж комірцевої зони, голови, прихребтових зон спини, за показаннями – масаж грудної клітки, живота, кінцівок.

**Методика** масажу. Масаж комірцевої зони та голови. Положення хворого – сидячи. Обхоплює погладжування потиличної ділянки, бічних та задньої шийної ділянки. Спіралеподібне розтирання пальцями потиличної ділянки від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня і навпаки, розтирання пальцями соскоподібного відростка. Спіралеподібне та площинне розтирання обома руками одночасно чи послідовно бічних та задньої поверхонь шиї. Щипцеподібне розтирання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів, лінійне та спіралеподібне розтирання долонною поверхнею пальців, пиляння, пересікання трапецієподібного м'яза. Розтирання VII шийного хребця спіралеподібними рухами ("сонечком") в напрямку від остистого відростка на відстань 2-2,5 см в усіх напрямках. Погладжування та розтирання підключичної ділянки в напрямку від груднини до пахвових лімфатичних вузлів. Розминання трапецієподібного м'яза за

ходуом м'язових волокон: низхідної частини – від потиличної ділянки до лопаткової ості, висхідної – від остистих відростків грудного відділу хребта до лопаткової ості прийомми натискування, розтягування, зміщення, країв м'язів – поздовжнім, поперечним, щипцеподібним розминанням. Груднинно-ключично-соскоподібний м'яз – щипцеподібним розминанням. Грудні м'язи – натискуванням, стисканням, зміщенням. Закінчують погладжуванням комірцевої зони.

**Масаж голови.** Обхоплює погладжування волосистої частини голови від лоба до потилиці. Граблеподібне розтирання подушечками пальців кистей, які рухаються прямолинійно та спіралеподібно по всій поверхні голови, починаючи від маківки, поступово переміщуються до лобової, скроневої, потиличної ділянок. Переривчасте натискування граблеподібно поставленими пальцями на м'які тканини волосистої частини голови, зміщення підлеглих тканин. Ніжне зміщення м'яких тканин в сагітальній площині: одна рука розміщується на лобі, друга – на потилиці, здійснюючи рухи спереду назад і навпаки. Ніжне зміщення м'яких тканин черепа у фронтальній площині: руки розміщуються на скроневих ділянках і зміщують м'які тканини зліва направо і навпаки. Глибоке погладжування пальцями заушних ділянок в напрямку від скроневої ділянки до соскоподібного відростка. Закінчують погладжуванням голови від лобової до потиличної ділянок.

**Масаж лоба.** Лінійне та спіралеподібне погладжування симетричними рухами рук від середини лоба до скроневих ділянок. Площинне погладжування кінцями пальців середини лоба від міжбрів'я догори, до волосистої частини голови. Ніжне натискування на м'які тканини лоба без їх зміщення. Колоподібне погладжування навколо скроневих ямок та легкі натискування в ділянці скроневих ямок одним пальцем. симетричними рухами рук з обох боків.

**Масаж черевця потилично-лобового м'яза:** ніжне погладжування, розтирання кінцями пальців, розминання натисканням та зміщенням. Спіралеподібне розтирання місць прикріплення м'язів до потиличної кістки.

Закінчують масаж голови ніжними погладжуваннями від лобової ділянки до потилиці. Інтенсивні прийоми не показані.

При вегето-вісцеральних розладах масажують відповідні паравертебральні та рефлексогенні зони грудного і поперекового відділів хребта, живіт.

При астеничному синдромі показані дещо інтенсивніше виконані прийоми розтирання та розминання, переривчаста вібрація, але вони не показані при підвищеній збудливості.

Масаж доцільно поєднувати з відповідно підбраною світломузикою, автотренінгом, психотерапією. Ефективними є фізіотерапевтичні, загартовуючі процедури, лікувальна фізкультура.

**Тривалість** процедур – 10-15 хв. Курс лікування – 15-20 процедур 3-4 рази на рік.

### **Масаж при розсіяному склерозі**

Розсіяний склероз – захворювання нервової системи, яке зумовлене виникненням в головному та спинному мозку вогнищ демієлінізації. Захворювання уражає переважно осіб молодого віку (20-40 років), характеризується ознаками багатовогнищового ураження нервової системи.

Виділяють церебральну, спінальну, цереброспінальну та гіперкінетичну форми. Ранніми ознаками захворювання є рухові розлади, неврит зорових нервів, порушення функції тазових органів. Рухові розлади проявляються нижнім спастичним парапарезом, геміпарезом, мозочковими симптомами (порушення координації, тремор, атаксія, скандована мова), гіперкінезами (тремор голови, в руках і ногах). Характерна спастико-атактична хода хворого.

Захворювання має ремітуючий перебіг – з повною оборотністю симптомів на ранніх стадіях захворювання, при рецидивах – можлива поява (або посилення) попередніх симптомів та приєднання нових. На більш пізніх стадіях ознаки захворювання стають постійними та різко вираженими, можливі порушення психіки (ейфорія, послаблення критики), що призводить до інвалідизації хворих.

**Завдання** масажу: підвищення реактивності організму, зниження автоімунних процесів, нормалізація функціонального стану центральної та вегетативної нервової системи, поліпшення лімфотокую та кровообігу, особливо в головному і спинному мозку; зменшення рухових розладів, мозочкових симптомів, гіперкінезів.



**Показання** до призначення масажу. Масаж показаний в комплексному лікуванні хворого як на початку лікування, так і при хронічній стадії при відсутності протипоказань.

**Протипоказання** до призначення масажу: період загострення клінічної симптоматики, психічні розлади, загальні протипоказання.

**План** масажу залежить від клінічних проявів захворювання. Обов'язковому масажу підлягають паравертебральні зони хребта, хребет, спина, комірцева зона. За показаннями проводять масаж передніх і бічних ділянок грудної клітки, живота, м'язів пояса нижніх кінцівок та нижні кінцівки, при необхідності – м'язів пояса верхніх кінцівок та верхніх кінцівок.

**Методика** масажу. Масаж прихребтових зон. Положення хворого – лежачи. Проводять від нижче- до вищерозміщених сегментів: площинне погладжування, напівколове розтирання кінцями пальців, пиляння, штрихування, граблеподібне розтирання міжостистих проміжків та спіралеподібне – остистих відростків; розминання поздовжнє, ніжне натискування та зміщення; вібраційні погладжування. Масаж найширших м'язів спини, трапецієподібного м'яза: погладжування, розтирання, розминання натискуванням, країв м'язів – зміщенням та поздовжнім розминанням, безперервна стабільна та лабільна вібрація.

Масаж комірцевої зони. Положення хворого – сидячи, можна лежачи. Площинне і обхоплює погладжування потиличної ділянки, бічних та задньої шийної ділянки в напрямку до підключичних лімфатичних вузлів. Спіралеподібне розтирання пальцями потиличної ділянки в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня та навпаки. Спіралеподібне розтирання пальцями, пиляння задньої та бічних шийних поверхонь. Щипцеподібне розтирання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів. Розтирання VII шийного хребця спіралеподібними рухами ("сонечком"), в напрямку від остистого відростка на відстань 2-2,5 см у всіх напрямках. Розминання трапецієподібного м'яза за ходом м'язових волокон: низхідної частини – від каркової лінії до лопаткової ості, висхідної – від остистих відростків грудних хребців до лопаткової ості прийомом натискування, розтягування, зміщення, країв – поздовжнім, поперечним, щипцеподібним розминанням. Закінчують погладжуванням.

Масаж передньої поверхні грудної клітки. Положення хворого – на спині. Площинне погладжування долонею чи пальцями від грудини до плечових суглобів. У жінок – груди обминають. Розтирання спіралеподібне кінцями пальців у тих же напрямках. Розминання поверхневих та глибоких м'язів грудної клітки (великого грудного м'яза, підключичного, переднього зубчастого та ін.) натискуванням, зміщенням. Спіралеподібне розтирання місць початку та прикріплення м'язів. Граблеподібне розтирання міжребрових проміжків та спіралеподібне – ребер в напрямку до хребта. Закінчують погладжуванням.

Масаж м'язів пояса верхніх кінцівок. Положення хворого – сидячи за масажним столиком. Погладжування площинне та обхоплює шиї, дельтоподібної, підключичної та лопаткової ділянок. Розтирання спіралеподібне кінцями пальців чи опорною частиною кисті, пересікання поперечної та низхідної частини трапецієподібного і дельтоподібних м'язів. Розминання м'язів натискуванням, зміщенням, дельтоподібного м'яза – поздовжнім та поперечним розминанням. У місцях початку та прикріплення м'язів – спіралеподібне розтирання кінцями пальців. Погладжування в напрямку до плечового суглоба.

Масаж верхніх кінцівок. Погладжування плеча, передпліччя, кисті обхоплюючими прийомом в напрямку до пахвових лімфатичних вузлів. Розтирання площинне обома руками, починаючи від кисті. Послаблює розминання м'язів з гіпертонусом прийомом ніжного поздовжнього та поперечного розминання, потрушування м'язів, безперервної стабільної вібрації в місцях прикріплення м'язів та виходу нервів, ніжна лабільна вібрація. Прийоми переривчастої вібрації не показані. М'язи-антагоністи масажують дещо інтенсивніше. Закінчують ніжним погладжуванням всієї кінцівки.

Масаж м'язів пояса нижніх кінцівок та нижніх кінцівок. Масаж прихребтових зон  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  хребців від нижче- до вищерозміщених сегментів: площинне погладжування, напівколове розтирання кінцями пальців, пиляння, штрихування, спіралеподібне розтирання остистих відростків, граблеподібне розтирання міжостистих проміжків; розминання поздовжнє,

натискування та зміщення, вібраційні погладжування. Масаж сідничних ділянок: поверхнєве та глибоке погладжування, розтирання м'язів прийомами пиляння, пересікання, штрихування в повільному темпі; гребенеподібне розминання, зміщення, натискування однією та обтяженою рукою, безперервна стабільна та лабільна вібрація, ніжне потрушування м'язів. Розтирання гребенів клубових кісток кінцями пальців.

Масаж нижніх кінцівок. Положення хворого на – спині, під колінами валик. Погладжування стегна, гомілки, стопи обхоплює обома руками, які рухаються паралельно або послідовно в напрямку до пахвинної ділянки. Розтирання прямолінійне та спіралеподібне ніжними рухами обох рук. Диференційований послаблюючий масаж м'язів з підвищеним тонусом, ніжне поздовжнє та поперечне розминання, стискання, валяння м'язів, ніжне потрушування їх. Інтенсивні прийоми (особливо рубання та поколючування) не показані. Їх антагоністи масажують дещо інтенсивніше. Закінчують погладжуванням всієї кінцівки, починаючи від пальців.

Масаж живота. Положення хворого – лежачи на спині, під колінами валик. Площинне поверхнєве погладжування навколо пупка за ходом годинникової стрілки долонною поверхнею кисті, кінцями II-IV пальців, спіралеподібне погладжування всієї поверхні передньої черевної стінки. Ніжне поверхнєве та глибоке циркулярне розтирання пальцями. При наявності значних відкладень жиру використовують допоміжні прийоми: ніжне пиляння, пересікання знизу догори, зверху вниз та справа наліво. Ніжне розминання м'язів: поперечне розминання обома руками прямих м'язів живота в напрямку від лобкової кістки догори. Масаж косих м'язів живота: захопивши їх руками, ніжно зміщують, розтягують, стискають або ж натискають на них. Вібраційне погладжування передньої черевної стінки. Закінчують погладжуванням.

**Тривалість** процедури масажу – 15-20 хв. Курс лікування – 12-15 процедур 3-4 рази на рік. Показана лікувальна гімнастика: дихальні вправи, вправи для хребта, на координацію, на розслаблення.

### Масаж при травмах периферійних нервів

Серед травм периферійних нервів зустрічаються пошкодження нервових стовбурів, сплетень, корінців: струс нерва, його забій, стиснення, розтягнення, поранення. Пошкодження можуть бути відкритими та закритими і супроводжуватися повним чи неповним перериванням нерва.

Пошкодження нервового стовбура призводить до паралічу і парезу, чутливих, вазомоторних, трофічних порушень, до зниження чи зникнення рефлексів у зонах іннервації ушкодженого нерва.

Біль при повному перериванні периферійного нерва відсутній. При неповному перериві – виникає біль, що поширюється на периферію. Нерідко виникає каузальгічний (пекучий) біль. Найчастіше він виникає при пошкодженні сідничного і великогомілкового нервів, багатих симпатичними волокнами. Цей нестерпний біль посилюється при рухах і від будь-якого (навіть дистанційного) подразнення. У таких випадках хворий приймає протибольову захисну позу, яка може призвести до протибольової контрактури.

Симптоматика ураження окремих нервів, сплетень, корінців визначається функцією іннервованих тканин, м'язів, шкіри, шкірних залоз та ін. (рис. 280, 281). Деякі комплекси нервових сплетень пошкоджуються одночасно і так часто, що виділені як типові синдроми: синдром ураження плечового сплетення (верхній, нижній, тотальний), поперекового, крижового сплетень.

Лікування залежить від виду пошкодження. Якщо немає повного переривання нерва, проводять консервативне лікування. При стисненні нерва сторонніми тілами, відламками кістки, щільними злуками, які не піддаються розсмоктуванню, проводять хірургічну ревізію ділянки ушкодження; при перериванні нерва – його зшивання. Після загоєння пошкодженого нерва рухова функція починає відновлюватися через 6-9 місяців з проксимальних відділів.

**Завдання** масажу: прискорення процесів регенерації нервів; попередження атрофії денервованих м'язів; зменшення больового синдрому; поліпшення лімфо- та кровообігу уражених ділянок; відновлення функціональної здатності нервово-м'язового апарату; попередження контрактур, порушення трофіки, утворення навколо травмованого нерва рубцевої тканини; підтримання м'язового тону регіональних судин.

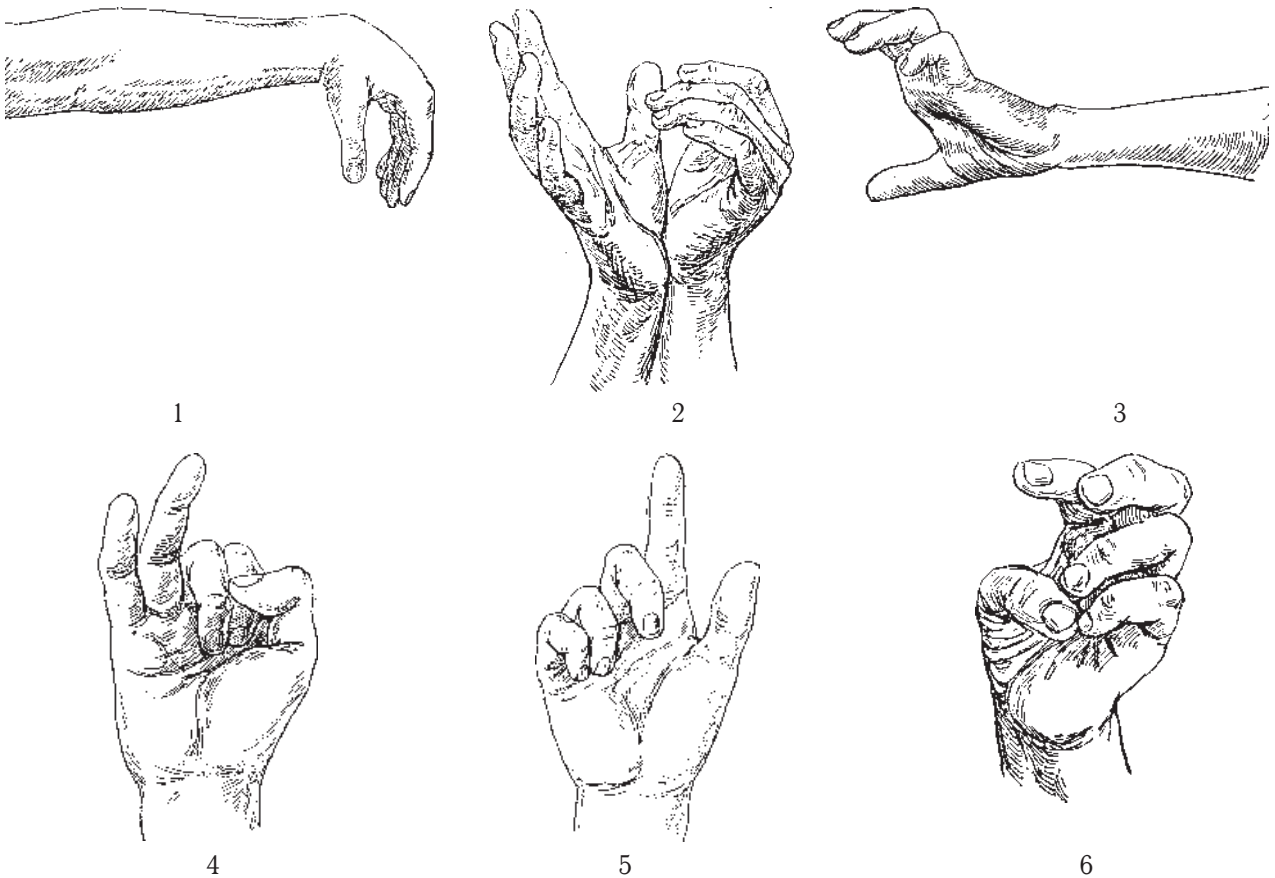


Рис. 280. Локалізація атрофії, випадіння чутливості (А), поза кисті в спокої (Б) і при рухах (В) при ураженні: I – променевого нерва; II – ліктьового нерва; III – присереднього нерва (при ураженні ліктьового і присереднього нервів хворий не може стиснути кисть в кулак).

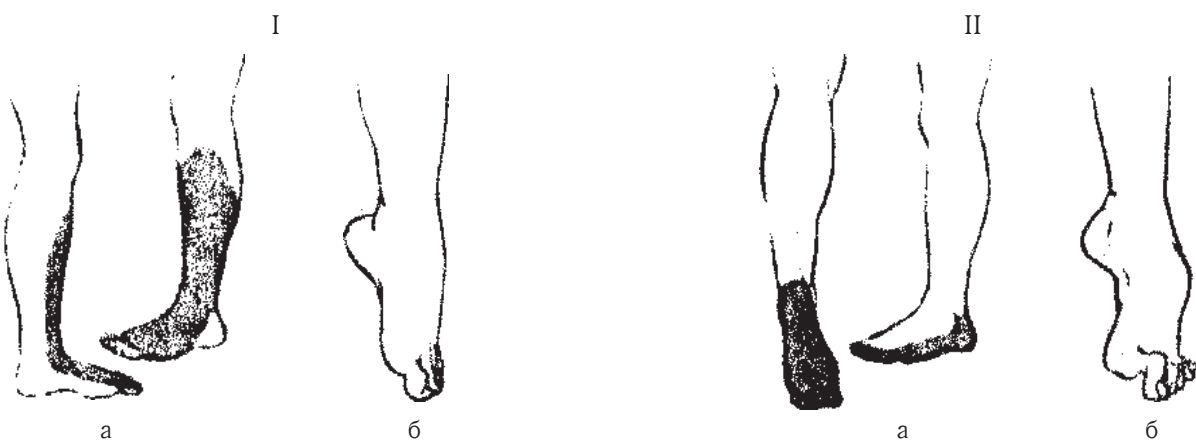


Рис. 281. Локалізація атрофії, випадіння чутливості (А) і поза (Б) при ураженні: I – малогомілкового нерва; II – великогомілкового нерва.

**Показання** до призначення масажу: травми периферійних нервів після проведення невідкладного нейрохірургічного та терапевтичного лікування. Масаж призначають в період анатомічного відновлення нервів, коли гострі явища зменшуються, відсутня небезпека кровотечі та інфікування, в ранній відновний період.

**Протипоказання** до призначення масажу: травми периферійних нервів, що вимагають невідкладної нейрохірургічної та терапевтичної допомоги; тяжкий стан хворого, наявність або

небезпека виникнення післяопераційних ускладнень; підвищення температури вище субфебрильних цифр, психоемоційні розлади, виражений больовий синдром, небезпека кровотечі та інфікування.

**План** масажу. При пошкодженні променевого, присередніх шкірних, серединного та ліктьового нервів масажують верхньогрудні і шийні прихребтові зони  $D_6-D_1$ ,  $C_7-C_3$  хребців, надлопаткові, лопаткові, дельтоподібні, підключичні ділянки та верхні кінцівки. При пошкодженні сідничного, великогомілкового та малоогомілкового нервів – прихребтові зони  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{11}$  хребців, поперекову, крижову, сідничні ділянки та нижні кінцівки.

**Методика** масажу залежить від характеру пошкодження, періоду захворювання, методу лікування. Масаж проводиться до оперативного втручання та після нього. У передопераційний період проводять масаж м'язів, що іннервуються травмованим нервом, використовують ніжне погладження та розтирання 10-15 хв щоденно. У ранній період після оперативного втручання чи консервативного лікування при відсутності протипоказань проводять масаж прихребтових та рефлексогенних зон, сегментарно пов'язаних з ураженим нервом, симетричної здорової кінцівки за загальноприйнятою методикою.

При відносно задовільному стані хворого, відсутності вираженого больового синдрому (а у випадку використання іммобілізації – після її зняття) приступають до масажу ураженої кінцівки. Починають з масажу ділянок розміщених проксимальніше від місця травми, потім – дистальніше. Методика масажу всієї кінцівки передбачає масаж, як при ураженнях відповідних нервів іншої етіології. При наявності пошкоджень м'яких тканин методика масажу кінцівки зумовлюється стадією загоєння рани і описана в попередньому розділі.

Всі прийоми виконуються ніжно, без зусиль та у повільному темпі – поверхнєве площинне й обхоплююче погладження, напівколове кінцями пальців розтирання, натискування, стискання. Рухи в ізометричному режимі, посилення імпульсів на скорочення м'язів, які іннервуються зшитим нервом. Тривалість процедури – 3-5 хв. У період відновлення при появі активних рухів масаж в ділянці пошкодження повинен бути ніжним і короткочасним. Коли післяопераційний рубець достатньо сформується, використовують глибоке погладження, розтирання, розминання, зміщення, валяння, розтягування, пунктування, поколювання, лабільну вібрацію за ходом нервового стовбура. У віддалений період після операції при наявності контрактур масаж може бути більш інтенсивним.

Масаж обов'язково поєднується з лікувальною гімнастикою та фізіотерапевтичними процедурами. Фізичне навантаження повинно бути недовготривалим, щоб не втомлювати уражені м'язи. Після занять необхідно проводити розслаблюючий масаж для відновлення працездатності м'язів.

**Тривалість** масажу поступово збільшується: від 10-15 хв на початку курсу лікування (при цьому масаж ураженої кінцівки триває 3-5 хв) до 15-20 хв у кінці курсу. Курс лікування – 20-25 процедур щоденно або через день.

### Масаж при наслідках порушення мозкового кровообігу

Головний мозок кровопостається із двох систем артерій – хребтових та внутрішніх сонних (рис. 282). Хребтові артерії постачають кров до потиличних, висково-базальних відділів півкуль та стовбурової частини мозку. Внутрішні сонні артерії постачають лобовий та тім'яно-скроневі відділи мозку. Всі артерії головного мозку супроводжують однойменні вени. Розрізняють гостре порушення мозкового кровообігу та хронічну судинну недостатність. Серед гострих порушень церебральної гемодинаміки найчастіше буває інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу, яке призводить до стійких порушень мозкової функції. Розрізняють геморагічні та ішемічні інсульти.

Геморагічний інсульт зумовлений крововиливами в мозок. Найчастіше виникає при гіпертонічній хворобі. При цьому відбувається місцеве пошкодження частин нервових клітин і стиснення прилеглих тканин мозку. Ознаки геморагічного інсульту, як правило, розвиваються раптово, несподівано.

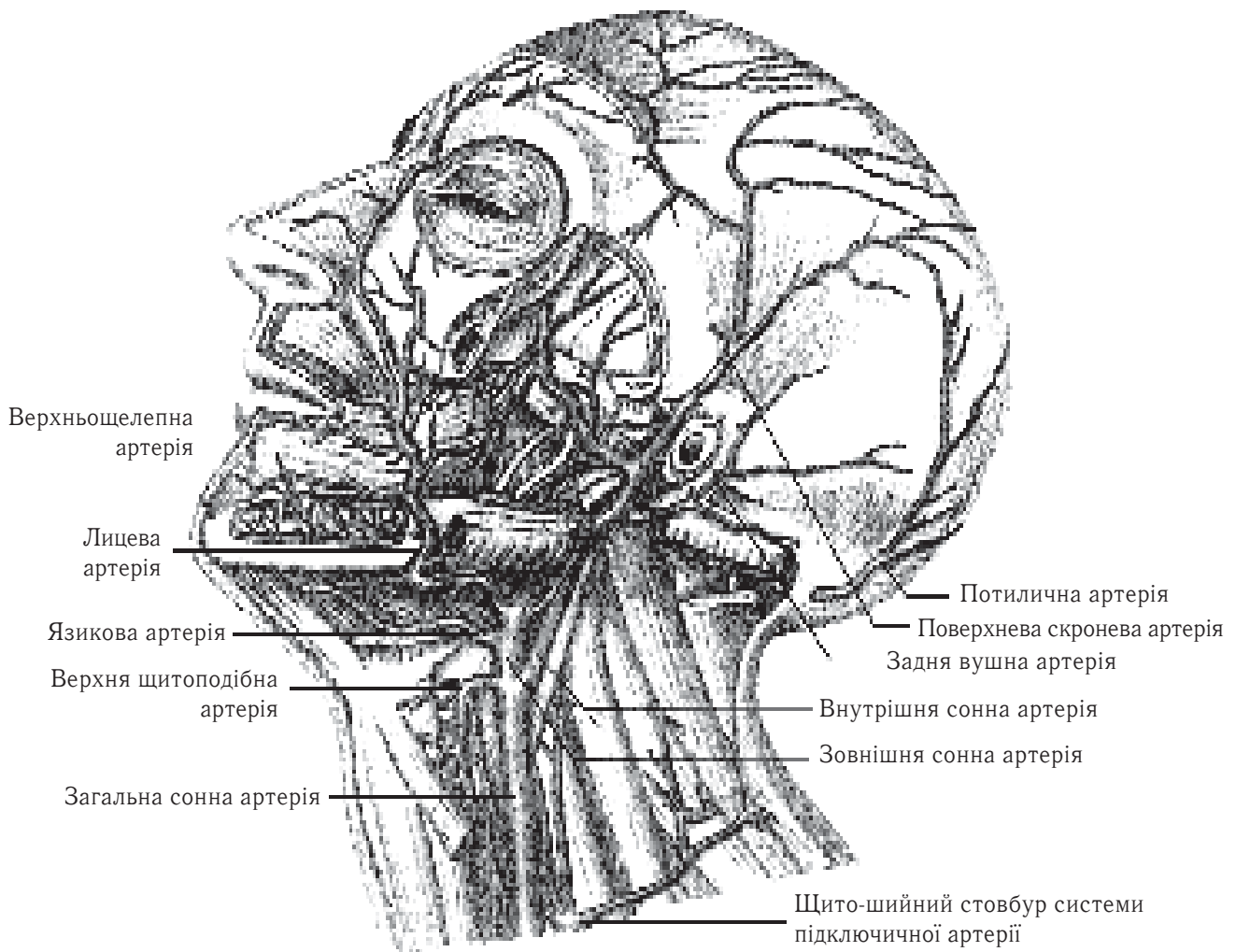


Рис. 282. Артерії голови і шиї.

Ішемічний інсульт розвивається при порушеннях прохідності мозкових судин внаслідок закупорки їх атеросклеротичною бляшкою, емболем, тромбом, а також у результаті спазму судин різної локалізації. Ішемічний інсульт може розвиватись також при атеросклеротичному ураженні великих судин мозку, при ослабленні серцевої діяльності, зниженні артеріального тиску, підвищенні згортальної здатності крові та з інших причин. У тканинах мозку на ураженій ділянці порушується кровопостачання, в результаті чого вони гинуть і розм'якшуються. Симптоми вогнищевого ураження при ішемічному інсульті розвиваються поступово.

У гострий період мозкового інсульту в зв'язку з розвитком глибокого захисного гальмування в корі головного мозку і поширення його на всі основні структури нервової системи має місце поширене випадання функцій: втрата свідомості, параліч та глибокі парези на боці, протилежному вогнищу ураження (геміплегія, геміпарез), порушення рефлексів, різних видів чутливості, мови та інших функцій. При поширенні гальмування на спинний мозок в гострий період інсульту може виникнути генералізована гіпотонія м'язів.

При розгальмуванні відділів мозку, розміщених поблизу патологічної ділянки, рухи поступово починають відновлюватися. Найбільш стійкими є порушення, зумовлені вогнищевим ураженням мозку. В процесі обмеження зони захисного гальмування і відновлення збудливості спинного мозку розвиваються паралічі та парези, які при інсульті носять назву центральних або спастичних. Вони характеризуються підвищенням тону м'язів, співдружними рухами (синкінезіями), високими сухожилковими рефlekсами, наявністю патологічних рефlekсів.



Тонус різних груп м'язів підвищується нерівномірно. При пірамідних геміплегіях він переважає в згиначах передпліччя, кисті, пальців, у привідних м'язах плеча, пронаторах передпліччя; у розгиначах гомілки, в м'язах, що приводять і пронують стегно, та згиначах стопи. Хворий приймає позу, що носить назву Верніке-Манна, а в побуті кажуть: “рука просить, нога косить” (рис. 283).



Рис. 283. Поза Верніке-Манна при лівобічній геміплегії.

Ступінь подальшого відновлення функцій залежить від причин захворювання, механізмів порушення мозкового кровообігу, величини та локалізації вогнища ураження та ін. Суттєве значення має початок відновного лікування в оптимальні терміни і методично правильне використання всіх засобів лікування, у тому числі і масажу, його поєднання з лікувальною фізкультурою.

При визначенні завдань та методів масажу, відповідно до загального стану хворого, необхідно врахувати ступінь порушення рухових функцій, період захворювання і призначений хворому режим рухової активності.

Ступінь порушення рухових функцій за В.Я. Прохоровою (вираження пози Верніке-Манна – верхня кінцівка зігнута в усіх суглобах, плече приведене, передпліччя проноване, нижня кінцівка розігнута в колінному суглобі, стопа ротована назовні):

V ступінь – плегія (параліч): поза стійка, зберігається і в положенні лежачи;

IV ступінь – глибокий парез: поза виражена у всіх положеннях;

III ступінь – парез: поза виражена в положенні стоячи, під час ходи, лежачи – згладжується;

II ступінь – помірний парез: поза згладжена в положенні стоячи і під час ходи;

I ступінь – легкий парез: поза відсутня в усіх вихідних положеннях.

У фізичній реабілітації хворих з порушенням мозкового кровообігу В.М. Максимова і Т.Г. Ананьева (1995) виділяють 3 періоди: ранній відновний (до 3 місяців), пізній відновний (до 1 року) та період залишкових порушень рухових функцій (після 1 року). Найбільш відповідальним з них є ранній відновний період, коли хворому послідовно призначають суворий ліжковий, розширений ліжковий, палатний та вільний рухові режими. Тривалість кожного з них залежить від стану хворого і ступеня порушень рухових функцій: чим вони більш виражені, тим повільніше

розширюють режим. Кожний період вимагає диференційованої методики масажу, тому повинен проводитися висококваліфікованим досвідченим спеціалістом з масажу.

**Завдання** масажу: попередити ускладнення, зумовлені вимушеним тривалим перебуванням хворого у ліжку, знизити рефлексорну збудливість спастичних м'язів, послабити м'язові контрактири, активувати розтягнені атрофовані м'язи, сприяти відновленню рухових функцій та трофічних порушень, зменшити синкінезії, покращити координацію рухів.

**Показання** до призначення масажу. При відсутності коматозного стану та наростання неврологічної симптоматики, при стабілізації стану хворого на думку більшості авторів, масаж призначають з початку чи середини другого тижня. У кожному окремому випадку терміни призначення масажу вирішуються індивідуально.

**Протипоказання** до призначення масажу. Крім загальних протипоказань, ще є такі: коматозний стан, прогресування захворювання, наростання неврологічної симптоматики, в першу чергу – геміпарезу, головний біль, біль в ділянці серця.

**План** масажу. Починають з масажу здорових кінцівок, потім в процедуру включають масаж паретичних кінцівок. Для відновлення функції верхніх кінцівок масажу підлягають також паравертебральні зони  $D_6-D_1$ ,  $C_7-C_3$ , хребців, надлопаткові, дельтоподібні, підключичні ділянки, задня та бічні поверхні ший. Для відновлення функції нижніх кінцівок – паравертебральні зони  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{16}$  хребців, поперекові, крижова, сідничні ділянки. За показаннями проводять масаж голови, грудної клітки, живота.

**Методика** масажу. Під час суворого ліжкового режиму масаж хворому не показаний. Використовують медикаментозну терапію та лікування положенням. При пірамідних геміплегіях хворого укладають в положення, протилежне позі Верніке-Манна: в положенні хворого на спині паретична рука розігнута, відведена до кута  $90^\circ$ , кисть дещо супінована, пальці майже прямі, розведені, перший палець відведений. Рука фіксується за допомогою шин та мішечків з піском. Під коліно підкладають валик, стопу фіксують під кутом  $90^\circ$ . Лікування положенням зменшує спастичність, запобігає розвитку м'язових контрактур. Положення на спині чергують з положенням на здоровому боці. Міняють їх по декілька разів на добу (4-6 разів) і зберігають протягом 30-60 хв залежно від стану і тону м'язів паретичних кінцівок. Якщо після фіксації підвищується спастичність – розтягування було надмірним чи занадто тривалим. Лікування положенням починають з перших днів і продовжують у всі його періоди. Його краще призначити після масажу.

Перші процедури масажу призначаються переважно з профілактичною метою: для попередження утворення пролежнів, гіпостатичної пневмонії, порушення функції кишечника. Проводять легке погладжування ділянки спини, сідниць у положенні хворого на здоровому боці (5-7 хв). У міру стабілізації стану хворого розширюють ділянку масажу. З 3-4 процедури доповнюють обережним погладжуванням та ніжним розтиранням здорових кінцівок у положенні хворого на спині. Починають з проксимальних відділів нижніх кінцівок, де рефлексорна м'язова збудливість менш виражена. Критерії адекватності масажу на етапах лікування – відсутність посилення м'язового тону та появи синкінезій.

З 5-6 процедури приступають до масажу паретичних кінцівок. Перед масажем необхідно добитися максимального розслаблення спастичних м'язів шляхом використання спеціальних вправ та прийомів. Хворого вчать розслабляти спочатку м'язи здорової кінцівки, починають з дистальних відділів. Після цього переходять до розслаблення м'язів хворої кінцівки. Для розслаблення м'язів верхньої кінцівки масажист однією рукою підтримує знизу лікоть хворого, а іншою бере його за кисть, обережно повільно піднімає і опускає її, проводячи легкі струшуючі рухи. Для розслаблення м'язів нижньої кінцівки підтримують стопу і так само повільно, струшуючими рухами піднімають та опускають її, розкачують в боки. Зниженню тону м'язів сприяють пасивні рухи. А.Ф. Вербов (1966) указує, що вправи з активним розслабленням м'язових контрактур необхідно починати з дистальних ділянок кінцівки, а пасивні рухи для розтягування цих м'язів краще починати з проксимальних. Пасивні вправи мають не тільки механічний вплив, розтягуючи спастично скорочені м'язи, але і ведуть до зниження їх рефлексорної збудливості.



Масаж паретичної кінцівки повинен бути щадним та диференційованим: м'язи, у яких тонус підвищений, масажують м'якими поглажуваннями та ніжним розтиранням у повільному темпі. Розтягнуті м'язи масажують цими ж прийомами, лише дещо інтенсивніше. Масаж починають з нижньої кінцівки, де рефлекторна нервово-м'язова збудливість менш виражена, ніж на верхній кінцівці. При цьому рекомендують проводити масаж за типу відсмоктувального масажу, а саме: в першу чергу масажують стегно, включаючи сідничну ділянку, потім голілку та стопу. Такої ж послідовності необхідно дотримуватися при масажі верхньої кінцівки. Надалі при задовільній реакції хворого на масаж в процедуру включають ніжне розминання: не зміщуючи м'язи, використовують прийоми валяння, стискання, натискування. Починають з розминання розтягнутих, а потім – спастичних м'язів. З вібраційних прийомів проводять лише безперервну вібрацію.

З 7-9 процедури включають масаж спини, поперекового відділу хребта, сідниць у положенні хворого на здоровому боці. Використовують погладжування, розтирання і ніжне розминання м'язів спини та сідниць. Поступово включають масаж ділянки грудей, проводять дихальні вправи.

Коли хворому за станом здоров'я можна буде повертатися на живіт, проводять масаж паравертебральних зон спинномозкових сегментів  $D_6-D_1$ ,  $C_7-C_3$  для відновлення функції верхніх кінцівок та  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  для відновлення функції нижніх кінцівок.

У пізній відновний період та період залишкових порушень рухових функцій масажують відповідні паравертебральні зони, нижні кінцівки (включаючи тазовий) і верхні кінцівки (включаючи грудний пояс). При масажі паретичних кінцівок їх згинальні та розгинальні поверхні масажують диференційовано.

Масаж паретичної верхньої кінцівки. Відсмоктувальний масаж усієї кінцівки, починаючи від плеча: поверхневе та глибоке, площинне та обхоплююче погладжування, поздовжнє розтирання обома руками плеча, потім передпліччя та кисті в напрямку до найближчих лімфатичних вузлів. Диференційований масаж верхньої кінцівки починають від пальців. Поперечне погладжування тильної та долонної поверхонь пальців, щипцеподібне в поздовжньому напрямку – бічних. Циркулярне погладжування, легке циркулярне та спіралеподібне розтирання пальцями по колу міжфалангових та п'ястково-фалангових суглобів. Масаж пальців закінчують пасивними рухами в кожному суглобі.

Масаж п'ястка: поздовжнє погладжування пальцями, гребенеподібне погладжування; спіралеподібне розтирання пальцями та гребенеподібне розтирання; щипцеподібне розминання м'язів підвищення великого пальця та мізинця, гребенеподібне розминання долонної поверхні, розминання зміщенням міжкісткових м'язів. Безперервна лабільна та стабільна вібрація. Масаж долонної поверхні повинен бути більш щадним, тильної – дещо енергійнішим.

Масаж променево-зап'ясткового суглоба: обхоплююче погладжування, спіралеподібне, кільцеве розтирання в положенні згинання, розгинання, приведення, відведення кисті. Пасивні рухи в суглобі.

Масаж передпліччя та плеча. Окремо проводять масаж їх передніх та задніх відділів. Масаж передньої поверхні виконують за послаблюючою методикою: площинне та обхоплююче погладжування; спіралеподібне розтирання пальцями чи опорною частиною кисті; ніжне поздовжнє розминання, розминання зміщенням, натискуванням; лабільна вібрація за ходом нервово-судинних пучків, потрушування м'язів. Масаж задньої поверхні передпліччя та плеча проводять дещо інтенсивніше: розминання доповнюють поперечним розминанням м'язів-розгиначів, виконують ніжне поколювання пальцями за ходом м'язових волокон. Особливу увагу приділяють масажу сухожилків та місць прикріплення м'язів.

Масаж дельтоподібного м'яза. При геміплегіях він звичайно розтягнутий і атрофований. Погладжування площинне і обхоплююче, поверхневе і глибоке. Спіралеподібне розтирання пальцями та опорною частиною кисті. Поздовжнє розминання окремо передньої, середньої та задньої груп м'язових волокон, поперечне розминання усього м'яза. Лабільна вібрація, поколювання пальцями, пунктування. Масаж плечового суглоба проводять спіралеподібним розтиранням пальцями та штрихуванням. Для кращого доступу до його передньої поверхні рука хворого заводиться за спину, до задньої – кисть хворого розміщується на протилежному плечі.

Для попередження привідної контрактури проводять послаблюючий масаж м'язів, які приводять плече. Це в першу чергу великий грудний м'яз, найширший м'яз спини, великий та малий круглий, підлопатковий м'язи. Погладжування у напрямку до пахвових лімфатичних вузлів, спіралеподібне розтирання пальцями та опорною частиною кисті, ніжне розминання натискуванням пальцями чи опорною частиною кисті на всьому протязі м'яза. Місця початку та прикріплення м'язів масажують ніжно виконаними прийомами спіралеподібного розтирання та штрихування. Пасивні рухи в плечовому суглобі проводять у всіх напрямках. Необхідно слідкувати, щоб амплітуда рухів не перевищувала фізіологічно допустимі об'єми рухів у суглобі.

Масаж паретичної нижньої кінцівки. Нижню кінцівку масажують за тими ж пинципами, що і верхню. На початку проводять відсмоктувальний масаж усієї кінцівки, починаючи від стегна: поверхнєве і глибоке площинне та обхоплююче погладжування, поздовжнє розтирання обома руками стегна, потім – гомілки та стопи в напрямку до найближчих лімфатичних вузлів. Диференційований масаж нижньої кінцівки починають від пальців. Спастично скорочені м'язи масажують ніжними прийомами погладжування, розтирання, розминання, безперервної лабільної вібрації, потрушування. Паретичні м'язи-анатгоністи масажують тими ж прийомами, лише дещо інтенсивніше, доповнюючи поперечним розминанням, ніжним поколюванням. Прийоми рубання та поплескування не показані.

Після масажу кожного суглоба проводять пасивні вправи. Необхідно слідкувати за активною участю хворого у їх виконанні.

**Тривалість** процедури масажу повинна збільшуватись поступово: спочатку – 5-10 хв, потім її доводять до 15-20 хв. Якщо призначають масаж верхніх та нижніх кінцівок, то одного дня проводять масаж верхніх, другого – нижніх кінцівок з їх паравертебральними та рефлексогенними зонами. Курс лікування – не менше 25-30 процедур. Масаж необхідно використовувати тривалий час і з перервами між курсами лікування не менше 10-12 днів. Лікувальна фізкультура використовується без перерв.

### Масаж при атеросклерозі судин головного мозку

При атеросклерозі судин головного мозку звичайно констатується хронічна недостатність мозкового кровообігу. Проявляється вона головним болем, запамороченням, шумом у вухах, зоровими порушеннями, підвищеною втомлюваністю, зниженням пам'яті.

**Завдання** масажу: покращити кровообіг в басейні хребтових, основних та внутрішніх сонних артерій.

**Показання** до призначення масажу: атеросклероз судин головного мозку при хронічній недостатності мозкового кровообігу I стадії (компенсованої).

**Протипоказання** до призначення масажу: часто повторювані порушення мозкового кровообігу динамічного характеру, церебральні та гіпертонічні кризи, гостре порушення мозкового кровообігу.

**План** масажу: масаж комірцевої зони, масаж голови.

**Методика** масажу. Положення хворого – сидячи за масажним столиком, голова спирається на підголівник або руки пацієнта. Масажист – позаду хворого. Обхоплююче погладжування задньої та бічних шийних ділянок послідовними чи симетричними рухами рук від потилиці до надпліччя і далі до підключичних і пахвових лімфатичних вузлів. Спіралеподібне розтирання пальцями потиличної ділянки в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішньої потиличної горбистості і навпаки. Розтирання задньої та бічних шийних лопаткових ділянок долонними поверхнями пальців прямолінійне, спіралеподібне. Розтирання пальцями остистого відростка VII шийного хребця "сонечком". Розминання трапецієподібного м'яза за ходом його волокон: верхніх – від каркової лінії до лопаткової ості, нижніх – від остистих відростків до лопаткової ості прийомами натискування, розтягування, зміщення, країв – поздовжнім та поперечним розминанням. Щипцеподібне розминання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів. Закінчують погладжуванням задньої та бічних поверхонь шиї.

Масаж підключичних ділянок. Погладжування пальцями підключичних ділянок від груднини до плечових суглобів. Спіралеподібне розтирання пальцями у цих же напрямках. Розминання натискуванням та зміщенням великих грудних м'язів, країв – поздовжнім та щипцеподібним розминанням, погладжування підключичних ділянок.

Масаж голови. Площинне та охоплююче погладжування голови поверх волосся долонними поверхнями кистей від лобової до потиличної ділянки. Прямолінійне та спіралеподібне погладжування пальцями лобової ділянки симетричними рухами рук від середини лоба назвні, до скроневих ділянок. Погладжування пальцями від перенісся догори, до волосистої частини голови, послідовними рухами рук. Граблеподібне погладжування, розтирання прямолінійне і спіралеподібне голови в напрямку від тім'я до завушних ділянок. Спіралеподібне розтирання пальцями завушних ділянок. Розминання граблеподібним натискуванням та зміщенням надчерепного м'яза. Ніжне зміщення м'яких тканин голови у фронтальній та сагітальній площинах. Закінчують погладжуванням голови в напрямку від лобової до потиличної ділянки. Усі прийоми виконуються ніжно, без різких рухів та натискувань, під контролем самопочуття та артеріального тиску хворого.

Нерідко атеросклероз судин головного мозку поєднується з гіпертонічною хворобою, гіпотензією, екстравазальними компресіями, зумовленими вертеброгенними факторами. У таких випадках методика масажу передбачає масаж, спрямований на лікування вказаних захворювань.

**Тривалість** процедури масажу – 15-20 хв. Курс лікування – 15-20 процедур щоденно або через день.

### **Масаж при неврологічних проявах остеохондрозу хребтового стовпа**

Остеохондроз хребта – це дегенеративне ураження хряща – міжхребцевого диска – і реактивні зміни з боку тіл суміжних хребців. У зв'язку з набуттям вертикального положення у людини нижньопоперекові і нижньошийні відділи хребтового стовпа піддаються значним перевантаженням, тому рано, починаючи з 3-4 десятиліття, а нерідко і швидше, починається зношування цих сегментів, особливо дисків. Процес починається з первинного ураження пульпозного ядра (рис. 284). Під впливом несприятливих статодинамічних навантажень ніжне пульпозне ядро, яке забезпечує гнучкість хребта, втрачає свої фізіологічні властивості. Воно всихає, а з часом – секвеструється. Під впливом механічних навантажень фіброзне кільце диска, яке втратило пружність, випинається, а згодом через його тріщини випадають фрагменти пульпозного ядра, виникає грижа диска (рис. 285).

В умовах зміненої, підвищеної рухомості хребтового сегмента виникають реактивні зміни в тілах суміжних хребців, у суглобах і в м'язах, які їх з'єднують – міжпоперечних, ротаційних, міжкостистих. М'язи під впливом імпульсів із рецепторів ураженого сегмента рефлекторно напружуються. Це асиметричне напруження зумовлює місцевий сколіоз. Рефлекторне напруження глибоких (сегментарних) м'язів, а також поверхневих (довгих) м'язів хребта створює природну іммобілізацію, часто захисну.

Залежно від того, на які нервові утвори припадає патологічна дія кісткових розростань, гриж диска та інших уражених структур хребта, розрізняють компресійні та рефлекторні синдроми. До компресійних відносять синдроми, при яких над указаними хребтовими структурами натягуються, стискаються чи деформуються корінець, судина або спинний мозок. До рефлекторних відносять синдроми, зумовлені впливом указаних структур на рецептори, які їх іннервують, що в кінцевому результаті сприяє виникненню рефлекторного напруження м'язів, сегментарно зв'язаних з ураженими сегментами, рефлекторних, вазомоторних та дистрофічних порушень. Такого характеру нейродистрофічні зміни виникають в першу чергу в маловаскуляризованих тканинах (сухожилки, зв'язки, в місцях їх прикріплення до кісткових виступів). Вони стають болючими, особливо при розтягуванні та пальпації.

Таким чином, вертеброгенні синдроми класифікуються як компресійні та рефлекторні. Рефлекторні, в свою чергу, поділяються на м'язово-тонічні, вазомоторні і нейродистрофічні. Уражаються всі відділи хребта, але в першу чергу – нижньошийні та нижньопоперекові.

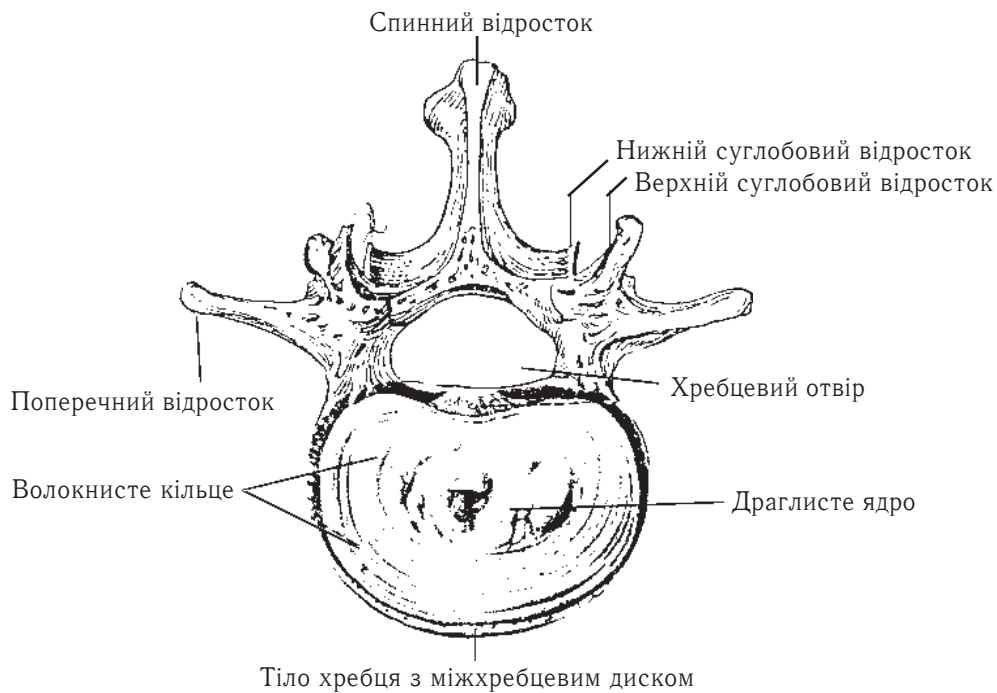


Рис. 284. Поперековий хребець і міжхребцевий диск (вигляд зверху).

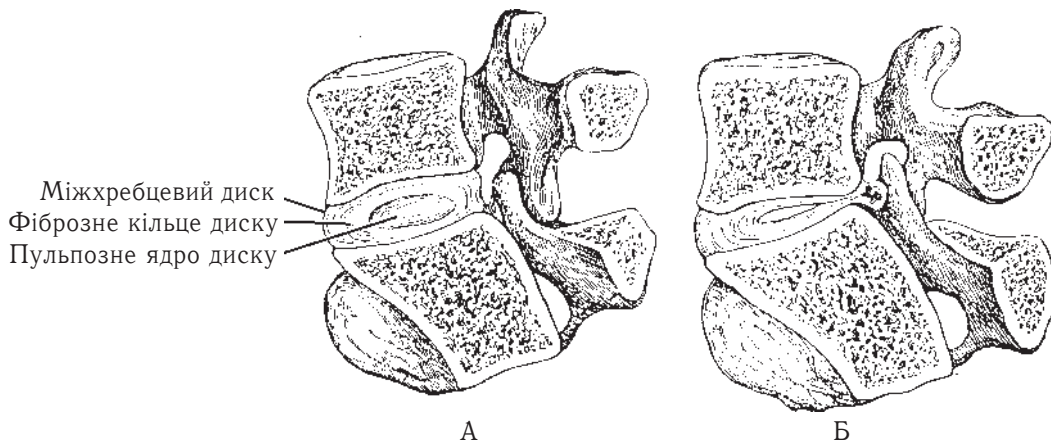


Рис. 285. Положення міжхребцевого диска:

А – в нормі; Б – витиснення і защемлення пульпозного ядра диску.

**Завдання** масажу залежить від неврологічної симптоматики і в першу чергу передбачає: поліпшення трофічних процесів у хребті та прилеглих тканинах; нормалізацію функціонального стану вегетативної нервової системи, периферійних мотонейронів, м'язів; поліпшення кровопостачання головного, спинного мозку, кінцівок, внутрішніх органів, сегментарно зв'язаних з ураженим сегментом хребтового стовпа; зменшення болювого синдрому; збільшення об'єму рухів у суглобах хребтового стовпа, кінцівок.

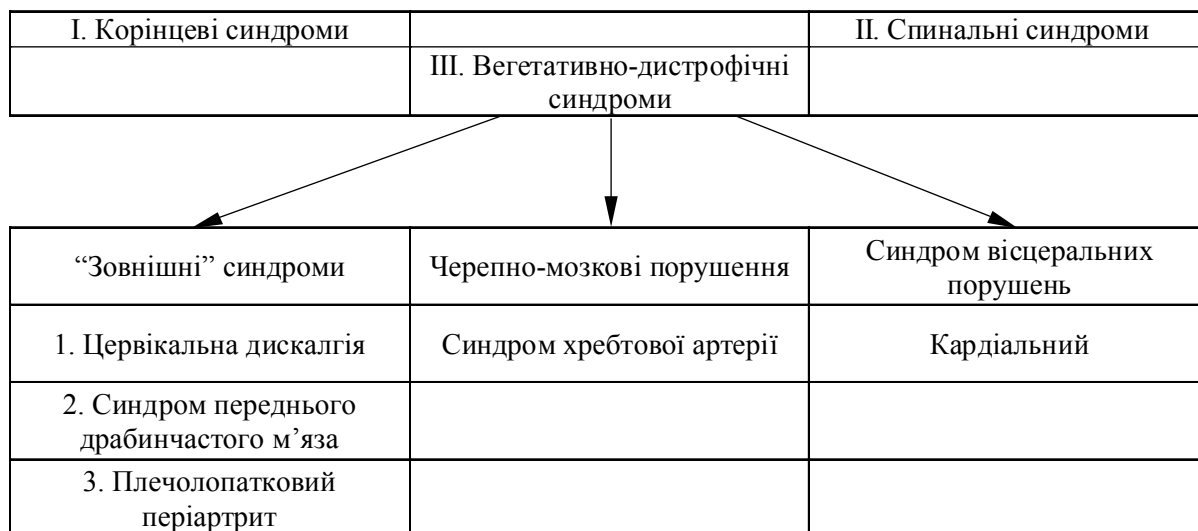
**Показання** до призначення масажу: неврологічні синдроми остеохондрозу хребта.

**Протипоказання** до призначення масажу: гострий період захворювання; тяжкий стан хворого, виражений болювий синдром, значна болючість м'язів при пальпації, неврити, гангліоневрити, гангліотрунцити; травматизація чи компресія спинного мозку та нервових корінців грижею диска або кістковими розростаннями; загальні протипоказання.

## Масаж при неврологічних синдромах остеохондрозу шийного відділу хребта

Особливо багатий неврологічними синдромами остеохондроз шийного відділу хребта. Різноманітність неврологічної симптоматики, значний відсоток хворих з неврологічними проявами остеохондрозу шийного відділу хребта у масажиста, висока ефективність методично правильно проведеного масажу диктує необхідність більш глибокого опису клінічної симптоматики та методики масажу.

**Класифікація синдромів шийного остеохондрозу (Г.С. Юмашев, М.Є. Фурман, 1984):**



Існує цілий ряд інших класифікацій. Нерідко в одного й того ж хворого виникає декілька синдромів, які проявляють себе одночасно чи послідовно.

### КОРІНЦЕВІ СИНДРОМИ

Корінцеві синдроми пов'язані з боковою корінцевою компресією кістковими розростаннями. Основним і постійним симптомом є біль, який буває гострим, ріжучим і супроводжується відчуттям немовби проходження електричного струму. Поширюється зверху вниз: від шиї до передпліччя і пальців. Нерідко біль супроводжується парестезіями (відчуттям затерпання, поколювання, повзання мурашок, печії та ін.) в дистальних відділах (кисть, пальці). Біль підсилюється при найменшому навантаженні на руку; деяким хворим тяжко ходити в пальто, воно давить на плечі і здається надмірно важким. Біль посилюється також при кашлі, чханні, натужуванні, при нахилі голови.

### СПІНАЛЬНІ СИНДРОМИ

Спинальні синдроми зумовлені травматизацією і компресією спинного мозку грижею або остеофітами, а також порушенням його кровопостачання внаслідок стискання остеофітами передньої спінальної, хребтової та інших артерій. Захворювання проявляється руховими розладами, в першу чергу у вигляді спастичних парезів нижніх кінцівок. Хворі скаржаться на затерпання та біль в ногах. Поступово наростають слабкість, атрофія, гіпотонія і в м'язах рук, pojawiaються фібрилярні посмикування.

### ВЕГЕТАТИВНО-ДИСТРОФІЧНІ СИНДРОМИ

Вегетативно-дистрофічні синдроми при остеохондрозі шийного відділу хребта можуть супроводжуватися різними клінічними проявами, головною ознакою яких є ураження вегетативних, а не соматичних волокон. Їх об'єднує в єдиний комплекс наявність болю. Біль за своїм характером відрізняється від корінцевого: немає чіткої зони його локалізації, а іррадіація не



відповідає ходу периферійних нервів чи судин. Особлива болючість визначається при натискуванні в місцях прикріплення м'язових сухожилків, фасцій, зв'язок. Ці місця з підвищеним робочим навантаженням особливо багаті рецепторними вегетативними закінченнями. Болючість в ділянці суглоба концентрується в периартикулярних тканинах. Характерні стійкі контрактури і тугорухомість при помірно вираженому больовому синдромі. Зони порушення чутливості нечіткі. Судинні розлади, поєднуючись з трофічними, проявляються в похолоданні, ціанозі і набряку тканин, порушенні потовиділення, остеопорозі та ін. На відміну від запальних процесів (міозит, поліартрит), температурна реакція і ШОЕ – без відхилень від норми.

Найбільш поширеними вегетативно-дистрофічними синдромами остеохондрозу шийного відділу хребта є цервікальна дискалгія, синдром переднього драбинчастого м'яза, плечолопатковий періартрит, черепно-мозкові та вісцеральні порушення.

Цервікальна дискалгія проявляється постійним або напвдоподібним болем в шиї. Біль інтенсивний, глибокий, найчастіше починається після сну і підсилюється при поворотах голови. Інколи рухи супроводжуються хрустом, який можна чути на відстані, хоча безболісний хруст спостерігають і у практично здорових людей. Характерним є зглаженість лордозу, обмеження бокових нахилів, вимушене положення голови з нахилом у бік ураження диска, напруження шийної мускулатури на боці ураження.

Синдром переднього драбинчастого м'яза зумовлений стисканням у вузькому просторі між переднім та середнім драбинчастими м'язами нервів плечового сплетення і підключичної артерії, а між переднім драбинчастим м'язом і першим ребром – підключичної вени. Біль поширюється по внутрішній поверхні плеча, передпліччя, V-IV пальців. Інколи біль іррадіює в потилицю, особливо при повороті голови. Можлива іррадіація болю в грудну клітку, що викликає підозру на стенокардію. Рухові розлади у вигляді гіпотрофії і слабкості м'язів приєднуються пізніше. Характерне напруження м'язів шиї, в першу чергу драбинчастого м'яза.

Плечолопатковий синдром зумовлений асептичними змінами периартикулярних тканин плечового суглоба. Клінічна картина складається з больового синдрому й обмеження рухомості кінцівки. Біль в ділянці плечового суглоба ниючий, більше турбує вночі, іррадіює в ліву руку та ділянку шиї. Тугорухомість характеризується утрудненням відведення плеча та закладання руки за спину, що супроводжується значним посиленням болю. Маятникоподібні рухи вперед і назад в межах 45° залишаються безболісними. З часом наростає атрофія м'язів, що відводять плече, і зморщення суглобової сумки. Тонус м'язів, які приводять плече до тулуба і лопатку до хребта, підвищується. Піднімання плеча вище горизонталі стає неможливим. У складних випадках та при тривалому перебігу захворювання плече з лопаткою можуть утворювати єдиний сегмент і рухи плеча стають можливими лише в межах рухомості лопатки, що значною мірою зумовлено підвищенням тону великого і малого круглого м'язів. Цьому ж сприяє постійне намагання хворого іммобілізувати руку.

Черепно-мозкові порушення зумовлені подразненням симпатичного сплетення, стенозом і оклюзією хребтової артерії, які призводять до порушення кровопостачання в мозочкових, стовбурових та потиличних відділах мозку. Вони проявляються клінікою вертебробазиллярної недостатності і носять назву синдрому хребтової артерії. Клінічні прояви синдрому різноманітні. Найбільш постійними є головний біль, кохлеовестибулярні та зорові порушення. Біль звичайно починається з потиличної ділянки, потім поширюється на тім'яно-скроневу ділянку, носить постійний характер, посилюється при рухах голови, частіше вранці.

Кохлеовестибулярні розлади проявляються запамороченням (нерідко з нудотою та блюванням), відчуттям шуму, дзвону у вусі.

Зорові порушення проявляються у відчутті мушок, пелени перед очима, які можуть збільшуватися при посиленні головного болю або не залежати від нього.

Вісцеральні синдроми шийного остеохондрозу найчастіше проявляють себе у вигляді кардіального синдрому ("шийної стенокардії"). Він зустрічається у кожного третього хворого з болями в ділянці серця (Г.С. Юмашев, М.Є. Фурман, 1984). Клінічно кардіальний синдром проявляється свердлярним болем в ділянці всього серця, його верхівки або за грудниною, який підсилюється

при різкому повороті голови, підніманні рук. В той же час, тривала хода, якщо вона не супроводжується значним стрясанням шийного відділу хребта, добре переноситься хворим. На електрокардіограмі при “шийній стенокардії” відсутня пряма залежність між ступенем прояву больового синдрому і змінами на ній, нерідко зміни можуть бути відсутні (якщо вона не поєднується з ішемічною хворобою серця). Приймання нітрогліцерину не сприяє зменшенню больового синдрому.

**План** масажу. Процедуру масажу умовно поділяють на два етапи. На першому з них, незалежно від неврологічних проявів остеохондрозу шийного відділу хребта, масажу підлягають паравертебральні зони верхньогрудних і нижньошийних сегментів (D6–D1, C7–C3), потилична ділянка, задня та бічні шийні ділянки, лопаткові, підключичні, дельтоподібні плечові ділянки. План наступного етапу процедури залежить від неврологічних проявів остеохондрозу: більш ретельно масажують окремі з указаних ділянок (як наприклад, драбинчасті м'язи при синдромі переднього драбинчастого м'яза) або ж включають масаж інших ділянок, вибір яких залежить від локалізації клінічних проявів захворювання.

При корінцевому синдромі в процедуру включають ще масаж верхніх кінцівок (обох).

При цервікальній дискалгії проводять більш ретельний масаж поверхнево і глибоко розміщених м'язів задньої, бічних та передньої шийних ділянок, голови.

При плечолопатковому періартриті проводять масаж спини, починаючи від поперекового відділу хребта (місця початку найширшого м'яза спини), включається масаж лопаткової, міжлопаткової ділянок, під лопаткою, бічних поверхонь грудної клітки. Ретельному масажу підлягають всі м'язи, які забезпечують функцію плечого суглоба, рухи лопатки, та м'язи плеча на всьому протязі: черевце, сухожилок початку, сухожилок прикріплення. Причому масаж обов'язково проводити з обох боків, зліва і справа.

При синдромі хребтової артерії в процедуру включають масаж лобової ділянки та волосистої частини голови.

При кардіальному синдромі більш ретельному масажу підлягають ліва половина грудної клітки, м'язи, що обмежують ліву пахвову ділянку: великий грудний м'яз, найширший м'яз спини, великий і малий круглі м'язи.

У разі, коли у хворого проявляються не вказані вище синдроми (епікондильоз плеча, синдром малого грудного м'яза, синдром комка в горлі та ін.), більш ретельно проводять масаж в ділянці локалізації неврологічної симптоматики.

**Методика** масажу. Положення хворого – сидячи за масажним столиком, руки на столику; при масажі голови та шиї голова лобом спирається на підголівник чи підтримується руками пацієнта або масажиста. Можна проводити масаж в положенні хворого лежачи, руки вздовж тулуба чи підняті, напівзігнуті, вільно лежать по обидва боки від голови.

Масаж шиї. При остеохондрозі шийного відділу хребта обов'язково проводять масаж задньої та бічних шийних ділянок, передньої – за показаннями. Площинне та обхоплююче погладжування одночасно двома руками чи послідовно задньої та бічних, потім – симетричними рухами рук - передньої поверхні шиї в напрямку до підключичних та пахвових лімфатичних вузлів. Спіралеподібне розтирання пальцями потиличної ділянки. Площинне та спіралеподібне розтирання пальцями задньої та бічних шийних ділянок. Спіралеподібне розтирання пальцями остистих відростків шийних хребців, граблеподібне – їх міжостистих проміжків, розтирання “сонечком” в ділянці VII шийного хребця. Розминання: верхньої частини трапецієподібного м'яза поздовжнім розминанням, натискуванням, зміщенням; груднинно-ключично-соскоподібного м'яза – щипцеподібно; драбинчастих м'язів та глибоких м'язів шиї – ніжним натискуванням. Розтирання циркулярне пальцями, безперервна стабільна вібрація в місцях початку та прикріплення вказаних м'язів. Закінчують погладжуванням усієї шиї.

Масаж спини. Площинне погладжування, розтирання долонними поверхнями кистей поздовжнє та поперечне. Масаж D8–D1 хребців та їх паравертебральних зон: погладжування площинне в ділянці хребта та паравертебральних ділянок, розтирання спіралеподібне пальцями, опорною частиною кисті, підвищенням першого чи п'ятого пальця остистих відростків,



граблеподібне розтирання міжкостистих проміжків, розтирання пальцями при синхронних рухах обох кистей вліво-вправо бічних поверхонь хребців, реброво-хребцевих з'єднань.

Масаж міжлопаткових, лопаткових ділянок: площинне погладжування; розтирання поздовжнє, поперечне, пиляння, спіралеподібне розтирання пальцями, опорною частиною кисті, обтяженою кистю; спіралеподібне розтирання пальцями бічного, присереднього краю, ості лопатки. Розминання висхідної частини трапецієподібного м'яза, найширшого м'яза спини, надостьового підостьового, великого і малого круглих м'язів натискуванням, розтягуванням, зміщенням, їх країв – поздовжнім розминанням. Спіралеподібне та колове розтирання місць початку та прикріплення вказаних м'язів. У міру розслаблення поверхнево розміщених м'язів приступають до розминання натискуванням ромбоподібного м'яза, розминання натискуванням та зміщенням – глибоких м'язів спини, розміщених по обидва боки хребта. Потрушування кистю м'язів спини. З метою пониження тонусу вказаних м'язів усі рухи виконуються ніжно на всьому протязі, включаючи місця їх початку і прикріплення. Після розслаблення м'язів спини проводять масаж підлопаткового м'яза та ділянки грудної клітки, прикритої лопаткою. Для цього хворий заводить руку за спину, масажист відводить плече разом з плечовим суглобом дещо назад, сприяючи відходженню лопатки від поверхні грудної клітки. Другою рукою проникає під лопатку, виконуючи розтирання пальцями та розминання натискуванням підлопаткового м'яза і ділянки грудної клітки, розміщеної під нею.

Масаж больових точок. Вони найчастіше виявляються в місцях початку та прикріплення м'язів: після ретельної пальпації з метою визначення їх стану проводять погладжування і розтирання циркулярне кінцями пальців, безперервну вібрацію, закінчують погладжуванням. Масаж не повинен сприяти посиленню болю та підвищенню щільності больових точок.

Ритмічні натискування в ділянці хребтового стовпа проводяться в положенні хворого лежачи: при поперечному розміщенні кистей щодо хребта (опорна частина кисті – з одного боку, ближнього до масажиста, боку, пальці – з другого, дальнього боку) – послідовними натискуваннями рук; при розміщенні кистей симетрично з обох боків хребта – одночасними. Прийом проводиться обережно, ніжно, дуже поступово збільшується сила натискування. Руки переміщуються в напрямку до шийного відділу хребта і навпаки, виконуючи 20-25 натискувань за 1 хв. Особам старшого віку – не показаний.

Закінчують масаж спини вібраційним погладжуванням.

Масаж підключичної ділянки: погладжування пальцями в напрямку до пахвових лімфатичних вузлів; розтирання пальцями прямолінійне та спіралеподібне в цих же напрямках, розтирання колове місць прикріплення м'язів; розминання натискуванням грудних м'язів; легкі вібраційні погладжування.

Масаж верхньої кінцівки. Підготовчий масаж проводиться, починаючи з плеча, потім – передпліччя і кисті. Поверхнєве і глибоке площинне та обхоплююче погладжування. Спіралеподібне розтирання пальцями та опорною частиною кисті, прямолінійні розтирання однією та двома руками. Розминання поздовжнє, ніжне поперечне, зміщення м'язів: окремо переднього (згиначів) та заднього (розгиначів) відділів кінцівки. Циркулярне та спіралеподібне розтирання, штрихування в місцях прикріплення м'язів.

Ділянка плеча та дельтоподібна ділянка при шийному остеохондрозі підлягають обов'язковому ретельному масажу, незалежно від неврологічної симптоматики, передпліччя і кисть – за показаннями. Масаж дельтоподібної ділянки: площинне та обхоплююче погладжування в напрямку до пахвових і підключичних лімфатичних вузлів. Спіралеподібне розтирання пальцями, опорною частиною кисті; розминання поздовжнє, зокрема ключичної, надплечової та остьової її частин, поперечне розминання і розминання натискуванням усього м'яза. Спіралеподібне розтирання пальцями місця прикріплення м'яза до плечової кістки. Розминання натискуванням надостьового м'яза, який разом з дельтоподібним відводить плече. При їх масажі прийоми проводяться більш енергійно, використовується ніжне поколючування, рубання, поплескування м'язів. Розтирання пальцями плечового суглоба. Для кращого доступу до його передньої поверхні руку заводять за спину, задньої – кисть кладуть на протилежне плече.

Масаж м'язів, що обмежують пахвову ділянку, включає масаж найширших м'язів спини, великого грудного м'яза, великих і малих круглих м'язів прийомами погладжування, розтирання, розминання, безперервної вібрації з метою послаблення їх тонусу. В глибині пахвової ямки масажують пахвовий нерв. Рука при цьому повинна бути відведена.

Диференційований масаж м'язів плеча: дзьобоплечого, двоголового м'яза плеча, триголового м'яза плеча поздовжнім та поперечним розминанням, потрушуванням. Масаж перших двох проводять ніжно, з метою послаблення тонусу. Останній масажують більш інтенсивно, включають переривчасту вібрацію (поколочування, рубання, поплескування). Необхідно пам'ятати, що вздовж медіального краю двоголового м'яза плеча проходять магістральні судини і променевий нерв. У цій ділянці не рекомендується здійснювати сильне натискування на тканини.

Закінчують масаж кінцівки струшуванням усієї верхньої кінцівки. При порушенні функції плечового суглоба виконують активні і пасивні рухи в ньому: відведення плеча від тулуба, віддалення тулуба від нерухомо зафіксованої в стані максимально можливого відведення руки; пасивне відведення плеча за допомогою блоків, маятниковоподібні рухи у всіх напрямках при нахиленому в бік ураженої руки тулубі.

Масаж голови. Положення хворого – сидячи за масажним столиком, руки на столі. Масажист – позаду. Площинне та обхоплююче погладжування лобової ділянки від середньої лінії до скроневої ділянки симетричними рухами рук. Послідовне погладжування від перенісся вгору до волосистої частини послідовними рухами рук. Погладжування поверх волосся голови від лобової ділянки до потиличної. Граблеподібне розтирання прямолінійними та спіралеподібними рухами кистей волосистої частини голови. Розминання натискуванням в ділянці сухожилкового шолома голови, лобового та потиличного черевця лобово-потиличного м'яза. Зміщення м'яких тканин черепа в сагітальній та фронтальній площинах. Закінчують погладжуванням.

Після процедури масажу хворому рекомендують виконувати вправи для м'язів шийного відділу хребта. Основними з них є: повороти, нахили голови, при нерухомому плечовому поясі; повороти тулуба при нерухокій голові; ізометричні напруження м'язів з подоланням опору при намаганні виконати повороти та нахили голови. Амплітуда рухів не повинна бути максимальною. Різке розгинання в шийному відділі хребта з відкиданням голови назад не показане, бо через переподразнення симпатичного сплетення хребтової артерії можуть виникнути запаморочення і навіть втрата свідомості.

**Тривалість** процедури – 20-25 хв. Курс лікування – 10-12 процедур щоденно або через день.

### **Масаж при неврологічних синдромах остеохондрозу поперекового відділу хребта**

Клінічно неврологічні порушення остеохондрозу поперекового відділу хребта проявляють себе болем та обмеженням рухів у поперековому відділі хребта та нижніх кінцівках; порушенням тонусу м'язів спини та нижніх кінцівок, порушення постави (рис. 286).

**План** масажу: масаж паравертебральних зон крижових, поперекових та нижньогрудних хребців ( $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_8$ ), сідничних ділянок, ділянок крижів, гребенів клубових кісток, обох нижніх кінцівок, больових точок.

**Методика** масажу. Положення хворого – лежачи на животі, під гомілковостопними суглобами валик. У перші дні для зняття больового синдрому та зменшення тонусу м'язів використовують ніжне погладжування, спіралеподібне розтирання, легку безперервну вібрацію. Пізніше масаж доповнюють іншими прийомами розтирання, поверхневого, потім глибокого розминання.

Масаж паравертебральних та рефлексогенних зон. Починають з масажу паравертебральних зон  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  хребців від нижче- до вищерозміщених сегментів: погладжування площинне, спіралеподібне розтирання пальцями, кулаком, гребенеподібне розтирання, пиляння; поздовжнє розминання, розминання натискуванням, зміщенням; ніжна безперервна вібрація. Розтирання пальцями чи опорною частиною кисті нижніх країв грудної клітки. Масаж поперекової

ділянки: погладжування пальцями, долонними поверхнями кистей, гребенеподібне; розтирання пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібне, кулаком, пиляння; розминання натискуванням пальцями, кулаком, гребенеподібно, обтяженою кистю. Погладжування і розтирання пальцями гребенів клубових кісток. Масаж сідничних ділянок: погладжування площинне та обхоплююче; розтирання поздовжнє, поперечне, пиляння, пересікання; розминання поздовжнє, поперечне, натискування; безперервна вібрація. Стрясання таза.

Масаж больових точок – ніжна пальпація больових точок в паравертебральних зонах, у міжкостистих проміжках, в ділянці таза, на гребенях клубових кісток, на стегні під сідничною складкою та за ходом сідничного нерва, погладжування їх, поверхневе і глибоке розтирання циркулярне кінцями пальців, безперервна стабільна та лабільна вібрація.

Масаж повинен бути диференційований, з врахуванням стану м'язів. При вираженому напруженні м'язів з одного боку для зниження їх тонузу використовують прийоми більш легкого, ніжного погладжування; розтирання пальцями, опорною частиною кисті; розминання натискуванням, розтягуванням; безперервної стабільної та лабільної вібрації. На протилежному боці – прийоми виконуються дещо інтенсивніше. У міру зменшення больового синдрому на ураженому боці масаж доповнюють більш глибоким розминанням I чи II-IV пальцями, підвищенням першого та п'ятого пальців, гребенеподібним, обтяженою кистю; натискування поєднують з розтягуванням м'язів, включають лабільну вібрацію, виконану більш інтенсивно. Рубання та поколючування не показані. Масаж не повинен посилювати чи сприяти виникненню болю, бо це свідчить про неадекватність вибраної методики масажу.

Масаж нижньої кінцівки. Масажують окремо передню та задню поверхні нижньої кінцівки. При масажі передньої поверхні хворий лежить на спині, під колінами валик, при масажі задньої поверхні хворий лежить на животі, під гомілково-стопними суглобами валик. Висота валика залежить від больового синдрому: чим сильніший – тим вищий валик. Масажують спочатку передню, потім задню поверхню в такій послідовності: пальці, стопа, гомілковостопний суглоб, гомілка, колінний суглоб, стегно, кульшовий суглоб. Масажувати обов'язково всю кінцівку за загальноприйнятою методикою. Крім цього, особлива увага приділяється впливу на окремі м'язи, нервові стовбури та больові точки. Спеціальному впливу прийомами погладжування та вібрації підлягають великогомілковий нерв у ділянці заднього краю присередньої кісточки біля п'яtkового сухожилка, а також найбільш болючі місця на тильній поверхні стопи, на п'ятці та п'яtkовому сухожилку. На зовнішній поверхні гомілки біля головки малогомілкової кістки масажу доступний малогомілковий нерв, а найбільш болючі місця – за ходом малогомілкового нерва та ззовні від горбистості великогомілкової кістки. На них впливають погладжуванням та лабільною вібрацією.

При масажі колінного суглоба спеціальному впливу підлягають болючі місця на зовнішній поверхні підколінної ямки та по зовнішньому краю наколінка. При ураженні стегнового нерву необхідно диференційовано масажувати окремі м'язи на передній поверхні стегна (кравецький м'яз та чотириголовий м'яз стегна). Спеціальному впливу прийомами глибокого погладжування та вібрації підлягає стегновий нерв на внутрішній поверхні стегна в ділянці стегнового трикутника.

Задню поверхню нижньої кінцівки починають масажувати з гомілки. Проводиться спеціальний масаж литкового м'яза, який у початковій стадії захворювання може бути напружений, потім часто настає атрофія м'язів задньої поверхні гомілки зі зниженням їх тонузу. В зв'язку з цим масаж повинен бути диференційованим. При значно вираженому болю спочатку використовують



*Рис. 286. Лівобічний (випуклістю вліво) сколіоз при попереково-крижовому радикуліті.*

лише легке обхоплює погладжування, а в процесі зменшення болю – різні види розтирання. На гіпотрофічних м'язах розтирання та розминання є основними прийомами масажу. На литковому м'язі також є больові точки, які підлягають спеціальному впливу погладжуванням, розтиранням, стабільною та лабільною вібрацією.

При масажі стегна використовують ті ж прийоми, що і при масажі гомілки. Спочатку виконують загальний масаж, а потім ізольований масаж чотириголового, двоголового, півсухожилкового, півперетинчастого та сідничного м'язів. Особливу увагу приділяють сідничним м'язам через їх часту атрофію. При масажі задньої поверхні стегна важливо впливати на сідничний нерв. Для цього використовують площинне поверхнєве та глибоке погладжування, розтирання та вібрацію приблизно по середній лінії стегна (від середини підколінної ямки до сідничної бронзи). При наближенні до сідничного горба необхідно збільшити силу натискування, бо там сідничний нерв прикритий товстим шаром м'язів. Спеціальному впливу підлягають найбільш чутливі точки задньої верхньої клубової ості, у верхній частині сідничної вирізки, біля сідничного горба присередньо від сухожилка двоголового м'яза стегна.

При остеохондрозі проводять мануальну терапію спеціально підготовленими фахівцями. Масаж потрібно поєднувати також з лікувальною фізкультурою, фізіотерапевтичними процедурами та ортопедичними заходами.

**Тривалість** масажу – 20-25 хв. Курс лікування – 10-12 процедур.

### **Масаж при захворюваннях вегетативної нервової системи**

Призначення вегетативної нервової системи можна систематизувати в двох положеннях: 1) підтримання всіх функціональних параметрів діяльності різних систем в межах гомеостазу, тобто підтримання постійності внутрішнього середовища; 2) вегетативне забезпечення різних форм розумової та фізичної діяльності, адаптації до змінюваних умов зовнішнього середовища. Виділяють два рівні вегетативної організації: сегментарний і надсегментарний. Надсегментарний рівень вегетативної регуляції розміщений у головному мозку і є складовою інтегративних систем мозку. В цьому рівні за характером функціональної відповіді виділяють ерготропну і тофотропну системи. Кожна об'єднує для організації цілеспрямованої дії діяльність моторних, сенсорних, емоційних, ендокринних і вегетативних апаратів.

Істинно вегетативні апарати складають вегетативну нервову систему, яка поділяється на два відділи: симпатичний та парасимпатичний. За допомогою надсегментарних інтегративних систем сегментарна вегетативна система включається в забезпечення різних форм діяльності при цьому здійснюється досконала координація її з іншими системами.

В основі вегетативних розладів надсегментарного генезу лежить порушення інтегративної діяльності різних систем мозку (сенсорно-моторної, емоційної, вегетативної), а вегетативна дисфункція відображає порушення адаптивної, пристосувальної діяльності.

Патогенез сегментарних порушень визначається процесами подразнення і випадання певних ланок та їх локалізацією. Найчастіше зустрічаються синдроми ураження мозкових вегетативних центрів, прегангліонарних волокон, симпатичного ланцюжка, периферійних сплетень.

Захворювання вегетативної нервової системи включають дієцефальні порушення, периферійні вегетативні синдроми (лицеві симпаталгії, симпатогангліоніт, солярит), алергічні реакції (кропив'янка, місцевий набряк шкіри, бронхіальна астма), ангіоневрози, ангіотрофоневрози (хвороба Рейно, вібраційна хвороба, мігрень, склеродермія, прогресуюча половинна атрофія лиця) та ін.

Вегетативні порушення можуть проявлятися у вигляді кризів (інтенсивно виявлені вегетативні порушення) та перманентно (коли вони коливаються в межах, які не досягають рівня вегетативних кризів).

Вегетативна нервова система бере участь в іннервації всіх органів і тканин, тому симптоми порушення її функцій супроводжують найрізноманітніші захворювання.

**Завдання** масажу: нормалізувати функціональний стан центральної та периферійної ланок вегетативної нервової системи; покращити центральну та периферійну гемодинаміку, трофіку



тканин, психоемоційний стан; нормалізувати функцію уражених органів, артеріальний тиск; зменшити больовий синдром.

**Показання** до призначення масажу: захворювання вегетативної нервової системи.

**Протипоказання** до призначення масажу: кризовий, перед- та післякризовий стан, тяжкий стан хворого, гострий період захворювання, гострий запальний процес, виражений больовий синдром, психоемоційні розлади, які утруднюють контакт з хворим, відсутність кваліфікованих масажистів, погіршення клінічної симптоматики після процедури масажу.

**План** масажу: масаж комірцевої зони, голови та, залежно від рівня ураження, вплив на відповідні паравертебральні зони, рефлексогенні зони тулуба, ділянки локалізації клінічної симптоматики.

### Масаж при діенцефальному синдромі

Розрізняють такі види діенцефального синдрому: нейроендокринний, нервово-м'язовий, вегетосудинний, епілептиформний, нейротрофічний, астено-іпохондричний та ін. Вони виникають як результат ураження гіпоталамічної ділянки внаслідок інфекції, інтоксикації, травм, порушення кровопостачання в басейні вертебро-базиллярної артерії. Клінічна симптоматика поліморфна. Найчастіше проявляється вегето-судинними синдромами: головним болем, запамороченням, змінами артеріального тиску, лабільністю пульсу, болем в ділянці серця, затерпанням рук, ніг.

**План** масажу передбачає масаж комірцевої зони, лобової, скроневої, потиличної, ділянок волосистої частини голови.

**Методика** масажу. Масаж проводиться за щадною методикою. Можна використовувати точковий масаж ділянок переважної локалізації головного болю. При виникненні болю в ділянці серця – щадний масаж грудної клітки. При затерпанні рук, ніг – нижній загальний масаж кінцівок.

**Тривалість** процедури – 10-15 хв. Курс лікування – 10-12 процедур. При проведенні масажу необхідно контролювати стан хворого. У разі наростання клінічної симптоматики припинити масаж, звернутися до лікаря.

### Масаж при вегетативних поліневритах

Вегетативні поліневрити (ангіотрофоневрози) – це група захворювань, які супроводжуються вегетативно-судинно-трофічними порушеннями. Основними в патогенезі захворювань є судинно-рухові розлади. Причиною вегетативних поліневритів можуть бути інфекція (ревматизм, туберкульоз), автоінтоксикація (цукровий діабет, тиреотоксикоз) та цілий ряд професійних факторів: тривале статичне напруження м'язів, дія холоду, вібрація та ін.

Вазомоторні порушення проявляються в зміні тону судин, особливо капілярної сітки, у вигляді спастичного, спастично-атонічного або атонічного стану.

Трофічні порушення виникають в шкірі, нігтях, кістках, суглобових сумках і локалізуються, як правило, в дистальних відділах рук і ніг, рідше на лиці (ніс, вуха, губи).

Серед вегетативних поліневритів частіше зустрічається симптомокомплекс Рейно, в якому виділяють хворобу Рейно та синдром Рейно. Останній виникає на фоні інших захворювань. У класичній формі симптомокомплекс Рейно перебігає у вигляді нападів, що проявляються трьома фазами: 1) зблідненням і похолодінням пальців рук, що супроводжується болем; 2) приєднанням вираженої синюшності і посиленням болю; 3) появою яскраво-червоного забарвлення шкіри, зменшенням болю. Тривалість нападу – декілька хвилин. Розрізняють три стадії перебігу захворювання. В I стадії на фоні холодобоязні виникає збліднення пальців рук, ніг, носа, язика, вух симетрично з обох боків, після чого з'являється больовий синдром (біль носить пекучий, розриваючий характер). Поступово тривалість і нападів приступів збільшуються. У II стадії хвороби вказані симптоми зберігаються поза нападами. У III стадії переважають трофічні розлади в пальцях, легко виникають і повільно загоюються травматичні порушення і запальні процеси, кінцеві фаланги можуть розсмоктуватися, відбувається їх відторгнення, може розвинути глибока спотворююча деформація пальців.

**План** масажу залежить від клінічної симптоматики та супутніх захворювань. При всіх формах і стадіях проводять масаж комірцевої зони. При I та II стадії захворювання масажу підлягають верхні кінцівки. Послідовність: комірцева зона, плече, передпліччя, кисть. За показаннями масажують лице, вуха. У випадку захоплення в процес нижніх кінцівок масажують ще і крижові, поперекові, нижньогрудні паравертебральні зони, сідничні ділянки та нижні кінцівки. У III стадії захворювання масаж кінцівок проводиться лише за спеціальними показаннями: при відсутності виражених трофічних змін, інфікованих ран та ін.

**Методика** масажу. Масаж комірцевої зони, крижових, поперекових, нижньогрудних паравертебральних зон проводять за загальноприйнятою методикою. Всі прийоми виконуються ніжно, м'яко, різкі рухи та інтенсивний вплив не показані.

При масажі кінцівок всі прийоми виконуються також ніжно, м'яко, без різких, сильних рухів. Погладжування: поверхневе обхоплююче та площинне. Розтирання долонними поверхнями кистей, спіралеподібне розтирання опорною частиною кисті. Розминання: ніжне поздовжнє розминання, зміщення, натискування окремо м'язів переднього (згиначів) та заднього (розгиначів) відділів кінцівки. При вираженій болючості та підвищенні тону м'язів розминання проводиться дуже ніжно, не зміщуючи м'язів з їх ложа, або і зовсім не використовується. Прискорюють зменшення болючості та послаблення тону м'язів погладжування, гладження, безперервна вібрація, масаж місць початку та прикріплення м'язів, комірцевої зони, симетричної кінцівки, сегментів, розміщених проксимальніше.

Ретельному масажу підлягають кисть та стопа. Ніжне поперечне погладжування тильної та долонної (чи підошовної) поверхонь пальців, гладження тильної та долонної (підошовної) поверхонь кисті (та стопи); щипцеподібне погладжування бічних поверхонь. У зв'язку з підвищеною ранимістю шкіри розтирання краще проводити більшими поверхнями: при поздовжньому розтиранні – усією тильною поверхнею пальців, при спіралеподібному – опорною частиною кисті. Розтирання бічних поверхонь – щипцеподібно, також максимально більшими поверхнями пальців. Для розминання м'язів підвищення першого та п'ятого пальців кисті застосовують щипцеподібне розминання та натискування, м'язів підошовної поверхні стопи – ніжне зміщення, натискування, гребенеподібне розминання. Міжкісткові м'язи розминають зміщенням між собою сусідніх п'ясткових кісток. Усі прийоми виконуються ніжно, з незначним зміщенням м'язів.

Таким чином, при масажі кінцівок погладжування використовується на усіх етапах захворювання. При наявності незначних трофічних змін проводять погладжування сегментів, розміщених проксимальніше. Розтирання застосовують на першій та початку другої стадії, коли відсутня підвищена ранимість шкіри. Підвищена ранимість шкіри диктує необхідність проводити розтирання більшою поверхнею кисті: всією чи більшою поверхнею пальців, опорною частиною кисті, всією долонею (залежно від розмірів масажованої ділянки). При розминанні використовують ніжне поздовжнє розминання, зміщення, натискування, стискання, валяння. Вони показані при I та II стадії захворювання, при III стадії – за показаннями: травматичні та запальні процеси на шкірі (до утворення ніжної рубцевої тканини) – протипоказання для масажу всієї кінцівки. При підвищеній болючості та підвищенні тону м'язів під час перших процедур розминання не показане. Кожний прийом розминання вводять поступово, під контролем самопочуття та тону м'язів. Починають з прийомів, які не зміщують м'яз з його ложа (ніжне натискування, стискання), акцентуючи вплив на місця початку і прикріплення м'язів.

З вібраційних прийомів використовують лише ніжну безперервну вібрацію. Переривчасті прийоми вібрації в процедуру не включаються.

Ступінь щадіння рук та ніг повинен бути пропорційним ступеню вазомоторних та трофічних розладів. Посилення збліднення, затерпання, болю під час процедури та після неї свідчить про неправильно підбрану методику масажу і вимагає її перегляду лікарем.

**Тривалість** процедури – 15-20 хв. Курс лікування – 10-12 процедур щоденно або через день.

### **Масаж при синдромі вегето-судинної дистонії**

Враховуючи поділ вегетативної нервової системи на симпатичний і парасимпатичний відділи, синдром вегето-судинної дистонії поділяють на ваготонію, симпатикотонію та змішану форми.



У людини з симпатикотонічною напруженістю виявляються блідість і сухість шкіри, холодні кінцівки, блиск очей і легкий екзофтальм, нестійка температура, схильність до тахікардії, почастішання дихання, тенденція до підвищення артеріального тиску, закрепи. Характерна висока працездатність, особливо під вечір, при знижених можливостях до запам'ятовування і зосередженості, тривожність, фізична витривалість. Ці особи погано переносять сонце, тепло, шум, каву; сон у них неспокійний. Має місце дрижання кінцівок, м'язів, парестезії, неприємні відчуття в ділянці серця.

Для ваготонії характерні холодна, волога, бліда шкіра, яскравий червоний дермографізм, брадикардія, тенденція до артеріальної гіпотонії, дихальна аритмія, схильність до втрати свідомості та збільшення маси тіла. Відзначаються апатичність, астенія, мала витривалість, низька ініціативність, нерішучість, боязливість, ранимість, схильність до депресії. Ці особи більш працездатні у вранішній час.

Синдром вегето-судинної дистонії не є нозологічною формою і лише синдромально відображає наявність конституційних або набутих вегетативних дисфункцій. Добре відома достатня стійкість вегетативних порушень, вони тяжко піддаються лікуванню. Це нерідко пов'язано з намаганням лікувати безпосередньо вегетативні розлади без урахування їх природи. До основних факторів, що сприяють виникненню вегетативних порушень, відносять: конституційні особливості, ендокринні перебудови організму, ураження вісцеральних органів, захворювання ендокринних периферичних залоз, алергію, патологію сегментарної вегетативної нервової системи, органічні ураження головного мозку, неврози.

Всі вегетативні синдроми лабільні, рухомі. Це стосується гіпергідрозу, частоти серцевих скорочень, рівня артеріального тиску, які можуть мати перманентний або кризовий перебіг. При перманентному перебігу вони коливаються в межах, які не досягають рівня вегетативних кризів.

Симпато-адреналові кризи характеризуються неприємними відчуттями в ділянці грудної клітки та голови, тахікардією, підвищенням артеріального тиску, дрижанням, вираженим відчуттям страху, тривоги. Закінчується криза виділенням великої кількості світлої сечі.

Парасимпатичні кризи проявляються запамороченням, нудотою, зниженням артеріального тиску, інколи брадикардією, екстрасистолією, утрудненням дихання, шлунково-кишковими дискінезіями.

Інколи криза носить змішаний характер, коли ознаки симпатичної та парасимпатичної активації виникають одночасно або послідовно одна за одною.

Вегетативні порушення бувають генералізовані, системні та локальні. Перші проявляються одночасно в усіх вісцеральних системах, включаючи шкірні вегетативні розлади і порушення терморегуляції.

Серед системних уражень частіше інших в процес захоплюється кардіоваскулярна система, найбільш динамічна, психологічно значима для хворого. Клінічно спостерігаються серцебиття, біль в лівій половині грудної клітки, астенія, дратівливість, порушення сну, головний біль, запаморочення, парестезії, відригування. Соматичних порушень виявити при цьому не вдається.

Описана нейротравна астенія або нейрогастральна дистонія, де на перший план виступають суб'єктивні скарги з боку травної системи, об'єктивно наявний дискінетичний синдром. Вегетативні розлади можуть проявлятися в терморегуляційній системі: тривалі неінфекційні підвищення температури до субфебрильних цифр.

Локальні вегетативні порушення можуть виникати в одній половині голови, дистальних відділах кінцівок, на тулубі.

**План** масажу. Масаж умовно можна поділити на два етапи. Перший етап включає обов'язковий масаж комірцевої зони та паравертебральних зон усього хребтового стовпа. Другий етап передбачає масаж ділянок з клінічною локалізацією захворювання: ділянки голови при церебральних порушеннях; кінцівок при затерпанні, болючості, слабкості їх; лівої половини грудної клітки при захопленні в процес кардіоваскулярної системи; ділянки проекції внутрішнього органа на поверхню тіла та самого внутрішнього органа (доступного для масажу) при вісцеральних розладах.

**Методика** масажу. При ваготонії масаж проводиться за тонізуючою методикою з використанням інтенсивно виконаних прийомів погладження, розтирання, розминання та переривчастої вібрації (проте інтенсивність повинна відповідати індивідуальним особливостям хворого). При симпатикотонії процедура масажу проводиться за заспокійливою методикою: включають поверхневе погладження, спокійне розтирання та розминання, використовують безперервну вібрацію.

**Тривалість** масажу залежить від першопричини виникнення вегетативних порушень та їх проявів.

#### 9.4. Масаж при захворюваннях серцево-судинної системи

Захворювання серцево-судинної системи займають перше місце за частотою захворювань, причинами інвалідизації і передчасної смерті. Із захворювань серця найчастіше зустрічаються захворювання ендокарда (ендокардити), міокарда (міокардити) та клапанного апарату (вади серця).

Порушення функціональної здатності провідної системи серця призводить до виникнення аритмій. Порушення коронарного кровообігу – причина виникнення ішемічної хвороби серця. Всі ці захворювання можуть стати причиною серцевої недостатності.

Захворювання кровоносних судин можуть бути зумовлені порушенням фізико-механічних властивостей кровоносних судин, їх тонуусу та запальними процесами в них. Судинна недостатність буває хронічна та гостра (колапс або шок).

Недостатність кровообігу зумовлена зниженням скоротливої сили серцевого м'яза та тонуусу м'язової оболонки периферійних судин.

Хворим на серцево-судинні захворювання масаж призначають в комплексному лікуванні. Масаж сприяє розширенню периферійних судин, полегшуючи роботу лівої половини серця, покращуючи перекачувальну здатність серця. Масаж грудної клітки підсилює її присмоктувальну дію, вено- та лімфотік, зменшує гемо- та лімфостази органів та тканин. Імпульси, що поступають у центральну нервову систему з рефлексогенних зон, сприяють поліпшенню саморегуляції кровообігу, мають гуморальний вплив на її центральні відділи та на хеморецептори серцево-судинної системи. Утворені в тканинах продукти обміну сприяють покращенню діяльності серцево-судинної системи.

**Завдання** масажу: сприяти нормалізації функціонального стану соматичної та вегетативної нервової системи, тонуусу судин; зменшити застійні явища та покращити кровообіг у великому та малому колах кровообігу, активізувати обмін речовин та трофічні процеси в тканинах; нормалізувати артеріальний тиск; сприяти покращенню функціональних можливостей серцево-судинної системи та розвитку адаптивних механізмів; при недостатності кровообігу шляхом покращання функціонального стану кардіальних (покращання коронарного кровообігу) та екстракардіальних (м'язовий, судинний, тканинний обмін, присмоктувальний дія грудної клітки) факторів сприяти полегшенню роботи серця.

**Показання** до призначення масажу: захворювання серцево-судинної системи в підгострій фазі, при відсутності гострих запальних процесів, недостатності кровообігу II Б та III стадій.

**Протипоказання** до призначення масажу: недостатність кровообігу IIБ–III стадії, коронарна недостатність, що супроводжується частими нападами стенокардії, початкова стадія гострого інфаркту міокарда, різке порушення ритму серцевої діяльності (пароксизмальна тахікардія, миготлива аритмія, блокада провідної системи серця); гострі запалення міокарда та оболонок серця, клапанного апарату, судин; активний ревматизм; гіпертонічна хвороба III стадії, гіпертонічний криз; пізня стадія атеросклерозу коронарних судин та судин головного мозку з явищами хронічної недостатності мозкового кровообігу; гострі флебіти, тромбофлебіти; системні алергічні ангіїти, підвищена травматичність та кровоточивість судин.

**Методичні** особливості масажу.

При захворюваннях серцево-судинної системи масажу підлягають паравертебральні та рефлексогенні зони, сегментарно зв'язані з ділянкою патології.

Дозування масажу значною мірою залежить від клінічних проявів захворювання і найчастіше проводиться за щадною методикою.

Масаж проєкції ділянки серця на грудну клітку можна доручати лише висококваліфікованим масажистам.

У процесі масажу необхідно постійно контролювати стан хворого, при гіпертонічній хворобі – обов'язково вимірювати артеріальний тиск до і після масажу.

Велике значення для вибору ділянки масажу та його методу при захворюваннях серця має вивчення локалізації рефлекторних змін в різних тканинах. О. Глезер, А.В. Даліхо (1966) вказують на лівобічну локалізацію цих змін і виділяють:

– зміни в шкірі (зони гіпералгезії): над верхньою частиною трапецієподібного м'яза, над ключицею, нижче груднини, по нижньому краю ребер, між лопатками та хребтом;

– зміни в підшкірній основі: між внутрішнім краєм лопатки та хребтом, нижній край грудної клітки, зовнішня поверхня грудної клітки, місця прикріплення ребер до груднини, над ключицею;

– зміни в м'язах: трапецієподібний м'яз особливо його ключична частина, підостовий м'яз, м'яз – випрямляч хребта, великий круглий м'яз, груднинно-ключично-соскоподібний м'яз, задній верхній зубчастий м'яз, великий грудний м'яз, прямий м'яз живота, клубовий м'яз;

– зміни в окісті: ребра, грудинна, лопатка.

Точки максимальної болючості (максимальні точки) зустрічаються в таких м'язах: випрямлячі тулуба, великому грудному, задньому верхньому зубчастому.

### Масаж при вадах серця

Вади клапанного апарату серця за своєю частотою серед захворювань серцево-судинної системи поступають лише гіпертонічній хворобі та атеросклерозу. Вони бувають уроджені та набуті. Основною причиною набутих вад серця є ревматизм. Серед вад серця зустрічаються недостатність мітрального, аортального, тристулкового клапанів і клапанів легеневого стовбура та звуження (стеноз), аортального, правого та лівого передсердно-шлуночкового отворів. Комбіновані вади серця (недостатність клапанів та стеноз відповідного отвору) зустрічаються частіше, ніж ізольовані. Найчастіше зустрічається комбінована мітральна вада.

**Завдання** масажу: покращити кровообіг, зменшити застійні явища, підвищити тонус серцевого м'яза, полегшити роботу серця, сприяти найбільш оптимальній адаптації серцево-судинної системи до зміни зовнішнього середовища, до збільшення фізичного навантаження, підсилити опірність організму.

**Показання** до призначення масажу: ревматизм у неактивній фазі, мітральні вади серця при відсутності ознак міокардиту, декомпенсації; нормальні температура та ШОЕ.

**Протипоказання** до призначення масажу: активна фаза ревматизму, порушення ритму серцевої діяльності (миготлива аритмія, пароксизмальна тахікардія), серцева недостатність II Б та III стадій.

**План** масажу: вплив на паравертебральні зони поперекових, грудних та шийних ( $L_5-D_{12}$ ,  $D_5-D_1$ ,  $C_7-C_3$ ) хребців, масаж спини, міжребрових проміжків, груднини, ребрових дуг, живота, нижніх кінцівок, дихальні вправи.

**Методика** масажу. Положення хворого при масажі тулуба – лежачи, нижніх кінцівок – напівлежачи. Масаж спини: погладжування площинне, розтирання поздовжнє, поперечне долонними поверхнями кистей. Масаж паравертебральних зон від нижче- до вищєрозміщених сегментів: розтирання поздовжнє, спіралеподібне, пиляння, штрихування; спіралеподібне розтирання остистих відростків, граблеподібне – міжостистих проміжків. Розминання натискуванням, зміщенням прямих м'язів спини, трапецієподібного та найширших м'язів спини. Краї двох останніх розминають поздовжнім та поперечним розминанням. Вібраційне погладжування спини. У міжлопатковій ділянці зліва інтенсивні прийоми протипоказані.

Масаж передніх ділянок грудної клітки. Положення хворого – лежачи на спині. Погладжування груднини від її мечоподібного відростка до підключичних ділянок. Погладжування площинне від нижніх ребрових дуг до підключичних ділянок симетричними рухами обох рук. Розтирання

спіралеподібне пальцями у цих же напрямках. Розтирання пальцями ребер та граблеподібне – міжребрових проміжків у напрямку від грудини до хребта. Розминання натискуванням грудних м'язів. Вібраційне погладжування. У жінок груді обминають.

Масаж живота: проводиться в положенні хворого лежачи на спині, з піднятим головним кінцем, ноги напівзігнуті. Площинне поверхнєве погладжування однією рукою навколо пупка за ходом годинникової стрілки подушечками II-IV пальців, спіралеподібне погладжування всієї поверхні передньої черевної стінки. Ніжне поверхнєве та глибоке циркулярне розтирання пальцями, при наявності значних жирових відкладень використовують допоміжні прийоми: ніжне пиляння, пересікання знизу догори, зверху вниз, справа на ліво. Ніжне розминання м'язів: поперечне розминання прямого та косих м'язів живота, вібраційні погладжування.

Масаж грудної клітки та живота закінчують черевним типом дихання для збільшення присмоктувальної дії грудної клітки, що полегшує роботу серця та масажу печінки ритмічними рухами діафрагми.

Масаж кінцівок проводиться у їх середньофізіологічному положенні. Починають з площинного погладжування кистей та стоп, а далі – обхоплююче поверхнєве та глибоке погладжування. Розтирання поздовжнє обома руками в напрямку від периферії до центру. Розминання поперечне та поздовжнє, ваяння, потрушування м'язів. Закінчують погладжуванням. Активні та пасивні вправи для м'язів кінцівок у повільному темпі, які полегшують роботу серця (“м'язовий насос” або “друге серце”).

**Тривалість** процедури – 15-20 хв. Курс лікування – 10-12 процедур щоденно або через день.

### **Масаж при ішемічній хворобі серця**

Ішемічна хвороба серця – це важлива група захворювань серця (стенокардія, інфаркт міокарда, кардіосклероз), зумовлених недостатністю коронарного кровообігу. Поширення її настільки велике, а перебіг небезпечний для здоров'я та життя, що вимагає надзвичайних зусиль для профілактики та лікування. Головне значення в розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) має атеросклероз вінцевих артерій серця, рідше – гіпертонічна хвороба, спазм коронарних судин, тромбоемболії, запальні судинні захворювання. Нерідко причини комбінуються.

### **Масаж при стенокардії**

Під стенокардією розуміють нападopodobний біль у грудях, зумовлений швидко наростаючим або короткочасним зменшенням кровопостачання тієї чи іншої ділянки серцевого м'яза (його ішемією). Напади болю виникають найчастіше після фізичного навантаження, приймання їжі, нервово-психічного напруження, переохолодження. Звуження коронарного русла в першу чергу зумовлено ураженням вінцевих артерій атеросклеротичним процесом та їх функціональним звуженням (спазмом). Переважно ці фактори поєднуються. Проте при різко вираженому ангіоневротичному факторі напад стенокардії може появиться і при здорових вінцевих артеріях. З іншого боку, при вираженому атеросклеротичному процесі достатньо незначного неврогенного впливу для виникнення нападу стенокардії.

Найбільш тяжкі напади стенокардії виникають вночі. Це зумовлено тим, що, на відміну від периферійних судин, судинозвужувальним нервом коронарних артерій є блукаючий нерв, а під час сну послаблюється гальмівний вплив кори півкуль на парасимпатичну систему.

Больові відчуття найчастіше локалізуються в ділянці груднини. Масажисту необхідно знати ділянки поширення (ірадіації) болю при стенокардії. Найчастіше це є: ліва рука, ліве плече, ліва лопатка, інколи ліва половина шиї та голови; часом біль може поширюватись і на правий бік, у верхню частину живота. Ірадіація болю пояснюється наявністю при стенокардії ділянок підвищеної шкірної чутливості – зон Захар'їна-Геда. Надмірне подразнення цих зон під час масажу може сприяти виникненню нападу стенокардії.

**Завдання** масажу: нормалізувати функціональний стан соматичної та вегетативної нервової системи, покращити коронарний кровообіг, активізувати обмін речовин та трофічні процеси в тканинах, підвищити функціональні можливості організму та стійкість його до негативного впливу факторів зовнішнього середовища (психоемоційні напруження, переохолодження та ін.).

**Показання** до призначення масажу: міжнападковий період стенокардії напруження, яка виникає після фізичного та нервово-психічного навантаження. Показаний масаж і при стенокардії, зумовленій атеросклерозом вінцевих артерій, проте проводити його необхідно з великою обережністю, краще лікарем.

**Протипоказання** до призначення масажу: нестабільна стенокардія, стабільна стенокардія III-IV функціонального класу, виражений атеросклероз вінцевих судин, коронарна недостатність, що супроводжується частими нападами стенокардії, недостатність кровообігу II Б-III стадії, часті гіпертонічні кризи, гіпертонічна хвороба III стадії, тромбоемболічні ускладнення, виражені порушення ритму і провідності серця.

**План** масажу: масаж спини, вплив на паравертебральні зони D<sub>8</sub>-D<sub>1</sub>, C<sub>7</sub>-C<sub>3</sub> хребців, масаж задньої та бічних шийних ділянок, передніх та бічних ділянок грудної клітки, верхніх кінцівок.

**Методика** масажу: положення хворого – сидячи. Перед початком масажу потрібно вивчити стан покривних тканин, виявити зміни в шкірі, підшкірній основі, м'язах, окісті. Залежно від виявлених змін і будуть визначатись ділянка та методика масажу, бо неадекватний вплив на них може викликати напад стенокардії.

Масаж спини: площинне погладжування обома руками спини, починаючи з паравертебральних зон, потім – поступово відступаючи від хребта. Обхоплююче погладжування бічних ділянок тулуба. Розтирання долонями поздовжнє та поперечне, спіралеподібне розтирання пальцями. Спіралеподібне розтирання пальцями остистих відростків, лопаток, граблєподібне – міжкостистих проміжків. Спіралеподібне розтирання та штрихування прихребтових зон. Штрихування долонною поверхнею нігтьової фаланги середнього пальця, зміщуючи шкіру в напрямку до хребта у місцях виходу нервових корінців сегментів D<sub>8</sub>-D<sub>2</sub>, поступово переміщуючись знизу догори. Розминання натискуванням та зміщенням найширших м'язів спини, трапецієподібного м'яза, а їх країв – поздовжнім та поперечним розминанням. Розминання підостьових та надостьових м'язів: зміщення та розтягування їх, починаючи від внутрішнього краю лопатки.

При підвищеній реактивності хворого під час перших 2-3 процедур масажу обмежують вплив на рефлексогенні зони спини, в першу чергу – на міжлопаткову ділянку зліва. При вираженій гіперестезії перші процедури починають з масажу правої половини спини.

Масаж задньої та бічних шийних ділянок. Погладжування обхоплююче. Розтирання пальцями потиличної ділянки лінійне та спіралеподібне в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня і навпаки. Спіралеподібне розтирання, розтирання пилянням задньої та бічних шийних ділянок, на низхідній частині трапецієподібного м'яза, можна додати пересікання. Розминання натискуванням, зміщенням, поздовжнє розминання трапецієподібного м'яза. Щипцеподібне розтирання та розминання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів. Закінчують погладжуванням від потилиці вниз до підключичних лімфатичних вузлів.

Після зменшення гіперестезії та напруження м'язів спини і шиї можна приступити до масажу передніх ділянок грудної клітки. Погладжування пальцями груднини від її мечоподібного відростка до груднинно-ключичних з'єднань. Масаж та бічних ділянок грудної клітки: поверхнєве та глибоке погладжування пальцями від грудини зліва в напрямку до ключиці, плеча та пахвової ділянки. Погладжування площинне зліва по нижньому ребровому краю від груднини до пахвових ліній. Спіралеподібне розтирання та штрихування місць прикріплення ребер до груднини (ніжно, під контролем самопочуття хворого). Розтирання пальцями спіралеподібне нижнього ребрового краю та ребер в напрямку від груднини до хребта. Граблєподібне розтирання міжребрових проміжків у цьому ж напрямку. Граблєподібне розминання міжребрових м'язів 3-4 міжребрових проміжків у напрямку до хребта. Розминання натискуванням та зміщенням (ніжно) великого грудного м'яза, починаючи від грудини. Розминання (ніжне) надключичного краю трапецієподібного м'язу поздовжнім розминанням. Вібраційне погладжування ділянки серця долонною



поверхнею кисті від груднини у напрямку до хребта. При наявності гіперестезії та підвищення тону м'язів масажні рухи не повинні бути енергійними, щоб не викликати приступ стенокардії. У жінок груди обминають.

**Масаж верхніх кінцівок.** Положення хворого – сидячи чи лежачи. Руки укладаються у фізіологічно зручне положення. Погладжування площинне кисті, далі – обхоплююче (поверхнєве та глибоке) передпліччя та плеча у напрямку до пахвових лімфатичних вузлів. Розтирання долонною поверхнею кисті, її опорною частиною, пальцями. Кисті рухаються прямолинійно та спіралеподібно. Прийом виконується однією рукою або двома, які рухаються назустріч. Розминання поздовжнє, поперечне, натискування, розтягування, зміщення, валяння. Масаж м'язів переднього (згинального) та заднього (розгинального) відділів кінцівки проводять окремо. Потрушування м'язів. Закінчують погладжуванням. Прийоми виконуються ніжно, в повільному темпі, переривчасті прийоми не показані. Особливо обережно проводять масаж на внутрішній поверхні плеча: інтенсивні впливи можуть викликати напад стенокардії.

**Масаж нижніх кінцівок.** Положення хворого – лежачи на спині, під колінами валик. Площинне погладжування стопи, обхоплююче (поверхнєве та глибоке) – гомілки та стегна в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів однією чи двома руками, які рухаються паралельно чи послідовно. При набряках на нижніх кінцівках спочатку проводять відсмоктувальний масаж: поверхнєве та глибоке, площинне та обхоплююче погладжування виконують спочатку на стегні, потім – гомілці та стопі. Після цього – всі інші прийоми проводять, починаючи зі стопи. Розтирання долонною поверхнею кисті, її опорною частиною, пальцями однієї чи двох рук, розтирання обтяженою кистю. Кисті рухаються прямолинійно чи спіралеподібно. Гребенеподібне розтирання, пиляння. Розминання поздовжнє та поперечне окремо м'язів переднього, заднього присереднього відділів стегна і присереднього відділів стегна і переднього, заднього та бічного відділів гомілки. На великих м'язових групах використовують валяння, натискування, стискання м'язів. Потрушування м'язів, лабільна і стабільна вібрації, поплескування та рубання. Закінчують погладжуванням. Потім проводять активні та пасивні вправи для нижніх кінцівок, дихальні вправи.

Тривалість процедури – 15-20 хв. Курс лікування – 10-12 процедур щоденно або через день. Можна використовувати масаж з профілактичною метою.

### **Масаж при інфаркті міокарда**

Інфаркт міокарда – це некротичний процес у серцевому м'язі, який зумовлений більш або менш тривалим припиненням або послабленням притоку крові до нього. Між стенокардією та інфарктом міокарда існує тісний зв'язок. Обидві хвороби є результатом коронарної недостатності: перша – короткочасної та оборотної, друга – більш стійкої. Тяжкість перебігу інфаркту міокарда залежить від глибини, протяжності зони ураження, наявності ускладнень та супутніх захворювань. Це ж визначає і програму реабілітації, згідно з якою хворим послідовно (залежно від динаміки процесу) призначають суворий ліжковий, розширений ліжковий, напівліжковий, вільний, шадний, щадно-тренуючий, тренуючий режим.

У сучасну практику охорони здоров'я впроваджена спеціальна система реабілітації хворих на інфаркт міокарда. Вона включає проведення фізичної, психічної, соціальної, трудової реабілітації в кардіологічному стаціонарі, потім у відділенні реабілітації місцевого кардіологічного санаторію і в поліклініках за місцем проживання хворого.

Основним завданням реабілітації на стаціонарному етапі є: профілактика і лікування ускладнень, стабілізація показників серцево-судинної системи, позитивна динаміка клінічних, лабораторних та ЕКГ-показників, поліпшення стану та підвищення рухової активності хворих настільки, щоб до кінця перебування у стаціонарі хворий міг себе обслуговувати, підніматися сходами на один поверх, проходити по рівній місцевості від 1 до 3 км за 2-3 рази без ознак перевтоми, підготовка хворого до переведення у відділення реабілітації.

У відділенні реабілітації місцевого кардіологічного санаторію реабілітація спрямована на відновлення фізичної працездатності хворого до рівня, необхідного для повсякденної побутової



та трудової діяльності. З цією метою хворим призначають ходьбу по рівній місцевості у повільному та середньому темпі, ранкову гігієнічну гімнастику, ходьбу по сходах, заняття на тренажерах, прогулянки на свіжому повітрі.

Після закінчення лікування у санаторії хворі продовжують лікуватись у кардіологічному диспансері, поліклініці чи центрі реабілітації за місцем проживання. На цьому етапі вирішують питання працездатності хворого, терміни поновлення трудової діяльності, обсяги службових навантажень, питання збереження працездатності, інвалідності чи перекваліфікації. Починається цей період з 3-4 місяця і триває все життя хворого. У режимі рухової активності хворим призначають ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, заняття на тренажерах, ходьбу. Проводиться психологічна, трудова та соціальна реабілітація хворого.

Масаж займає важливе місце на всіх етапах комплексного лікування хворих на інфаркт міокарда. Його завдання цілком відповідають загальним завданням реабілітаційної програми, а методика визначається періодом лікування, загальним станом хворого та його індивідуальними особливостями.

**Показання** для призначення масажу: відносно задовільний стан хворого, відсутність болювого синдрому та серйозних ускладнень, стабілізація клінічної симптоматики, відсутність вираженого лейкоцитозу та збільшення ШОЕ, позитивна динаміка на ЕКГ.

**Протипоказання** для призначення масажу: тяжкий загальний стан, виражений болювий синдром, недостатність кровообігу ІІБ-ІІІ стадії, збільшення ШОЕ, лейкоцитоз, наявність ускладнень, небезпека виникнення повторного інфаркту міокарда (подовження, посилення, частішання нападів болю), нервово-психічні відхилення, що утруднюють контакт з хворим, значне підвищення чи зниження артеріального тиску.

### Масаж у період стаціонарного лікування

**План** масажу: масаж нижніх кінцівок, верхніх кінцівок, грудної клітки, живота, спини, сідничних ділянок.

**Методика** масажу. Масаж нижніх кінцівок. Положення хворого – лежачи на спині, під колінами валик. Площинне погладжування стопи, площинне та обхоплююче – гомілки та стегна в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів однією рукою. Розтирання в повільному темпі долонною поверхнею кисті, її опорною частиною, пальцями однієї чи двох рук. Кисті рухаються прямолінійно чи спіралеподібно, ніжне поздовжнє розминання та валяння м'язів гомілки. Погладжування площинне та обхоплююче чи поверхневе.

Масаж верхніх кінцівок. Положення – лежачи на спині. Погладжування площинне кисті, площинне та обхоплююче передпліччя та плеча в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів. Розтирання пальцями кисті, передпліччя та плеча. Кисті рухаються прямолінійно чи спіралеподібно. Ніжне поверхневе чи поздовжнє розминання м'язів передпліччя. Закінчують погладжуванням. Внутрішню поверхню лівого плеча масажувати не рекомендують.

Масаж грудної клітки. Положення хворого – лежачи на спині. Площинне погладжування бічних поверхонь грудної клітки від ребрових дуг по аксиллярних лініях до пахвової ділянки. При небезпеці виникнення гіпостатичної пневмонії (за відсутності протипоказань) проводять ніжне спіралеподібне розтирання пальцями окістя VI-XII ребер та граблеподібне – їх проміжків у напрямку до хребта. Більше працюють справа.

Масаж живота. Положення хворого лежачи на спині, під колінами валик. Площинне погладжування II-IV пальцями за годинниковою стрілкою навколо пупка, спіралеподібне погладжування всієї поверхні передньої черевної стінки. Ніжне поверхневе та глибоке розтирання пальцями, пересікання знизу догори, зверху вниз, зліва направо та навпаки. Вібраційне погладжування передньої черевної стінки. Закінчують погладжуванням.

Масаж спини. Положення хворого – на правому боці. Ніжне площинне погладжування однією рукою в напрямку до пахвинних ділянок, ніжне спіралеподібне розтирання пальцями паравертебральних зон поперекових та грудних (VI-XII) хребців.

Масаж сідничної ділянки. Площинне та обхоплююче погладжування, розтирання пальцями, всією кистю, ніжне поверхнєве поздовжнє розминання сідничних м'язів. Закінчують погладжуванням.

Масаж проводиться під постійним контролем самопочуття хворого.

**Тривалість** масажу – 7-10 хв. Курс лікування – 8-10 процедур масажу щоденно або через день.

### **Масаж у відділенні реабілітації**

**План** масажу: масаж спини, бічних та передніх ділянок грудної клітки, верхніх та нижніх кінцівок.

**Методика** масажу. Положення хворого – сидячи, руки на масажному столику, голова опирається на підголівник чи руки пацієнта. Перед масажем необхідно вивчити стан покривних тканин, виявити зміни в шкірі, підшкірній основі, м'язах. Залежно від виявлених змін і будуть визначатись ділянка та методика масажу.

Масаж спини. Площинне погладжування обома руками спини, починаючи з прихребтових зон, потім – далі відступаючи від хребта. Обхоплююче погладжування бічних поверхонь тулуба. Поздовжнє та поперечне розтирання пальцями. Спіралеподібне розтирання та штрихування прихребтових зон  $D_8-C_3$  в напрямку від нижчерозміщених до вищєрозміщених сегментів. Розминання натискуванням, розтягуванням та зміщенням довгих м'язів спини, найширшого м'яза спини, трапецієподібного м'яза. Країв двох останніх – поздовжнім розминанням. Розтирання та розминання в міжлопатковій ділянці зліва проводять обережно, під контролем стану хворого. На перших процедурах цю ділянку обминають.

Масаж передніх та бічних ділянок грудної клітки. Положення хворого – лежачи на спині. Можна сидячи, масажист позаду хворого. Погладжування долонями чи пальцями груднини від її мечоподібного відростка до груднинно-ключичних з'єднань. Поверхнєве погладжування в ділянці серця від груднини зліва в напрямку до ключиці, плеча, пахової ділянки. Погладжування площинне з обох боків двома руками одночасно чи послідовно від нижнього ребрового краю до ключиці, по аксиллярних лініях – до пахової ділянки. Спіралеподібне розтирання пальцями ребер та ребрових дуг в напрямку від груднини до хребта. Ніжне поверхнєве розминання натискуванням великого грудного м'яза справа, починаючи від груднини. Закінчують погладжуванням. Молочні залози обминають. Зони підвищеної чутливості не масажують.

Масаж верхніх кінцівок. Положення хворого – лежачи чи сидячи. Погладжування площинне кисті, обхоплююче – передпліччя та плеча в напрямку до пахових лімфатичних вузлів. Розтирання долонною поверхнею кисті, її опорною частиною. Кисті рухаються прямолінійно чи спіралеподібно. Ніжне поздовжнє розминання м'язів передпліччя, плеча та дельтоподібного м'язу. Потрушування м'язів кінцівки. Послідовно масажують спочатку праву, потім – ліву руку. Прийом виконується ніжно, в повільному темпі, переривчасті прийоми вібрації не показані. Особливо обережно проводять масаж на внутрішній поверхні лівого плеча: інтенсивні впливи можуть викликати напад стенокардії.

Масаж нижніх кінцівок. Положення хворого – лежачи на спині, під колінами валик. Площинне погладжування стопи, обхоплююче погладжування гомілки та стегна в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів однією чи двома руками, які рухаються паралельно чи послідовно. Розтирання долонною поверхнею кисті, її опорною частиною, пальцями однієї чи двох рук. Кисті рухаються прямолінійно чи спіралеподібно. Гребенеподібне розтирання, пиляння стегна. Поздовжнє розминання однією чи двома руками м'язів гомілки та стегна. Валяння м'язів стегна. Ніжне потрушування м'язів. Закінчують погладжуванням. Прийоми переривчастої вібрації не показані.

**Тривалість** процедури – 10-15 хв. Курс лікування – 10-12 процедур щоденно або через день.

### **Масаж на поліклінічному етапі лікування**

**План** масажу: масаж паравертебральних зон  $D_8-D_1$ ,  $C_7-C_3$  хребців, задньої та бічних шийних ділянок, передньої та бічної поверхонь грудної клітки, верхніх кінцівок.

**Методика** масажу. Масаж спини. Положення хворого – лежачи чи сидячи. Площинне погладжування обома руками спини, починаючи від прихребтових зон, потім – далі відступаючи від хребта, в напрямку до пахвових лімфатичних вузлів. Обхоплююче погладжування бічних поверхонь тулуба. Розтирання долонною поверхнею кистей поздовжнє та поперечне. Спіралеподібне розтирання пальцями остистих відростків, лопаток, граблеподібне – міжкостистих проміжків. Спіралеподібне розтирання та штрихування прихребтових зон. Штрихування долонною поверхнею нігтьової фаланги середнього чи вказівного пальця у місцях виходу нервових корінців сегментів  $D_8 - D_{12}$ , поступово переміщуючись знизу догори. Розминання натискуванням та зміщенням довгих м'язів спини, найширших м'язів спини та трапецієподібного м'яза; країв двох останніх – поздовжнім розминанням. Розминання підостьових та надостьових м'язів: зміщення та розтягування їх, починаючи від внутрішнього краю лопатки. Міжлопаткову ділянку зліва масажують обережно.

Масаж задньої та бічних шийних ділянок. Погладжування обхоплююче однією чи двома руками. Розтирання пальцями лінійне та спіралеподібне потиличної ділянки в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня і навпаки. Спіралеподібне розтирання пальцями, розтирання пилянням задньої та бічних шийних ділянок, на попередній частині трапецієподібного м'язу можна додати пересікання. Розминання натискуванням, зміщенням, поздовжнім розминанням трапецієподібного м'яза. Щипцеподібне розтирання та розминання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів. Закінчують погладжуванням від потилиці вниз до підключичних лімфатичних вузлів.

Масаж передніх ділянок грудної клітки. Погладжування пальцями груднини від її мечоподібного відростка до груднинно-ключичних з'єднань.

Масаж в ділянці серця. Поверхневе та глибоке погладжування пальцями від груднини зліва в напрямку до ключиці, плеча та пахової ділянки. Погладжування площинне зліва від нижнього ребрового краю до ключиці, по аксілярних лініях – до пахової ділянки. Спіралеподібне розтирання та штрихування місць прикріплення ребер до груднини (ніжно, під контролем самопочуття хворого). Розтирання пальцями спіралеподібне нижніх ребрових країв та ребер в напрямку від груднини до хребта. Граблеподібне розтирання міжребрових проміжків з обох боків у цьому ж напрямку. Граблеподібне розминання міжребрових м'язів у напрямку до хребта. Розминання натискуванням та зміщенням великих грудних м'язів, починаючи від груднини. Вібраційне погладжування їх. При наявності гіперестезії та підвищення тону м'язів масажні рухи не повинні бути енергійними. У жінок груді обминають.

Масаж верхніх кінцівок. Положення хворого – лежачи чи сидячи. Руку вкладають у фізіологічно зручне положення. Погладжування площинне кисті, обхоплююче (поверхневе і глибоке) передпліччя та плеча у напрямку до пахвових лімфатичних вузлів. Розтирання долонною поверхнею кисті, її опорною частиною, пальцями. На передпліччі та плечі кисті рухаються прямолінійно та спіралеподібно. На кисті: тильна поверхня – штрихування, долонна поверхня – гребенеподібно. Розминання поздовжнє, поперечне м'язів передпліччя, плеча, дельтоподібного м'яза. Згинальні та розгинальні поверхні розминають окремо. Потрушування м'язів. Закінчують погладжуванням. Прийоми виконуються ніжно, в повільному темпі, переривчасті прийоми не показані. Особливо обережно масажують внутрішню поверхню лівого плеча: інтенсивні прийоми можуть викликати напад стенокардії.

**Тривалість** процедури – 15-20 хв і залежить від стану покривних тканин та самопочуття хворого. Курс лікування – 12-15 процедур.

### Масаж при гіпертонічній хворобі

Гіпертонічна хвороба (есенціальна гіпертонія) – самостійне хронічне захворювання, основним проявом якого є артеріальна гіпертонія. Підвищення артеріального тиску може бути одним із симптомів при захворюваннях нирок, ендокринних органів, ураженні аорти, звуженні артерій та ін. Гіпертонія при вказаних захворюваннях визначається як симптоматична, вторинна.

Нормальний артеріальний тиск – величина непостійна, різна у різних людей. З віком артеріальний тиск стає вищим навіть у здорових, хоча в людей старшого віку можна зустріти і

більш низькі його показники. Прийнято вважати нормальним артеріальний тиск, якщо він не вищий за 140 мм рт. ст. (систоличний) і 90 мм рт. ст. (діастолічний).

У перебігу гіпертонічної хвороби виділяють три стадії, кожна з яких поділяється ще на дві фази – А та Б. Перша стадія – чисто функціональна, підвищення тиску виникає періодично, потім, можливо, під впливом зміни умов життя, проходить на більш чи менш тривалий час, згодом знову виникає. У II стадії, якщо не використовувати лікування, підвищення артеріального тиску постійне, рівень його може коливатися, виражені кризи, спазми; появляється гіпертрофія лівого шлуночка. У III стадії (необоротній) виражений атеросклеротичний процес, порушується функція судин мозку, нирок, серця. Фаза А – компенсована, працездатність збережена, хоча і понижена. Фаза Б – декомпенсована, працездатність втрачається, можливі інфаркт міокарда, порушення мозкового кровообігу (інсульт). У різних хворих серце, нирки, мозок уражаються неоднаково, тому можна говорити про серцевий, нирковий та мозковий варіанти хвороби.

**Завдання** масажу: покращити функціональний стан соматичної та вегетативної нервової системи, знизити збудливість нервово-м'язового апарату судинної стінки, зменшити венозний застій, підвищити стійкість організму до негативного впливу факторів зовнішнього середовища, сприяти зниженню артеріального тиску.

**Показання** до призначення масажу: гіпертонічна хвороба I-II стадії при відсутності судинних кризів та виражених явищ атеросклерозу судин головного мозку, серця, нирок.

**Протипоказання:** гіпертонічна хвороба III стадії, виражений атеросклероз судин головного мозку, нирок, серця, небезпека тромбоемболічних ускладнень, гіпертонічний криз та загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж паравертебральних зон шийних та верхньогрудних ( $D_5-D_1$ ,  $C_7-C_3$ ) хребців, комірцевої зони, голови, живота.

**Методика** масажу. Положення хворого – сидячи з опорою лобом на підголівник (за масажним столиком) чи руки. Масаж прихребтових зон від нижче- до вищерозміщених  $D_5-D_1$ ,  $C_7-C_3$  хребців: поверхнєве та глибоке в повільному темпі погладжування пальцями, спіралеподібне розтирання першим чи II-IV пальцями обох рук, які рухаються симетрично в протилежних напрямках (права кисть – за годинниковою стрілкою, ліва – проти неї). Розтирання штрихуванням великими пальцями паравертебрально у місцях виходу корінців спинномозкових нервів, починаючи з  $D_5$  з обох боків, при цьому долонні поверхні перших пальців щільно прилягають до шкіри і зміщують підлеглі тканини в напрямку до хребта. Спіралеподібне розтирання пальцями остистих відростків, граблеподібне розтирання міжостистих проміжків.

Масаж VII шийного хребця: колоподібне розтирання пальцями остистого відростка, спіралеподібне розтирання пальцями або першим пальцем навколишніх тканин від остистого відростка на відстань 2-2,5 см і назад, у всіх напрямках у вигляді променів (“сонечком”).

Масаж комірцевої зони. Обхоплює погладжування задньої та бічних шийних ділянок симетричними чи послідовними рухами рук від потилиці вниз до підключичних та пахвових лімфатичних вузлів. Спіралеподібне розтирання пальцями потиличної ділянки в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня і навпаки. Спіралеподібне розтирання пальцями, пиляння задньої та бічних шийних ділянок. На поперечній частині трапецієподібного м'яза – можна пересікання. Щипцеподібне розтирання та розминання груднинно-ключично-соскоподібного м'яза. Розминання трапецієподібного м'яза за ходом м'язових волокон: низхідної частини – від каркової лінії до лопаткової ості, нижніх – від остистих відростків грудних хребців до лопаткової ості прийомом натискування, розтягування, зміщення, країв – поздовжнім, поперечним, щипцеподібним розминанням. Закінчують погладжуванням.

Площинне погладжування пальцями підключичних ділянок від груднини до плечових суглобів. Спіралеподібне розтирання пальцями в цих же напрямках. Розминання натискуванням та зміщенням великих грудних м'язів. Погладжування підключичних ділянок.

Масаж голови. Масаж волосистої частини голови найчастіше проводять без виділення проділів. Площинне та обхоплює погладжування волосистої частини голови долонною поверхнею кистей від лобової до потиличної ділянок. Граблеподібне погладжування і розтирання



лінійне та спіралеподібне від тім'я до завушних ділянок. Граблеподібне розтирання лінійне та спіралеподібне в поздовжніх та поперечних напрямках. Зміщення м'яких тканин голови в сагітальній та фронтальній площинах. Спіралеподібне розтирання завушних ділянок.

Масаж лобової і скроневої ділянок. Положення – хворого сидячи, голова опирається потилицею на підголівник. Прямолінійне і спіралеподібне погладжування від середини лоба назовні до скроневої ділянки симетричними рухами рук. Погладжування пальцями від перенісся догори до волосистої частини голови послідовними рухами рук. Ритмічні натискування пальцями на лобове черевце потилично-лобового м'яза. Закінчують погладжуванням.

Масаж живота у хворих на гіпертонічну хворобу проводять з метою перерозподілу крові в ділянку живота, яка є значним резервуаром для крові. Проводять послаблюючий масаж передньої черевної стінки та кишечника в положенні хворого лежачи на спині, під колінами валик. Використовують поверхневе та глибоке погладжування передньої черевної стінки за годинниковою стрілкою навколо пупка та спіралеподібне розтирання пальцями чи кулаком. При наявності значних відкладень жиру використовують допоміжні прийоми: пиляння, пересікання знизу догори, зліва направо і навпаки. Ніжне розминання м'язів: поперечне розминання обома руками прямих м'язів живота в напрямку від лобкової ділянки догори. Масаж косих м'язів живота: обхопивши їх руками, ніжно зміщують, розтягують, стискають. Накочування тканин передньої черевної стінки, вібраційне погладжування передньої черевної стінки. Масаж кишечника ніжним натискуванням пальців чи кулаком. Закінчують черевним типом дихання.

Масаж при гіпертонічній хворобі проводять за щадною методикою. Протипоказані енергійно виконані прийоми та прийоми переривчастої вібрації. Обов'язковий контроль артеріального тиску. При правильно проведеній процедурі масажу знижується артеріальний тиск, зменшуються головний біль, запаморочення, відчуття мушок та паволюки перед очима.

**Тривалість** процедури – 15-20 хв. Курс лікування – 12-20 процедур. Може використовуватися з профілактичною метою. Ефективним є поєднання з аеробними циклічними фізичними вправами, в першу чергу з бігом підтюпцем.

### Масаж при артеріальній гіпотонії

Виділяють первинну, або нейроциркуляторну, гіпотонію та вторинну, або симптоматичну. Первинна гіпотонія виникає в результаті порушення функцій вищих відділів центральної нервової системи, які регулюють судинно-рухову діяльність. Характеризується перевагою процесів гальмування. Суттєву роль при цьому відіграє нервово-психічне та фізичне перенапруження.

Вторинна гіпотонія зумовлена порушенням функцій нервової та серцево-судинної систем, які виникають після перенесених інфекцій, черепно-мозкових травм, при виразковій хворобі, при порушенні функцій залоз внутрішньої секреції та ін. У процесі видужання від основного захворювання нормалізується і артеріальний тиск.

Захворювання проявляється відчуттям загальної слабості, млявості, головним болем різної інтенсивності та локалізації, запамороченням, потемнінням в очах при швидкій зміні положення тіла, підвищеною дратівливістю, безсонням, неприємними відчуттями в ділянці серця, зниженням артеріального тиску, лабільністю пульсу з тенденцією до брадикардії, зниженням працездатності.

**Завдання** масажу: нормалізувати функціональний стан соматичної та вегетативної нервової системи, покращити нервово-психічний статус та стійкість організму до негативного впливу факторів зовнішнього середовища; прискорити видужання від захворювань, що сприяють зниженню артеріального тиску; сприяти ліквідації клінічних проявів захворювання.

**Показання** до призначення масажу: нейроциркуляторна дистонія за гіпотонічним типом, симптоматична гіпотонія.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий стан хворого, значне зниження артеріального тиску (нижче 90/60 мм рт. ст.), загострення клінічної симптоматики, загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж комірцевої зони, паравертебральних та рефлексогенних зон іннервації S<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>, L<sub>5</sub>-L<sub>1</sub>, спинномозкових сегментів, ділянки таза, нижніх кінцівок, живота.

**Методика** масажу. Масаж комірцевої зони. Положення хворого – сидячи за масажним столиком чи “верхи” на стільці, голова опирається на підголівник чи руки пацієнта. Масаж комірцевої зони включає: масаж задньої та бічних шийних ділянок, лопаткових підключичних дельтоподібних ділянок. Площинне й обхоплююче погладжування задньої та бічних шийних ділянок, починаючи від верхньої каркової лінії і хребта до плечей та лопаток. Руки рухаються послідовно або паралельно. Спіралеподібне розтирання потилиці, соскоподібних відростків, задньої та бічних шийних, лопаткових, підключичних, дельтоподібних, ділянок. Ефективною є така послідовність розтирання: потилична ділянка – пиляння, бічна та задня шийні ділянки – розтирання прямолінійне пальцями, верхній край трапецієподібного м’яза – обхоплююче розтирання всією долонею або пересікання. Кисті рухаються паралельно, в протилежних фазах. Розтирання VII шийного хребця: колове розтирання остистого відростка, спіралеподібне розтирання великим пальцем чи декількома пальцями від нього на 2-2,5 см назовні, повернення назад цим же шляхом. Таким чином проводиться масаж у вигляді променів сонця (“сонечком”). Швидкість рухів та сила натискування поступово наростають. Розминання трапецієподібного, великих грудних м’язів натискуванням, зміщенням, країв трапецієподібного, дельтоподібних м’язів – поздовжнім та поперечним розминанням, груднинно-ключично-соскоподібних – щипцеподібним розминанням. Глибоко захопивши м’язи або натискуючи на них, проводять ретельне розминання як поверхневих, так і глибоких шарів м’язів на всьому протязі: від місця початку до місця прикріплення. Останні масажують спіралеподібним розтиранням. Всі ці прийоми чергуються з погладжуванням.

При наявності головного болю проводять масаж голови: граблеподібне погладжування та розтирання в колових напрямках волосистої частини голови, зміщення та розтягування шкіри голови в сагітальному та фронтальному напрямках. Ділянку локалізації головного болю масажують додатково.

Масаж паравертебральних зон. Положення хворого – лежачи на животі. Масаж прихребтових зон проводять від нижче- до вищерозміщених спинномозкових сегментів ( $S_5-S_1, L_5-L_1$ ): площинне погладжування, розтирання спіралеподібне пальцями, штрихування, граблеподібне розтирання міжкостистих проміжків, спіралеподібне розтирання пальцями остистих відростків, крижової кістки. Розминання довгих м’язів спини зміщенням, натискуванням, розтягуванням пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібно.

Масаж сідничних ділянок. Поверхнєве і глибоке погладжування, розтирання м’язів прийомами пиляння, пересікання, штрихування; поздовжнє та поперечне, гребенеподібне розминання, зміщення, натискування рукою, кулаком, обтяженою кистю. Сила натискування, амплітуда рухів поступово наростають. Повільне, потім швидке потрушування м’язів, поплескування, рубання. Спіралеподібне розтирання пальцями гребенів клубових кісток. Закінчують масаж сідничних ділянок погладжуванням.

Масаж нижніх кінцівок. Положення хворого – лежачи на спині, під колінами валик. Площинне погладжування стопи, обхоплююче (поверхнєве та глибоке погладжування) гомілки та стегна однією чи двома руками, які рухаються паралельно чи послідовно в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів. Розтирання долонною поверхнею розміщених паралельно обох кистей в протилежних напрямках. Прямолінійне чи спіралеподібне розтирання опорною частиною кисті, кулаком однієї чи двох рук. Гребенеподібне розтирання, пиляння ділянки стегна. Поздовжнє і поперечне розминання м’язів гомілки та стегна. Валяння м’язів стегна. Поплескування, рубання, потрушування, струшування нижньої кінцівки. Закінчують погладжуванням.

Масаж живота. Положення хворого – лежачи на спині, під колінами валик. Площинне поверхнєве та глибоке погладжування за годинниковою стрілкою навколо пупка. Обхоплююче поверхнєве та глибоке погладжування бічних поверхонь живота: вище пупка – до пахвових, нижче – пахвинних лімфатичних вузлів. Поверхнєве та глибоке спіралеподібне розтирання пальцями, опорною частиною кисті, кулаком, пиляння, пересікання знизу догори, справа наліво і навпаки. Розминання накочуванням передньої черевної стінки. Поперечне розминання обома руками передньої черевної стінки від лобкової кістки догори. Розминання косих м’язів живота:



обхопивши їх руками, зміщують, розтягують, стискають. Спіралеподібне розтирання гребенів клубових кісток. Рубання, поколючування, поплескування передньої черевної стінки. Стрясання живота в поперечному та поздовжньому напрямках. Вібраційні погладження живота. Закінчують погладженням.

**Тривалість** процедури – 15-20 хв. Курс лікування – 15-20 процедур через день. Масаж поєднують з фізичними вправами та фізіотерапевтичними процедурами.

### Масаж при захворюваннях периферійних судин

Захворювання периферійних судин можуть бути зумовлені порушенням функції периферійних судин (фізико-механічних властивостей, тону судин та ін.), атеросклерозом, запальними явищами, алергічними реакціями та ін. Найчастіше всі ці фактори поєднуються, а нерідко окремі з них переважають і можуть відігравати основну роль у розвитку захворювань периферійних судин. Уражатись можуть як артерії, так і вени різних калібрів. Із захворювань периферійних артерій найчастіше зустрічається атеросклероз периферійних артерій, облітеруючий ендартеріт, хвороба Рейно. Захворювання вен найчастіше проявляє себе у вигляді варикозного розширення вен (рис. 287).

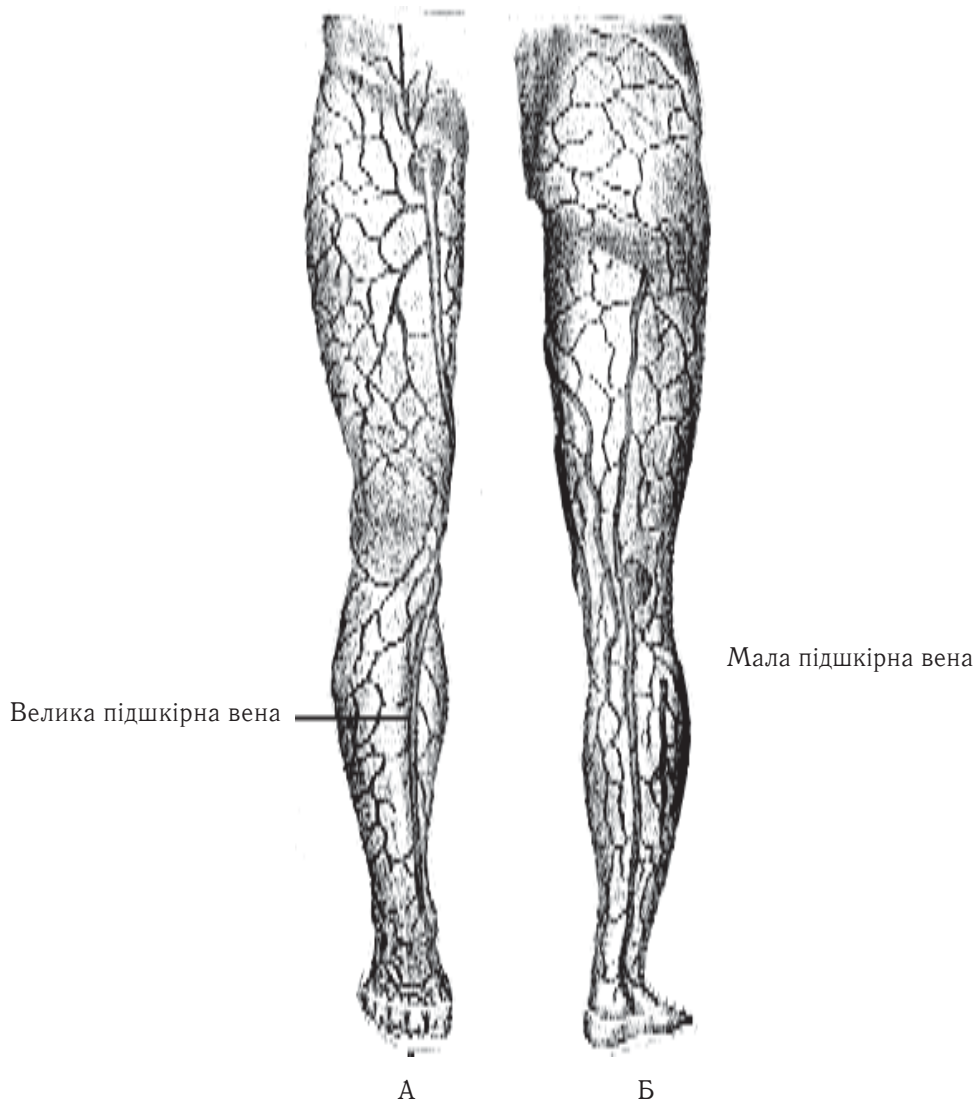


Рис. 287. Поверхневі вени правої нижньої кінцівки: А – вигляд спереду; Б – вигляд ззаду.

У перебігу захворювань периферійних судин можна умовно виділити три стадії: перша – ангіоневротична, друга – ішемічна, третя – некротична.

Клінічна картина захворювань периферійних артерій досить характерна. У ранній період хворі скаржаться на слабкість в ногах (чи руках), появляються затерпlosti, збліднення, похолодання кінцівок. Особливо характерний біль, який появляється спочатку при фізичному навантаженні, а потім – і в спокої. При ураженнях артерій нижніх кінцівок під час ходи біль виникає у литковому м'язі, що проявляється переміжною кульгавістю. При припиненні ходи біль проходить, при продовженні – появляється знову. Для них характерне тромбоутворення, яке може закінчитися сегментарною облітерацією артерій з переходом у гангрену.

Вирішальна роль у розвитку захворювань вен належить нервово-рефлекторному фактору, що призводить до порушення судинного та м'язового тону веннозної стінки, в результаті чого вени розширюються, виникає недостатність м'язово-клапанного апарату. Утруднюється відтік крові, що сприяє венозному та лімфатичному стазу. Виникає набряк нижніх кінцівок, який на початку захворювання зникає у горизонтальному положенні тіла, а далі стає постійним, появляються трофічні порушення. У першу чергу уражається шкіра, яка стає сухою, атрофічною, пігментованою. Далі порушується трофіка інших покривних тканин, що в кінцевому результаті може призвести до виникнення трофічних виразок. Захворювання ускладнюється розвитком флебітів та тромбофлебітів.

Психоемоційні напруження, ендокринні захворювання, значні фізичні навантаження, переохолодження, статичні напруження, куріння, вібрації, надлишкова маса тіла ускладнюють перебіг захворювань периферійних судин.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану нервової, в тому числі, вегетативної нервової системи; поліпшення лімфо- та кровообігу, трофічних процесів; зменшення больового синдрому; нормалізація сну; профілактика прогресування захворювання.

**Показання** до призначення масажу: захворювання периферійних судин.

Враховуючи підвищену готовність до спазму, патологічний напрямок судинних реакцій, порушену пристосувальну здатність уражених судин змінювати свій діаметр залежно від потреб кровопостачання та схильність до тромбоутворення вважається недоцільним безпосередній (місцевий) масаж кінцівок при II-III стадії захворювання периферійних судин. Необхідно впливати рефлекторно-сегментарно на лімфо-, кровообіг та трофіку ішемізованих тканин.

**Показання** до сегментарно-рефлекторного масажу при захворюваннях периферійних судин кінцівок:

– атеросклеротичне звуження артерій верхніх та нижніх кінцівок; ангіоспазми периферичних артерій, зумовлених нейроциркуляторною дистонією, попереково-крижовим та шийно-грудним остеохондрозом хребта;

– варикозне розширення вен нижніх кінцівок, трофічні зміни шкіри, невеликі виразки.

**Протипоказання** до призначення масажу при захворюваннях периферійних судин: ендартеріїт, ускладнений трофічними порушеннями, гангреною; ангіїти; тромбоз, гостре запалення судин, значне варикозне розширення вен з вираженими трофічними порушеннями; виражений атеросклероз периферійних судин з трофічними порушеннями; бешиха.

### **Масаж при захворюваннях артерій верхніх кінцівок**

**План** масажу: масаж прихребтових зон  $D_7-D_1$ ,  $C_7-C_3$  хребців, комірцевої зони (до нижнього кута лопаток), масаж верхніх кінцівок – за показаннями.

**Методика** масажу. Положення хворого – сидячи з опорою головою на руки, валик. Масаж паравертебральних зон від нижче- до вищерозміщених сегментів  $D_7-D_1$ ,  $C_7-C_3$ : поверхневе та глибоке погладжування у повільному темпі, розтирання спіралеподібне кінцями пальців, розминання зміщенням, розтягуванням та натискуванням також у повільному темпі.

Поставивши великі пальці по боках від хребта паравертебрально, виконується розтирання, штрихування у місцях виходу корінців спинномозкових нервів зліва і справа у напрямку до хребта. Потім долонною поверхнею середнього та вказівного пальців масажують остисті відростки,

міжкостисті проміжки, бічну поверхню хребців знизу догори, починаючи від  $D_7$ . Далі масажують комірцеві зону. З масажних прийомів використовують погладжування від потилиці та хребта до плечей, підключичних ділянок. Потім розтирають напівколовими рухами задню і бічну шийні ділянки, ділянки соскоподібних відростків та потилиці. Розминання трапецієподібного, великих грудних, груднинно-ключично-соскоподібного м'язів проводиться поздовжнім та поперечним розминанням, розтягуванням, натискуванням. Всі ці прийоми чергують з погладжуванням задньої та бічних шийних ділянок і плечей у напрямку зверху вниз і назовні, до плечових суглобів та пахвових ділянок.

Масаж спини: поверхнєве та глибоке площинне погладжування в напрямку до пахвових ділянок, розтирання прямолінійне та спіралеподібне долонною поверхнею кистей; розминання висхідної частини трапецієподібного, підостьових, надостьових, найширших м'язів спини (з обох боків) прийомами зміщення, розтягування, натискування, країв найширшого м'яза спини – поздовжнім та поперечним розминанням. Безперервна вібрація (лабільна та стабільна) спини. Переривчасту вібрацію та інтенсивні прийоми використовувати не рекомендують.

Масаж верхніх кінцівок проводиться за спеціальними показаннями. Площинне погладжування тильної та долонної поверхні кистей. Обхоплююче (поверхнєве та глибоке) погладжування передпліччя та плеча. Поперечне погладжування і розтирання долонної та тильної поверхні пальців. Поздовжнє погладжування бічних поверхні пальців. Спіралеподібне розтирання пальців. Гребенеподібне розтирання долонної поверхні, щипцеподібне – бічних поверхні, спіралеподібне та граблеподібне – тильної поверхні кисті. Колове та спіралеподібне розтирання променево-зап'ясткового суглоба. Поздовжнє розтирання пальцями або долонною поверхнею кисті передпліччя та плеча. Спіралеподібне розтирання пальцями, опорною частиною кисті передпліччя та плеча. Розминання м'язів кисті: щипцеподібне – бічних поверхні, щипцеподібне, натискуванням та зміщенням – підвишень першого пальця та мізинця, зміщенням – міжкісткових м'язів. Поздовжнє та поперечне розминання м'язів передпліччя, плеча, дельтоподібного м'яза. Лабільна вібрація. Закінчують погладжуванням.

**Тривалість** процедури – 10-15 хв. Курс лікування – 10-12 процедур.

### **Масаж при захворюваннях артерій нижніх кінцівок**

**План** масажу: масаж паравертебральних зон  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  хребців; масаж попереково-крижової ділянки, сідниць, гребенів клубових кісток та ребрових дуг; масаж нижніх кінцівок – вибірково.

**Методика** масажу. Положення хворого – лежачи на животі. Масаж паравертебральних зон проводять від нижче- до вищерозміщених сегментів ( $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$ ): площинне погладжування, розтирання прямолінійне та спіралеподібне пальцями, опорною частиною кисті; штрихування першими пальцями місць виходу нервів, зміщуючи тканини в напрямку до хребта; граблеподібне розтирання пальцями остистих відростків. Розминання довгих м'язів спини зміщенням, натискуванням, розтягуванням пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібно.

Масаж попереково-крижової ділянки: площинне погладжування, поздовжнє та поперечне розтирання, гребенеподібне розтирання, пиляння, пересікання. Розтирання пальцями гребенів клубових кісток та ребрових дуг.

Масаж сідничних ділянок. Поверхнєве та глибоке погладжування, розтирання прийомами пиляння, пересікання, штрихування; поздовжнє, поперечне, гребенеподібне розминання (ніжно, рівномірно, без різких рухів). Ніжне потрушування м'язів. Прийоми переривчастої вібрації не показані. Закінчують погладжуванням.

Масаж нижніх кінцівок. Площинне погладжування тильної та підошовної поверхні стоп, щипцеподібно – бічних. Площинне та обхоплююче поверхнєве погладжування гомілок та стегон. Спіралеподібне та граблеподібне розтирання тильної поверхні стоп, гребенеподібне – підошовної, щипцеподібне – бічних. Ніжне розтирання двома руками поздовжньо гомілки та стегна. Внутрішня поверхня стегна масажу не підлягає. Закінчують погладжуванням.

**Тривалість** процедури – 15-20 хв. Курс лікування – 12-15 процедур через день.

### Масаж при захворюваннях вен нижніх кінцівок

**План** масажу залежить від локалізації, періоду захворювання, характеру та тяжкості ураження вен нижніх кінцівок. Масаж паравертебральних зон  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  хребців, попереково-крижових, сідничних ділянок проводиться всім хворим (за відсутності загальних протипоказань). Масаж нижніх кінцівок призначається вибірково, лише при неускладненому розширенні вен нижніх кінцівок (при відсутності недостатності клапанного апарату, трофічних розладів).

**Методика** масажу. Положення хворого – лежачи на животі. Площинне погладжування спини від поперекової ділянки до пахвових лімфатичних вузлів. Масаж паравертебральних зон від нижче- до вищерозміщених сегментів ( $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$ ): площинне погладжування, розтирання прямолінійне та спіралеподібне пальцями, опорною частиною кисті; штрихування першими пальцями місць виходу нервів, зміщуючи тканини в напрямку до хребта; граблеподібне розтирання міжостистих проміжків, спіралеподібне розтирання пальцями остистих відростків. Розминання довгих м'язів спини зміщенням, натискуванням, розтягуванням пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібно.

Масаж попереково-крижової ділянки. Площинне погладжування, поздовжнє, поперечне гребенеподібне розтирання, пересікання, пиляння. Розтирання пальцями гребенів клубових кісток та ребрових дуг у напрямку до хребта.

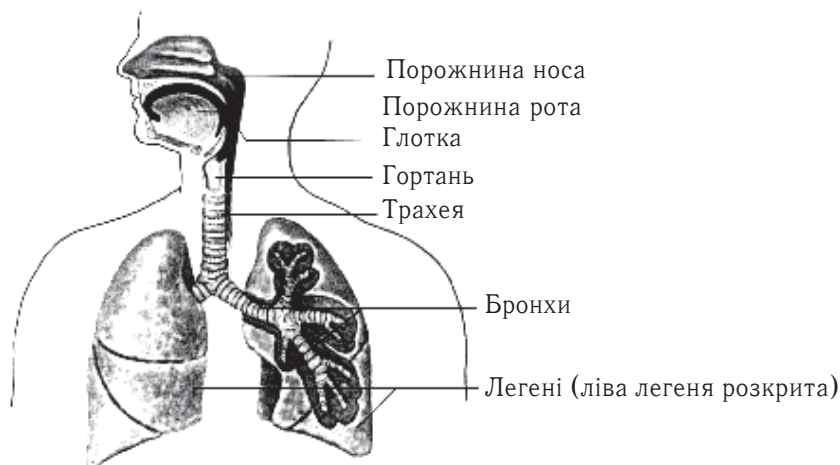
Масаж сідничних ділянок. Поверхнєве та глибоке погладжування, розтирання прийомами пиляння, пересікання, штрихування; поздовжнє, і поперечне, гребенеподібне розминання. Всі прийоми виконуються ніжно, рівномірно, без різких рухів. Ніжне потрушування м'язів. Прийоми переривчастої вібрації не показані. Закінчують погладжуванням.

Масаж нижніх кінцівок. Положення хворого – лежачи на спині, нижні кінцівки дещо зігнуті в колінних суглобах і підняті під кутом  $10-15^\circ$ . При односторонньому ураженні масажують обидві кінцівки, починаючи зі здорової. Спочатку масажують стегно, потім гомілку та стопу: поверхнєве безперервне, площинне та обхоплююче погладжування; легке циркулярне розтирання пальцями (обминаючи варикозно розширені вени) та легке потрушування м'язів. Розминання м'язів, прийоми переривчастої вібрації на ураженій кінцівці не показані.

**Тривалість** масажу – 12-15 хв. Курс лікування – 12 процедур через день. Ефективним є поєднання з лікувальною фізкультурою та фізіотерапевтичними процедурами.

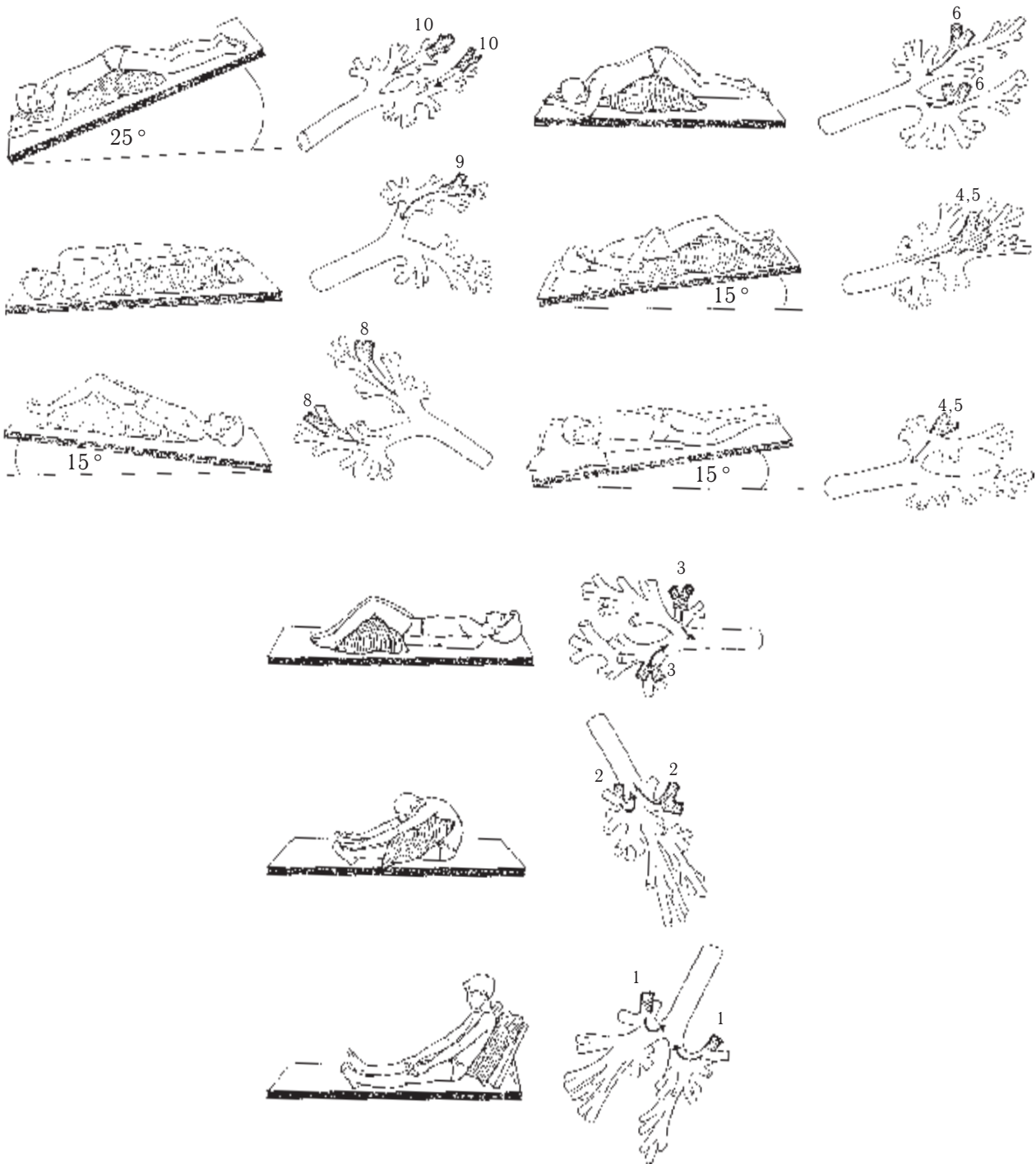
### 9.5. Масаж при захворюваннях дихальної системи

Система дихання включає: 1) верхні дихальні шляхи (порожнина носа з приносними пазухами, носова частина глотки, гортань); 2) трахеї та бронхів; 3) легені; 4) плевру; 5) грудну клітку з дихальними м'язами (міжреберні м'язи, драбинчасті м'язи, діафрагма); 6) судини та іннерваційний апарат (рис. 288).



А

Рис. 288. Схема органів дихання (А).



Б

Рис. 288 (продовження). Схема дренажних положень для всіх сегментів легень (за Кендигом) (Б).

Дихання – життєвий процес, який полягає у підтримці постійного обміну газів, у першу чергу кисню і вуглекислого газу, між зовнішнім середовищем та організмом. В основі механізму вентиляції легень лежить дихальний акт, який здійснюється завдяки ритмічним рухам грудної клітки та легень – вдиху та видиху. Вдих починається з відповідного імпульсу з центральної нервової системи, який стимулює скорочення дихальної мускулатури. Видих (стосовно зору м'язової діяльності) є пасивним актом. Здорова людина виконує від 12 до 20 дихальних рухів за хвилину.



Збудження дихального центру відбувається нервовим та гуморальним шляхом. Основним регулятором дихання є вміст у крові вуглекислого газу. Існує й інший механізм, що стимулює виникнення імпульсу до дихання, рефлекторний – зі шкіри, з органів чуття, а особливо – з кори головного мозку. Людина має здатність довільно міняти число та характер дихальних рухів. Зовнішнє дихання – фізіологічний процес, яким можна керувати завдяки вольовим зусиллям і через який можна вплинути на функціональний стан вегетативної нервової системи.

Спеціальні дихальні вправи з подовженим вдихом і затримкою дихання на вдиху переважно збуджують рецептори симпатичної ланки вегетативної нервової системи, котрі посилюють і прискорюють серцеві скорочення, підвищують артеріальний тиск, сповільнюють перистальтику шлунка, кишок, зменшують секрецію шлункового соку, сприяють розширенню бронхів. Дихальні вправи зі збільшенням тривалості фази видиху і затримкою дихання на видиху діють переважно на рецептори парасимпатичної частини вегетативної нервової системи. Вони сповільнюють серцеві скорочення, знижують артеріальний тиск, прискорюють секрецію і моторику шлунка та кишок, посилюють скорочення м'язів бронхів та бронхіол (М.Г. Триняк, В.В. Клапчук, 1995).

Захворювання дихальної системи найчастіше зустрічаються в місцевостях з вологим і холодним кліматом, в холодні пори року; при несприятливих умовах праці (виробничий пил, пари кислот, газу, підвищена вологість, переохолодження та ін.) та побуту (сирі, темні, недостатньо опалювані приміщення); після переохолодження. Важливу роль при цьому відіграє стан нервової та імунної систем. До захворювань більш схильні ослаблені, зі зниженою реактивністю, особи; вогнищами інфекції в носоглотці (синусити, гайморит, риніт, тонзиліт). Сприяє виникненню та підтриманню захворювання куріння. Захворювання дихальної системи може спостерігатись при деяких інфекційних захворюваннях (кашлюк, кір, дифтерія).

Найбільш поширеними захворюваннями дихальної системи є бронхіт, пневмонія, бронхіальна астма.

Бронхіт – запалення бронхів. Найчастіше виникає після гострого запалення верхніх дихальних шляхів. Хворих спочатку турбують нежить та біль в горлі. Через 1-2 дні у зв'язку з поширенням запального процесу вниз по трахеї pojawiaються біль та відчуття важкості за грудниною, сухий кашель. Потім процес поширюється на головні, а далі – більш дрібні бронхи. Продовжується кашель, який супроводжується виділенням слизистого або слизисто-гнійного мокротиння. Інколи кашель може мати нападopodobний характер внаслідок бронхоспазму.

Підвищення температури або не спостерігають, або вона утримується на субфебрильних цифрах, інколи – підвищується до 38°C і більше.

Страждає загальний стан. Захворювання вимагає ретельного лікування. Може переходити у хронічний процес.

При хронічному бронхіті запалення слизової бронхів інколи поширюється на всю товщу бронхіальної стінки, що може призводити до деформації та викривлення бронхів. У місцях потоншення стінки утворюються розширення – бронхоектази. При поширенні процесу на перибронхіальну тканину розвивається пневмосклероз (розростання в легенях рубцевої сполучної тканини). Захоплення в патологічний процес дрібних і найдрібніших бронхів (бронхіол), їх обтурація (закупорення), порушення прохідності, деформація, рубцеві зміни сприяють розвитку емфіземи легень (вздуття легень надмірним вмістом в них повітря). Нерідко на фоні хронічного бронхіту та перибронхіту виникає пневмонія, інколи повторно.

Пневмонія – запальний процес в легеневій тканині. Він може локалізуватись в межах часточок чи ацинусів (як при вогнищевій пневмонії) або захоплювати цілу частку чи окремі сегменти (як при крупозній пневмонії). Захворювання починається гостро, температура підвищується до 39-40 °C, pojawiaються озноб, загальна слабкість, головний біль, біль на ураженому боці, який не завжди відповідає локалізації процесу. Біль підсилюється при кашлі, який спочатку буває сухим, через день-два починає виділятися мокротиння.

Вогнищева пневмонія може виникати у хворих з хронічними бронхітами, катарамі верхніх дихальних шляхів, емфіземою легень, при грипі, кашлюці та інших захворюваннях. Вона може виникнути також і у хворих з ураженням центральної нервової системи (інсульт, різні інтоксика-



ції) внаслідок порушення іннервації бронхів та зниження їх дренажної функції. Її причиною може стати тривале перебування хворого в ліжку (як при інфаркті міокарда), оперативні втручання (післяопераційна пневмонія), поранення грудної клітки, живота, черепа. Гострий процес при відповідному лікуванні може закінчуватись видужанням. Проте недоліковані гострі пневмонії та бронхіти, пізня госпіталізація, недостатнє введення антибіотиків, зниження реактивності організму можуть стати причиною переходу гострого процесу в хронічний.

Бронхіальна астма – хронічне неспецифічне рецидивне поліетіологічне захворювання легень, яке формується з участю імунних та неімунних механізмів, основним патогенетичним механізмом якого є гіперчутливість трахеобронхіального дерева до різноманітних специфічних та неспецифічних стимулів. Основний клінічний прояв – напади експіраторної ядухи (задишки), дихання зі свистом, кашель з оборотною обструкцією бронхів внаслідок спазму гладкої (непосмугової) мускулатури, набряку слизової оболонки, гіперсекреції бронхіальних залоз.

#### **Класифікація бронхіальної астми** (за Г.Б. Федосєєвим, Г.П. Хлопотовою, 1988):

##### I. Етапи розвитку бронхіальної астми.

1. Біологічні дефекти у практично здорових людей.
2. Стан передастми. Це не нозологічна форма, а ознака небезпеки виникнення вираженої бронхіальної астми.
3. Клінічно оформлена бронхіальна астма – після першого нападу або статусу бронхіальної астми.

##### II. Форми бронхіальної астми.

1. Імунологічна форма.
2. Неімунологічна форма.

##### III. Клініко-патогенетичні варіанти бронхіальної астми.

1. Алергічний – пов'язаний із впливом алергенів.
2. Інфекційно-залежний.
3. Автоімунний.
4. Дисгормональний – глюкокортикоїдна недостатність та дисоваріальні розлади.
5. Нервово-психічний.
6. З вираженим адренергічним дисбалансом.
7. Астма з первинно зміненою реактивністю бронхів, включаючи аспіринову астму та астму при фізичних навантаженнях.

##### IV. Тяжкість перебігу бронхіальної астми.

1. Легкий перебіг.
2. Перебіг середньої тяжкості.
3. Тяжкий перебіг.

##### V. Фази перебігу бронхіальної астми.

1. Загострення.
2. Затихаюче загострення.
3. Ремісія.

##### VI. Ускладнення.

1. Легеневі: емфізема легень, легенева недостатність, ателектаз, пневмоторакс та ін.
2. Позалегенові: дистрофія міокарда, легенева серце, серцева недостатність та ін.

Масаж є високоефективним методом лікування гострих та хронічних неспецифічних захворювань і травм органів дихання. Він може використовуватися в комплексному лікуванні і як самостійний метод профілактики виникнення захворювань та їх рецидивів.

**Завдання** масажу. Сприяти: нормалізації функціонального стану соматичної та вегетативної нервової системи, нервово-психічного стану, сну, тону мускулатури; відновленню і поліпшенню лімфо-, кровообігу, тканинного метаболізму, дренажної функції бронхів та всієї роботи дихального апарату, нормального стереотипу дихання; посиленню дії медикаментозних засобів; прискоренню розсмоктування ексудату та інфільтратів; зменшенню об'єктивних проявів

хвороби, зниженню сенсibiliзації організму; відновленню фізичного здоров'я хворих при скорочених термінах лікування та досягненню більш тривалої ремісії; підвищенню захисних сил організму; попередженню переходу гострого процесу в хронічний та виникнення бронхоектазів, ателектазів, нападів ядухи, утворення плевральних зрощень. У період ремісії – попередження рецидивів захворювання.

**Показання** до призначення масажу: підгострий період гострих захворювань, підгострий період та період ремісії хронічних неспецифічних захворювань легень, біологічні дефекти у практично здорових людей, стан передастми.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий стан хворого, гострий запальний (в тому числі гнійний) бронхолегеневий процес, період загострення хронічних захворювань, тяжкі легеневі (легенева недостатність III стадії, ателектаз, легеневі нагноєння, пневмоторакс, туберкульоз легень з кровохарканням та ін.), позалегенові (серцева недостатність III стадії, онкологічні захворювання та ін.) ускладнення, загальні протипоказання.

**Методичні особливості** масажу.

Ефективність масажу значною мірою зумовлена розумінням масажистом клініко-патогенетичної суті захворювання. Методика залежить від виду захворювання, його клінічних проявів, гостроти процесу, періоду захворювання, індивідуальних особливостей пацієнта. Спільним для всіх захворювань органів дихання є такі особливості методики масажу.

Масажу підлягає вся грудна клітка, комірцева зона. Використовується також масаж носа, приносових ділянок, живота.

Спеціальному масажному впливу підлягають ребра, зчленування ребер з хребцями (рис. 269, 270, 271, 272) і грудниною, міжреброві проміжки, діафрагма, основна та допоміжна дихальна мускулатура.

При однобічній локалізації процесу масаж проводять з обох боків, починаючи зі здорового.

Для поліпшення дренажної функції бронхів та відходження мокротиння масаж проводять у відповідних дренажних положеннях, коли ділянка, яку дренують, розміщується над коренем легень: при верхівковій локалізації процесу – сидячи, в середніх частинах легень – на здоровому боці, в нижніх – колінно-ліктвовому положенні. У цьому ж положенні проводять натискування, стискання, стрясання грудної клітки. Ефективним є поєднання даних прийомів зі звуковою гімнастикою та покашлюванням.

Для подразнення рецепторів плеври, кореня легень, діафрагми використовується розтирання міжребрових проміжків у положенні хворого на спині. При цьому під час вдиху руки масажиста рухаються в напрямку до хребта, під час видиху – до груднини, стискаючи під кінець видиху грудну клітку. З цією ж метою використовують вібраційні натискування на грудну клітку під час подовженого видиху в положенні хворого лежачи на животі. Після кожного натискування руки масажиста поступово переміщуються по грудній клітці знизу догори.

При захворюваннях, які супроводжуються спазмом бронхів, масажні прийоми повинні бути менш інтенсивними, ніж без них. Не бажано використовувати прийоми переривчастого погладжування та розтирання, стругання, переривчастої вібрації.

Ефективним є поєднання масажу з лікувальною фізкультурою та фізіотерапевтичними процедурами.

### **Масаж при гострих і хронічних бронхітах та пневмонії**

**План** масажу: ділянка спини, комірцева зона, передня та бічні ділянки грудної клітки, за показаннями – масаж ділянок живота, голови, носа, приносових ділянок.

**Методика** масажу. Масаж спини. Положення – хворого лежачи на животі. Площинне поверхневе та глибоке погладжування, гладження спини, починаючи від паравертебральних зон в напрямку від поясної лінії до пахових ділянок. Безперервне та переривчасте розтирання спини в поздовжніх та поперечних напрямках долонною поверхнею кисті, спіралеподібне розтирання опорною частиною кисті, штрихування, пиляння, стругання до порожевіння шкіри.

Спіралеподібне розтирання остистих відростків хребців пальцями, граблеподібне погладжування та розтирання міжкостистих проміжків хребта. Масаж прихребтових зон грудного відділу хребта: погладжування площинне, гладження; розтирання долонною, опорною частиною кисті, пальцями прямолінійне та спіралеподібне, пиляння, штрихування; розминання натискуванням та зміщенням; гребенеподібне; ніжна стабільна та лабільна вібрація у місцях виходу спинномозкових нервів; змістивши пальцями м'язи від хребта назовні, рухами кистей вліво-вправо пальцями через розслаблені заздалегідь м'язи розтирають реброво-хребцеві суглоби, починаючи з нижніх. Розтирання пальцями та опорною частиною кисті лопаток, їх країв та ості. Розминання натискуванням, розтягуванням та зміщенням спочатку поверхнево, а після їх розслаблення – глибоко розміщених груп м'язів спини. Краї трапецієподібного та найширших м'язів спини розминають поздовжнім та поперечним розминанням. Спочатку розминання проводять спокійно, потім – більш інтенсивно. Розтирання пальцями та опорною частиною кисті ребер, натискування на грудну клітку (рис. 289). Переривчаста вібрація: поплескування, поколючування, рубання, шмагання. Закінчують вібраційним погладжуванням. При ішемічній хворобі серця інтенсивність масажних прийомів у міжлопатковій ділянці зліва повинна бути зменшена.



Рис. 289. Натискування на нижні відділи грудної клітки.

Масаж комірцевої зони. Положення хворого – лежачи на животі, руки під головою або сидячи за масажним столиком, голова спирається на руки пацієнта чи підголівник. Площинне та обхоплююче погладжування задньої та бічних поверхонь шиї. Розтирання спіралеподібне потиличної ділянки в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня хребта і навпаки. Розтирання задньої та бічних поверхонь шиї площинним, спіралеподібним розтиранням, пилянням, пересіканням. Розминання низхідної частини трапецієподібного м'яза натискуванням, зміщенням, поздовжнім розминанням, груднинно-ключично-соскоподібного м'яза – щипцеподібним розминанням. Розтирання пальцями остистого відростка VII шийного хребця, а прилеглих до нього тканин – “сонечком”.

Масаж ділянки грудей. Положення хворого лежачи – на спині, під колінами валик. Площинне та обхоплююче (рис. 290) погладжування передніх та бічних ділянок грудної клітки в напрямку до пахвових ділянок, обминаючи груді у жінок. Розтирання пальцями та опорною частиною кисті грудної кістки прямолінійними та спіралеподібними рухами, розтирання прямолінійне та спіралеподібне пальцями, штрихування груднинно-ребрових (вздовж груднини) та груднинно-ключичних суглобів. Погладжування та розтирання пальцями над- і підключичних ділянок в

напрямку до надплечово-ключичного суглоба. Масаж великих грудних та зубчастих м'язів: розтирання пальцями, опорною частиною кисті, пиляння, штрихування, розминання натискуванням, зміщенням, країв великих грудних м'язів – поздовжнім розминанням. Поколювання, рубання, поплескування ділянки грудей. При ішемічній хворобі серця масаж великого грудного м'яза зліва проводять обережно, контролюючи самопочуття хворого. Розтирання пальцями та опорною частиною кисті ребер, ребрових дуг. Натискування на нижні реберні краї під час подовженого видиху. Розтирання граблеподібне міжреберних проміжків в напрямку до хребта. Розминання граблеподібне натискуванням та розтягуванням міжребрових м'язів. Для більш ретельного масажу міжребрових та зубчастих м'язів хворого послідовно повертають на один, потім на другий бік. У цьому ж положенні проводять переривчасту вібрацію прийомами поплескування, поколювання, рубання, натискування на грудну клітку (рис. 291). Вібрація грудної клітки (рис. 292) під час видиху. Ефективним під час натискування є покашлювання хворого.

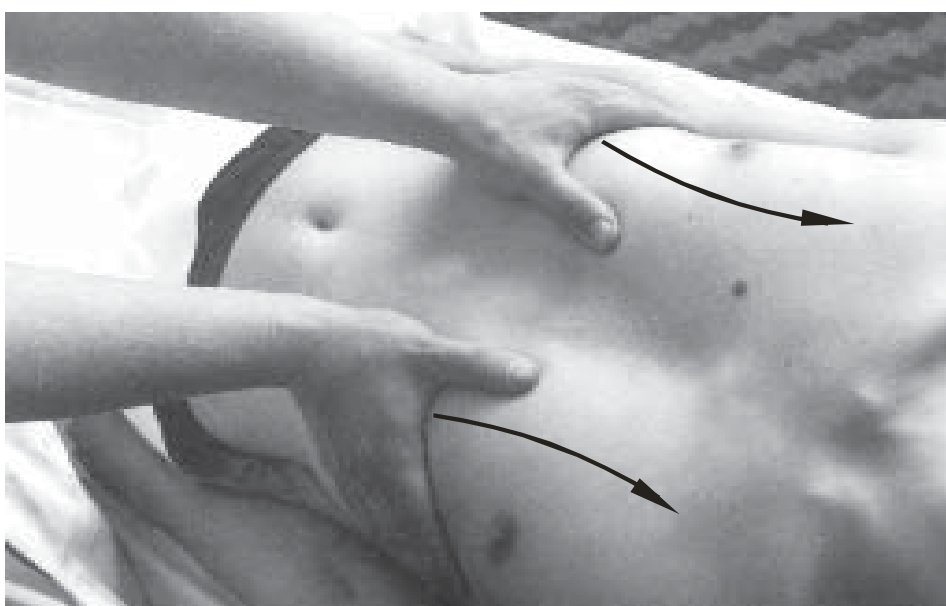
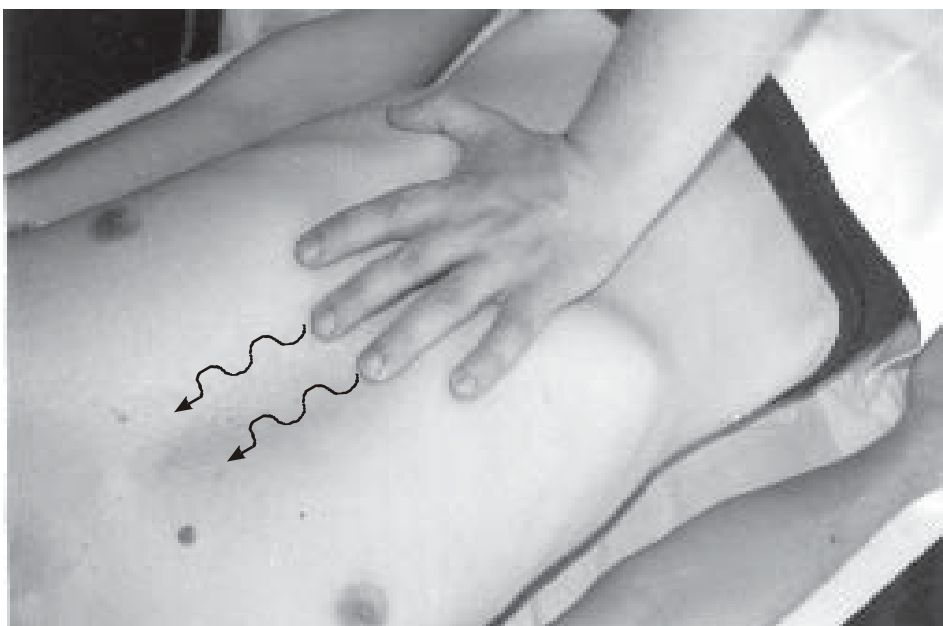


Рис. 290. Обхоплююче погладження грудної клітки.

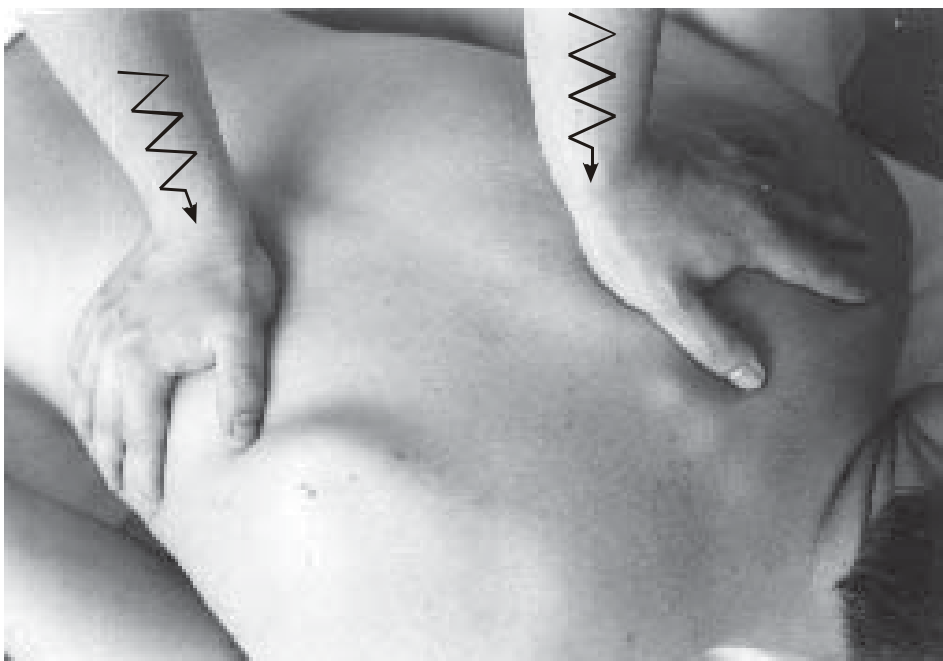


Рис. 291. Натискування на грудну клітку під час видиху.



*Рис. 292.* Вібрація грудної клітки усією кистю.

Обов'язковою складовою процедури масажу є дренальний масаж (масаж в колінно-ліктьовому положенні хворого). Якщо стан хворого дозволяє, йому надають колінно-ліктьового положення і пропонують періодично покашлювати. Масажист в цей час виконує прийоми переривчастої вібрації (рубання, поколючування, поплескування) та стрясання грудної клітки. Потім хворому рекомендують виконати триразове покашлювання, під час якого масажист обіймаючи руками грудну клітку, стискає її в ритмі покашлювання. Одночасно натискає руками на передню черевну стінку. Повторити 3-5 разів. Після цього хворого кладуть на кушетку з піднятим ножним кінцем. Проводять натискування в прихребтових зонах, натискування звичайні та вібраційні на симетричні ділянки та протилежні квадрати грудної клітки під час видиху (рис. 293).



*Рис. 293.* Вібраційні натискування на грудну клітку двома руками, розміщеними на протилежних квадратах.

Після короткого відпочинку хворому рекомендують виконати дренажні вправи: з положення стоячи нахили тулуба вперед, присідання з опусканням головного кінця нижче тазового і натискуванням на передню черевну стінку та покашлюванням чи промовлянням звуків. При цьому вдих повинен бути коротким і обов'язково носом, видих – більш тривалий. Якщо носове дихання утруднене, проводять масаж носа та приносівих ділянок і спеціальні дихальні вправи, описані при масажі дітей, хворих на бронхіальну астму.

**Тривалість** масажу – 15-25 хв. Курс лікування – 10-12 процедур. При гострому перебігу захворювання – щоденно, при хронічному – можна через день.

### **Масаж при бронхіальній астмі**

**План** масажу: масаж комірцевої зони, ділянки спини, грудей. При необхідності масажують ділянки живота, голови, носа та приносіві ділянки.

**Методика** масажу. Методика масажу в першу чергу залежить від періоду захворювання та його тяжкості.

#### **Масаж в період затихання загострення**

Перші процедури призначають в період затихання загострення, при відносно задовільному стані хворого. Масаж виконують в положенні хворого лежачи з піднятим головним кінцем. Ділянки масажу – комірцева зона, спина, бічні поверхні грудної клітки. Масаж проводиться дуже обережно недовготривало (7-10 хв). Протипоказані різкі, переривчасті, швидкі рухи, сильні натискування. Практичний досвід показує, що якщо на ці, ніжно виконані, прийоми масажу у хворого виникає різко виражена гіперемія шкіри (що свідчить про парадоксальну реакцію організму хворого на масажні впливи), – необхідно терміново припинити процедуру масажу, щоб не спровокувати астматичного стану.

У міру поліпшення стану хворого під час кожної слідуючої процедури поступово опускають головний кінець і масаж продовжують проводити в горизонтальному положенні хворого, а далі – при наявності продуктивного кашлю – поступово опускають головний кінець, до горизонтального, а потім – нижче горизонтального положення. При цьому в процедуру включають масаж передніх ділянок грудної клітки, живота, за показаннями – голови, лица, носа та приносівих ділянок. Поступово збільшують тривалість процедури масажу до 20-25 хв. При масажі передньої поверхні тулуба, який проводиться в положенні на спині, головний кінець не опускають нижче горизонтального рівня.

#### **Масаж в період ремісії**

Масаж спини. Положення хворого – лежачи на животі. Площинне поверхнєве та глибоке погладжування, гладження спини, починаючи від прихребтових зон в напрямку від поясної лінії до пахвових ділянок. Ніжне розтирання спини в поздовжніх та поперечних напрямках долонною поверхнею кистей, спіралеподібне розтирання опорною частиною кисті, пальцями. Спіралеподібне розтирання остистих відростків хребців пальцями, граблеподібне погладжування та розтирання міжостистих проміжків хребта. Масаж паравертебральних зон грудного відділу хребта: погладжування площинне, гладіння; розтирання долонною, опорною частиною кисті, пальцями; прямолінійне та спіралеподібне розтирання, пиляння, штрихування; розминання натискуванням та зміщенням; ніжна стабільна та лабільна вібрація у місцях виходу спинномозкових нервів; змістивши пальцями м'язи від хребта назовні, рухами кистей вліво-вправо пальцями (через розслаблені заделегідь м'язи) розтирають реброво-хребцеві суглоби, починаючи з нижніх. Розтирання пальцями та опорною частиною кисті лопаток, їх країв та ості. Ніжне розминання натискуванням та зміщенням спочатку поверхневих, а після їх розслаблення – глибоко розміщених груп м'язів спини. Краї трапецієподібного та найширших м'язів спини розминають поздовжнім та поперечним розминанням, місця їх прикріплення – спіралеподібним розтиранням. Розтирання



пальцями та опорною частиною кисті ребер, вібраційні натискування на грудну клітку (рис. 289). Безперервна вібрація: стабільна вібрація в біологічно активних точках, лабільна вібрація в місцях виходу спинномозкових нервів, ніжне потрушування м'язів спини. Закінчують вібраційним погладжуванням. Переривчаста вібрація не показана. При ішемічній хворобі серця інтенсивність масажних прийомів у міжлопатковій ділянці зліва повинна бути зменшена.

Масаж комірцевої зони. Положення хворого – лежачи на животі, руки під головою або сидючи за масажним столиком, голова спирається на руки пацієнта або підголівник. Площинне та обхоплююче погладжування задньої та бічних шийних ділянок. Розтирання спіралеподібне потиличної ділянки в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня і навпаки. Розтирання задньої та бічних шийних ділянок площинним, спіралеподібним розтиранням. Розминання низхідної частини трапецієподібного м'яза натискуванням, зміщенням, поздовжнім розминанням, груднинно-ключично-соскоподібних м'язів – щипцеподібним розминанням. Розтирання пальцями остистого відростка VII шийного хребця, а прилеглих до нього тканин – “сонечком”.

Масаж ділянки грудей. Положення хворого – лежачи на спині, під колінами валик. Площинне та обхоплююче (рис. 290) погладжування передніх та бічних ділянок грудної клітки в напрямку до пахвових ділянок, обминаючи груді у жінок. Розтирання пальцями та опорною частиною кисті грудної кістки прямолінійними та спіралеподібними рухами; розтирання прямолінійне та спіралеподібне пальцями, штрихування груднинно-ребрових та груднинно-ключичних суглобів. Погладжування та розтирання пальцями над- та підключичних ділянок в напрямку до надплечово-ключичних суглобів. Масаж великих грудних та зубчастих м'язів: розтирання пальцями, опорною частиною кисті, розминання натискуванням, зміщенням, країв великих грудних м'язів – поздовжнім розминанням, місця прикріплення – спіралеподібним розтиранням. Безперервна лабільна вібрація в ділянці з'єднання ребер з грудиною (вздовж груднини), за ходом грудних м'язів. Поколочування, рубання, поплескування ділянки грудей не показане. При ішемічній хворобі серця масаж великого грудного м'яза зліва проводять обережно, контролюючи самопочуття хворого. Розтирання пальцями та опорною частиною кисті ребер, ребрових дуг, проєкції місць прикріплення діафрагми. Натискування на нижні реброві краї під час подовженого видиху. Розтирання граблеподібне міжребрових проміжків у напрямку до хребта. Розминання граблеподібне натискуванням та розтягуванням міжребрових м'язів. Для більш ретельного масажу міжребрових та зубчастих м'язів хворого послідовно повертають на один, потім на другий бік. У цьому ж положенні проводять безперервну лабільну вібрацію в ділянках ребер, вібраційні натискування на грудну клітку (рис. 291), ніжну вібрацію грудної клітки (рис. 292) під час видиху. Ефективним в цей час є покашлювання хворого.

Обов'язковою складовою процедури масажу є дренажний масаж (поєднання масажу з пугтуральним дренажем). Якщо стан хворого дозволяє, йому надають колінно-ліктьового положення і пропонують періодично покашлювати. Масажист в цей час проводить ніжні стрясування грудної клітки. Потім хворому рекомендують виконати триразове покашлювання, під час якого масажист, обіймаючи руками грудну клітку, стискає її в ритмі покашлювання. Одночасно натискає руками на передню черевну стінку. Повторити 3-5 разів. Необхідно звернути увагу, що відсутність продуктивного кашлю являється протипоказанням для проведення відкашлювання, бо утруднене відходження мокротиння може спровокувати бронхоспазм. Після цього хворого кладуть на кушетку з піднятим ножним кінцем. Проводять натискування в ділянці прихребтових зон, натискування звичайні та вібраційні на симетричні ділянки та протилежні квадрати грудної клітки під час видиху (рис. 293). Після короткого відпочинку хворому рекомендують виконати дренажні вправи з положення стоячи: нахили тулуба вперед, присідання з опусканням головного кінця нижче тазового і натискуванням на передню черевну стінку та покашлюванням, промовлянням звуків (звукова гімнастика). При цьому вдих повинен бути коротким і обов'язково носом, видих – більш тривалим. Якщо носове дихання утруднене, проводять масаж носа та приносних ділянок і спеціальні дихальні вправи, описані при масажі дітей, хворих на бронхіальну астму. Всі прийоми масажу виконуються ніжно, без різких рухів, під постійним контролем якості дихання хворого.

**Тривалість** масажу – 15-25 хв. Курс лікування – 10-12 процедур. При процесах, що перебігають гостро, – щоденно, при хронічних – можна через день.

Масаж хворим на бронхіальну астму повинен проводити висококваліфікований спеціаліст.

Ефективним як для проведення первинної профілактики бронхіальної астми в осіб з біологічними дефектами та станом передастми, так і для попередження рецидивів захворювання є періодичне проведення масажу (не рідше одного разу в квартал). Необхідно постійно займатися загартовувальними процедурами, гімнастичними вправами, пішими прогулянками, бігом підтюпцем, музикотерапією, танцетерапією.

### **Інтенсивний масаж асиметричних зон за методом О.Ф. Кузнецова**

О.Ф. Кузнецов (1979) запропонував для хворих на хронічну пневмонію, бронхіальну астму, хронічний бронхіт свою методику масажу. Запропонована методика базується на тому, що у хворих на хронічні неспецифічні захворювання легень має місце фрагментарна деформація грудної клітки у вигляді ділянок (зон) шкірно-м'язової помірної гіпертрофії. Автор звертає увагу на те, що ці зони гіпертрофії з незначним об'ємним збільшенням грудної клітки асиметричні і розміщені по діагоналі. Проведені О.Ф. Кузнецовим дослідження виявили в цих зонах більш високу температуру шкіри і більш високий м'язовий тонус. Зіставлення зон гіпертрофії з іншими методами досліджень (рентгенологічні, бронхографічні, бронхоскопічні) показало, що вони відповідають частинам легень, в сегментах яких виникли запально-структурні зміни. Ці дані дали можливість автору дійти до висновку, що, впливаючи на зони шкірно-м'язової гіпертрофії, можна рефлекторним шляхом цілеспрямовано впливати на перебіг хронічного бронхолегеневого запалення. Автор виділив два варіанти зон гіпертрофії. Перший варіант зони гіпертрофії в – ділянці верхньої частки лівої легені, середньої та нижньої частки правої легені. Другий варіант зони гіпертрофії – в ділянці проекції верхньої частини правої легені, нижньої долі та язикового сегмента лівої легені.

О.Ф. Кузнецов звертає увагу на те, що чіткі прояви зон шкірно-м'язової гіпертрофії за першим чи другим варіантом виявляються у хворих з обмеженим процесом в сегментах однієї з указаних часток. У хворих з поширеною локалізацією процесу вказані ознаки мають менш виражений, а інколи змішаний характер. У таких випадках вирішальне значення має клінічний діагноз із чітким визначенням локалізації бронхолегеневого запалення. У такому разі методика залежить від переважної локалізації процесу.

При бронхіальній астмі автор рекомендує масажувати тільки за другим варіантом, що значно зменшує бронхоспазм, в той час як масаж за першим варіантом підсилює чи провокує його.

У хворих на хронічний бронхіт з астматичним синдромом та без нього зони гіпертрофії та гіпотрофії можуть бути вузько локалізовані та мозаїчно розміщені по всій грудній клітці. На основі практичних спостережень О.Ф. Кузнецов зробив висновок, що хворих на хронічний бронхіт з астматичним синдромом доцільніше масажувати за другим варіантом, без нього – за першим.

Клінічні спостереження автора показали доцільність інтенсивного масажу зон гіпертрофії, що і було покладено в основу нового диференційованого методу масажу.

### **Методика інтенсивного масажу асиметричних зон грудної клітки**

**Завдання** масажу: 1. Нормалізація кортико-вісцеральних взаємовідношень нервово-шкірно-м'язових та нервово-судинних реакцій респіраторно-кардіальної системи; 2) відновлення і поліпшення крово-, лімфообігу, тканинного метаболізму та всієї роботи апарату дихання шляхом диференційованого прицільного і активного рефлекторного впливу; 3) стимуляція трофічних процесів потужних допоміжних дихальних м'язів; 4) зменшення об'єктивних проявів хвороби; 5) більш повне відновлення фізичного здоров'я хворих при скорочених термінах лікування з досягненням подовженої ремісії.

**Показання** до призначення масажу. Масаж хворим з гострим процесом після 13-14 дня лікування, хворим у фазі затихаючого загострення – після 9-10 дня лікування. При наявності

астматичного статусу масаж призначають після виведення хворого з цього стану. Особливо ефективний масаж при в'ялому перебігу запального процесу і у хворих з бронхоспазмом, які тяжко піддаються лікуванню.

**Протипоказання** до призначення інтенсивного масажу: гострий бронхолегеневий процес, астматичний статус, III ступеня захворювання, легенево-серцева недостатність II-III ступеня, гіпертонічна хвороба II-III стадії, вік більше 55 років у жінок і 60 років у чоловіків, загальні протипоказання до масажу. Не рекомендують інтенсивний масаж поєднувати з апаратною фізіотерапією, що може призвести до погіршення суб'єктивного стану хворих, підвищення температури тіла. Прожилки крові в харкотинні у хворих на хронічну пневмонію та хронічний бронхіт не є протипоказанням для призначення такого масажу.

**Методика** масажу. При першому варіанті шкірно-м'язових змін інтенсивний масаж починають, у вихідному положенні хворого лежачи на спині з ділянки правого підребер'я з захопленням косоного м'яза, ребрової дуги та нижніх IV-V ребер з наступним переходом на ліву верхню половину грудної клітки до VII ребра. Потім, в положенні хворого лежачи на животі, інтенсивно масажують праву половину поперекової ділянки та спини до нижнього кута правої лопатки і ліву лопаткову ділянку (рис. 294).

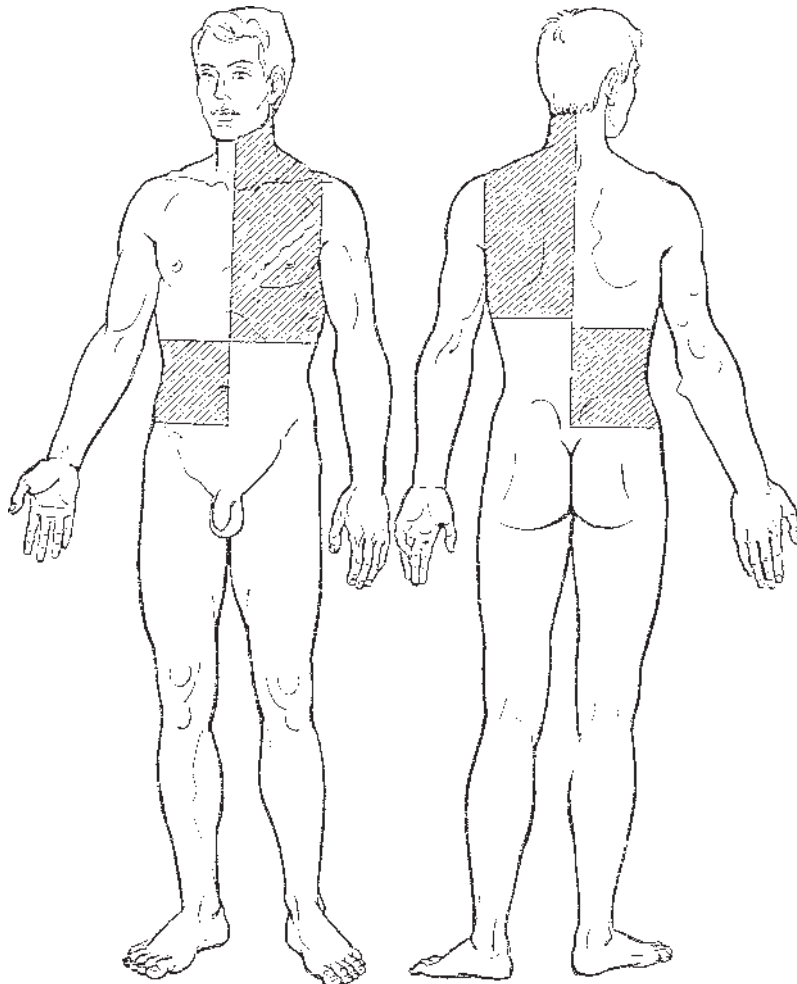


Рис. 294. Перший варіант інтенсивного масажу асиметричних зон за О.Ф. Кузнецовим.

При другому варіанті шкірно-м'язових змін інтенсивно масажують протилежні ділянки, починаючи з передніх відділів (рис. 295).

**Тривалість** кожної процедури масажу – 30-40 хв, при наявності навичок – 25-30 хв. Процедури проводять з інтервалом 3-5 днів, в амбулаторних умовах – 1 раз на тиждень.

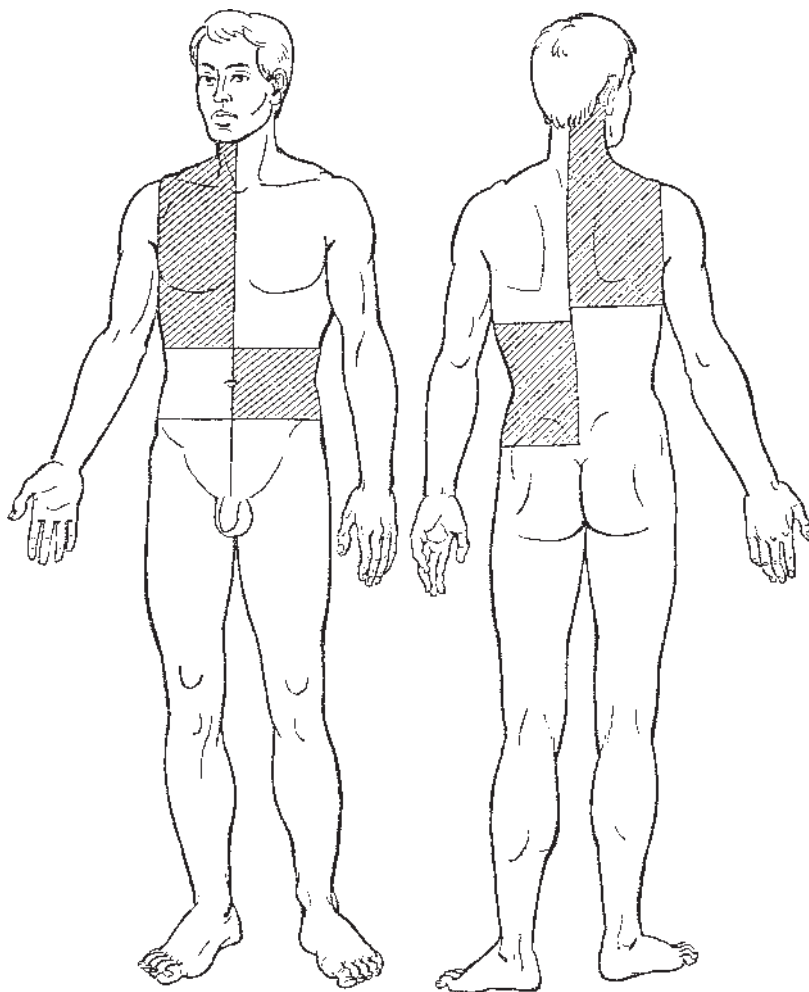


Рис. 295. Другий варіант інтенсивного масажу асиметричних зон за О.Ф. Кузнецовим.

#### Техніка інтенсивного масажу асиметричних зон грудної клітки

Відповідно до першого чи другого варіанту шкірно-м'язових змін, масажу підлягають 4 зони: 2 – з боку грудей, 2 – з боку спини. При цьому процедуру починають з масажу двох зон передньої ділянки грудної клітки і закінчують масажем двох зон її задньої ділянки. В обох випадках спочатку масажують нижчерозміщені зони, потім – вищерозміщені; кожну зону масажують двічі. Масаж нижньої зони починають з розтирання зі значним зусиллям в середньому темпі і в різних напрямках: поперечному (від серединної лінії тіла і до неї), коловому (за годинниковою стрілкою та проти неї). Кожна зміна головних напрямків розтирання чергується з прийомами переривчастої вібрації (рубання, шмагання). Розтирання і вібрація нижньої зони змінюються зміщенням в поперечному та поздовжньому напрямках, що, як правило, супроводжується яскраво вираженою гіперемією шкіри і появою у хворих відчуття глибокого тепла.

Після цього масажують вищерозміщену зону, дотримуючись тієї ж послідовності вказаних прийомів. Потім знову повертаються на нижню зону, де проводять більш глибоке інтенсивне розтирання локально болючих шкірно-м'язових ущільнень, чергуючи з глибоким розминанням та переривчастою вібрацією. Причому, повторний масаж знову починають із загальних прийомів розтирання і більш детального масажу парастернальних і паравертебральних точок і міжребрових проміжків на боці, який відповідає масажованій ділянці. Після глибокого розминання і переривчастої вібрації знову переходять до вищерозміщених ділянок, впливаючи на них в такому ж порядку.

Процедура інтенсивного масажу закінчується легким розтиранням шиї і потилиці до плеча та поплескуванням всієї спини. Кожну зону спереду масажують не більше 5-7 хв, кожну зону з

боку спини – не більше 8-10 хв, причому прийоми рубання та шмагання займають 7-10 с, а розтирання, розминання – 40-60 с.

Наведена схема є основною, від якої можливі відхилення, зумовлені індивідуальними особливостями як хворих, так і масажистів.

Процедуру інтенсивного масажу при деструктивних процесах О.Ф. Кузнецов рекомендує закінчувати натискуванням на грудну клітку в поєднанні з глибоким видихом, який супроводжується штучно викликаним кашлем під кінець видиху, що сприяє посиленню відходження харкотиння. При бронхіальній астмі – не рекомендує, у зв'язку з тим, що це може провокувати бронхоспазм.

**Курс** масажу – 4 процедури. Перші дві процедури проводять відповідно варіанта, який був визначений перед початком масажу, третю – за протилежним варіантом. Четверту – за початковим варіантом. Залежно від індивідуальних особливостей хворого та клінічного перебігу захворювання допустиме проведення 5-6 процедур, але шляхом чергування варіантів впливу.

#### Методичні вказівки

1. Масаж проводять на кушетці, висота якої відповідає зросту масажиста, при вільному доступі до неї.

2. У положенні хворого лежачи на спині необхідний м'який валик під коліна, в положенні лежачи на животі – валик під живіт та гомілково-стопні суглоби.

3. При проведенні інтенсивного масажу масажистові рекомендують використовувати марлеву пов'язку для захисту від харкотиння й епітелію шкіри хворого.

4. Кожну процедуру масажу, в тому числі першу, проводять інтенсивно, але з меншим зусиллям у жінок і гладких людей та з більшим – у чоловіків і астеніків.

5. Під час масажу, незалежно від температури навколишнього середовища, нижню половину тіла хворого обов'язково накривають простиралом.

6. Після кожної процедури масажу хворому рекомендують відпочинок тривалістю 1,5-2 год, протягом дня необхідно запобігати переохолодженню тіла.

7. Повторний курс лікування при необхідності може бути призначений через 3-4 тижні.

8. Рекомендована техніка інтенсивного масажу призначена для досвідчених масажистів.

9. Запропонований метод може використовуватися в стаціонарі, в поліклініці та в домашніх умовах. Інтенсивний масаж досить трудомісткий і у зв'язку з цим повинен оцінюватися більшою кількістю процедурних одиниць, ніж класичний масаж. Керуючись власними спостереженнями, ми рекомендуємо оцінювати процедуру інтенсивного масажу як 4-6 процедурних одиниць.

10. Інтенсивний масаж за новою методикою можна ефективно поєднувати з класичним масажем двома шляхами:

а) процедури інтенсивного масажу (всього) використовувати в другій половині курсу класичного масажу замість 6, 9 та 12 процедур;

б) після курсу класичного масажу, якщо він виявився малоефективним (як показує практика, в цьому випадку достатньо 2-5 процедур інтенсивного масажу).

## 9.6. Масаж при захворюваннях травної системи

Травна система складається з органів, що механічно і біохімічно обробляють їжу, всмоктують продукти її розщеплення, а також виводять з організму неперетравлені рештки. Кожен з органів цього апарату одночасно виконує кілька функцій і тісно пов'язаний з іншими органами.

Травна система починається порожниною рота, складається з глотки, стравоходу, шлунка, тонкої та товстої кишок і закінчується відхідником (рис. 296). Крім цих органів, до травного апарату належить також багато залоз, найбільшими з яких є великі слинні залози, печінка та підшлункова залоза.

Захворювання травної системи займають провідне місце серед внутрішніх хвороб. Вони перебігають тривало, з періодами загострення та ремісії. Сучасна гастроентерологія збагатилась новими методами діагностики та лікування захворювань травного апарату. Ефективним методом



лікування є масаж. Він може використовуватися в комплексному лікуванні, а у період ремісії – бути ефективним засобом попередження рецидивів захворювання.

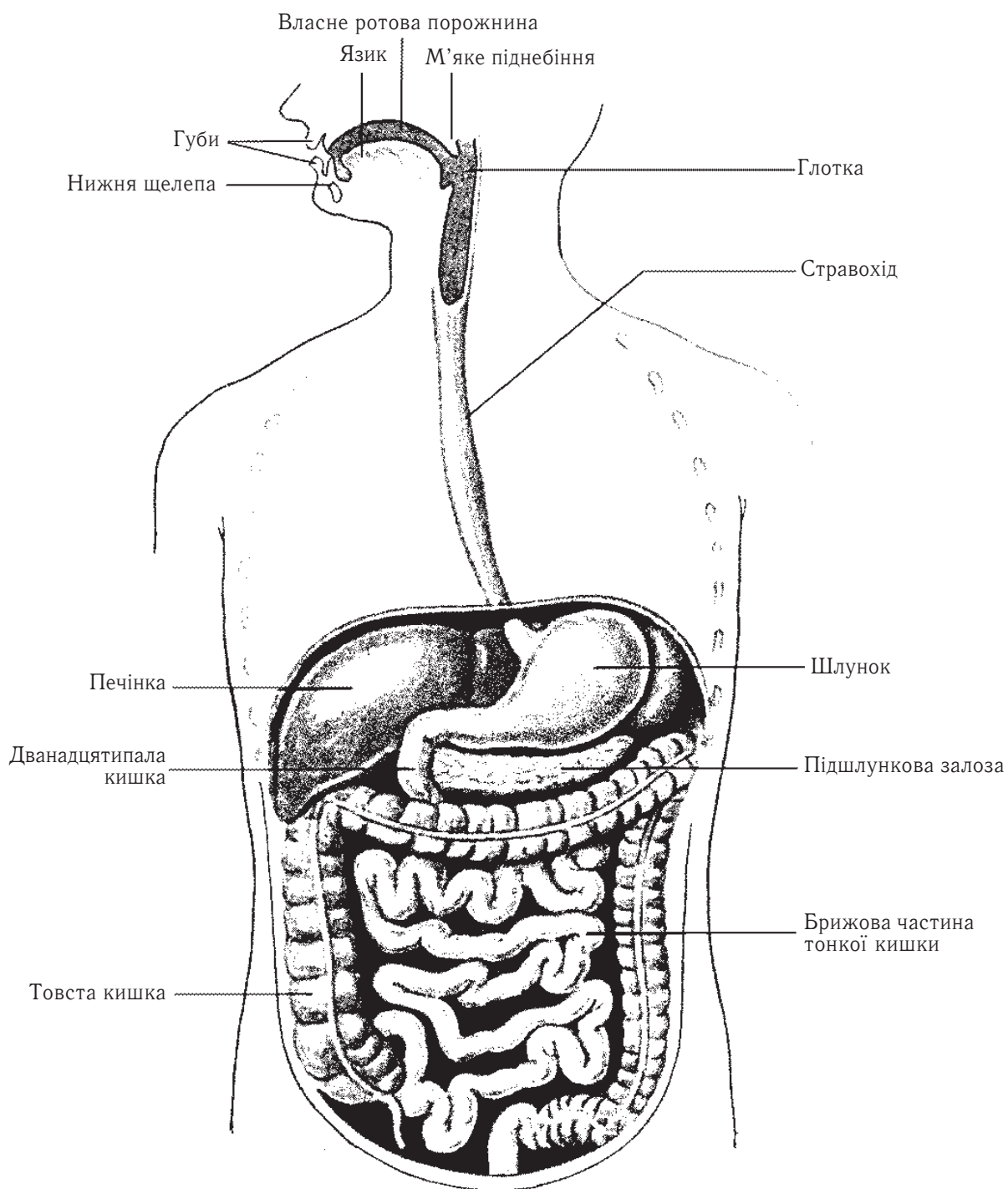


Рис. 296. Схема травного каналу.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану нейрорегуляторного апарату та секреторної діяльності органів травного апарату, прискорення розрешення патологічного процесу, поліпшення функції гладкої мускулатури травного апарату, ліквідація рефлексорних змін в покривних тканинах, активація кровообігу, укріплення м'язів черевної порожнини, підвищення резистентності організму, попередження рецидивів захворювань.



**Показання** до призначення масажу: масаж показаний при хронічних захворюваннях травного тракту в період ремісії та у підгострій період: при хронічних гастритах, виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки, гепатитах, колітах, опущеннях шлунка, дискінезіях кишечника та жовчних шляхів, післяопераційних злукових зрощеннях у черевній порожнині.

**Протипоказання** до призначення масажу: гостра стадія захворювань, схильність до кровотечі, жовчнокам'яна хвороба, туберкульозне ураження та новоутвори органів травної системи, гострі та підгострі запальні ураження жіночих статевих органів, вагітність та інші загальні протипокази до масажу.

**Методичні особливості** масажу.

При захворюваннях травної системи необхідно масажувати уражений патологічним процесом орган, ділянку проекції його на поверхню тіла, паравертебральні та рефлексогенні зони, сегментарно пов'язані з ураженим органом. Враховуючи те, що захворювання окремих органів нерідко супроводжується ураженням всієї травної системи, масаж повинен бути спрямований на весь травний тракт.

При підвищенні секреторної функції та тону гладкої (не пошматованої) мускулатури масаж рекомендують проводити за щадною методикою. Вона передбачає масаж передньої черевної стінки та внутрішніх органів. Масажа передньої черевної стінки: безперервне погладжування, ніжне розтирання, виключаючи стругання; ніжне розминання м'язів, виключаючи шмагання; ніжна безперервна лабільна та стабільна вібрація пальцями, долонною та тильною поверхнею кисті, кулаком. Масажа внутрішніх органів: ніжне погладжування і розтирання пальцями, ніжна безперервна вібрація.

При зниженні секреторної функції та тону пошматованої мускулатури внутрішніх органів указані прийоми виконують більш інтенсивно, доповнюючи масаж передньої черевної стінки переривчастим погладжуванням, розтиранням, рубанням, поколюванням кулаком, шмаганням, стрясанням живота; внутрішніх органів – їх підштовхуванням. Інтенсивність виконання вказаних прийомів підбирається з урахуванням не тільки клінічних проявів захворювання, але й індивідуальних особливостей хворого.

Ефективним є поєднання масажу з лікувальною фізкультурою, фізіотерапевтичними процедурами, дієтою, питтям мінеральної води. Масажа в поєднанні з лікувальною фізкультурою може використовуватися як самостійний метод лікування на фоні дієти та пиття мінеральної води при функціональних розладах діяльності травної системи. При запальних та інших органічних захворюваннях травної системи масаж повинен бути обов'язковою складовою комплексного лікування.

## Масажа при захворюваннях шлунка та дванадцятипалої кишки

До захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки відносять: порушення рухової функції шлунка (атонія, спазм), порушення секреції та шлункової кислотності (підвищення та зниження її), запальні захворювання шлунка (гастрити), виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки. Нерідко гастрит та виразкова хвороба супроводжуються порушенням рухової та секреторної функції шлунка.

### Масажа при хронічному гастриті

**Показання** до призначення масажу: хронічний гастрит у підгострій період та період ремісії.

**Протипоказання** до призначення масажу: загострення захворювання, виражений больовий синдром, загальні протипоказання.

**План** масажу. Вплив на паравертебральні ділянки сегментів  $D_9-D_5$  та  $C_7-C_3$  хребців і рефлексогенні зони цих сегментів у ділянках спини, шії, передньої поверхні грудної клітки, живота; масаж шлунка.

**Методика** масажу. Положення хворого: лежачи. Масажа прихребтових зон  $D_9-D_5$  і  $C_7-C_3$  хребців площинне поверхнєве та глибоке погладжування долонною поверхнею кистей; розтирання циркулярне кінцями пальців, пиляння, штрихування долонною поверхнею кінцевої фаланги

середнього пальця, який щільно прилягає до шкіри, зміщуючи м'які тканини в напрямку до хребта; розминання м'язів натискуванням; вібрація безперервна в напрямку від нижче- до вищерозміщених сегментів. Масаж найширших м'язів спини та трапецієподібного м'язів: погладжування поверхневе та глибоке в напрямку до пахвових ділянок відповідного боку; розтирання долонною поверхнею кисті, штрихування, пиляння; розминання натискуванням, зміщенням, розтягуванням, країв м'язів – поздовжнім та поперечним розминанням; потрушування м'язів. Погладжування, розтирання пальцями і ліктьовим краєм долоні внутрішнього краю та нижнього кута лівої лопатки. Масаж груднинно-ключично-соскоподібних м'язів проводиться за ходом м'язових волокон від соскоподібного відростка до груднинно-ключичних з'єднань: погладжування, розтирання щипцеподібне; розминання щипцеподібне, поздовжнє, поперечне; потрушування.

Масаж передніх ділянок грудної клітки. Погладжування і розтирання пальцями груднини, груднинно-ребрових суглобів, над- та підключичних ділянок. Погладжування долонною поверхнею пальців від груднини у напрямку до пахвових ділянок, розтирання поздовжнє та спіралеподібне кінцями пальців; розминання грудних м'язів зміщенням, натискуванням, країв – поздовжнім розминанням. Погладжування VI-X ребер зліва кінцями пальців спіралеподібно. Граблеподібне погладжування; та граблеподібне розтирання їх міжребрових проміжків ребер в напрямку від груднини до хребта. Погладжування та розтирання ребрових дуг кінцями пальців від груднини до хребта.

Масаж передньої черевної стінки. Нижнє колове площинне поверхневе погладжування навколо пупка тильною поверхнею кінцевих фаланг II-IV пальців за годинниковою стрілкою, при цьому кисть опирається на перший палець. Погладжування долонною поверхнею однієї чи обох кистей всієї поверхні живота: спочатку нижнє, м'яке, поверхневе, в міру розслаблення м'язів – більш глибоке. Розтирання: площинне долонною поверхнею кисті, пиляння, пересікання. Пиляння можна комбінувати з перетиранням: між ліктьовими краями долонь захопити шкірну складку разом з підшкірною основою і пиляючими рухами перетирати її, поступово обходячи всю поверхню живота. Розминання м'яких тканин передньої черевної стінки: поздовжнє, поперечне розминання, накочування. Масаж прямих м'язів живота: щипцеподібне погладжування, гладіння, спіралеподібне та зигзагоподібне розтирання, поперечне розминання знизу догори та навпаки. Масаж косих м'язів живота: охоплює погладжування бічних поверхонь живота, розтирання циркулярне, пересікання; розминання поперечне, натискуванням та розтягуванням (останнє краще проводити в положенні хворого на боці). Розтирання пальцями ребрових дуг та гребенів клубових кісток. Стрясання живота: масажист розміщує руки по обидва боки живота пацієнта так щоб великі пальці лежали на рівні пупка, а інші – з боку спини, і виконували коливальні рухи в горизонтальному і вертикальному напрямках. Закінчують погладжуванням всієї поверхні живота.

Масаж черевного сплетення: спіралеподібне погладжування та розтирання долонною поверхнею кінцевих фаланг середнього чи вказівного та середнього пальців у напрямку від груднини до пупка: безперервна лабільна вібрація в цьому ж напрямку, стабільна вібрація в ділянці розміщення болючих точок черевного сплетення.

Масаж шлунка. Проводиться після розслаблення передньої черевної стінки. Колове погладжування справа наліво в ділянці проекції шлунка на передню стінку живота, надчеревна та ліва підреброва ділянки: спочатку нижнє площинне поверхневе, потім – більш глибоке. Спіралеподібне нижнє розтирання пальцями покривних тканин та шлунки в ділянці над черев'я лівого підребер'я. Розтирання пальцями лівої ребрової дуги. Безперервна вібрація шлунка долонею, стрясання шлунка граблеподібно поставленими пальцями на надчеревну ділянку, підштовхування шлунка. Переривчаста вібрація у вигляді пунктування та легкого поплескування ділянки проекції шлунка використовується лише при необхідності стимулюючого впливу: при атонії шлунка та зниженій секреторній здатності його. Закінчують масаж живота погладжуванням.

**Тривалість** процедури – 15-20 хв. Курс лікування – 12-15 процедур щоденно або через день.

### Масаж при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки

**Показання** до призначення масажу: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки у стадії ремісії, в підгострій період, у фазі затухаючого загострення та неповної ремісії.

**Протипоказання** до призначення масажу: загострення захворювання, виражений больовий синдром, пенетрація виразки, кровотеча або загроза її виникнення, загальні протипоказання.

**План** масажу: вплив на рефлексогенні зони спини, грудної клітки, живота, комірцеву зону, масаж ділянки шлунка.

При виразковій хворобі шлунка переважному впливу підлягають ліві половини вказаних ділянок, дванадцятипалої кишки – обидва боки.

**Методика** масажу. Положення хворого лежачи та сидячи. Масаж прихребтових зон  $D_9-D_5$  та  $C_7-C_3$  хребців у напрямку від нижчерозміщених до вищерозміщених сегментів: площинне поверхнєве та глибоке погладжування долонними поверхнями кистей, розтирання спіралеподібне кінцями пальців, штрихування долонною поверхнею кінця середнього пальця, який щільно прилягає до шкіри, зміщуючи підлегли тканини в напрямку до хребта; розминання щипцеподібно поставленими пальцями, зміщенням, розтягуванням, натискуванням; вібрація безперервна. Погладжування та розтирання лівої міжлопаткової ділянки, внутрішнього краю та нижнього кута лівої лопатки. Масаж найширших м'язів спини та трапецієподібного м'яза: погладжування поверхнєве та глибоке в напрямку до пахвових ділянок відповідного боку; розтирання долонною поверхнею кистей, штрихування, пиляння; розминання натискуванням, зміщенням, розтягуванням, країв м'язів – поздовжнім та поперечним розминанням; потрушування м'язів.

Масаж міжлопаткової ділянки та підостьових м'язів лопатки зліва при виразковій хворобі шлунка та справа – при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки необхідно проводити обережно, щоб не сприяти рефлекторному виникненню больового синдрому. Енергійні розминання, поплескування, поколючування протипоказані. При наявності локального гіпертонусу спіралеподібним натискуванням розминають спочатку більш поверхнєві шари м'язів, у міру їх розслаблення – більш глибокі, використовують безперервну лабільну вібрацію. В зонах точкової болючості (при виразковій хворобі шлунка це найчастіше ліва міжлопаткова ділянка на рівні V грудного хребця) використовують точковий масаж.

Масаж комірцевої зони. Положення хворого – лежачи. Обхоплює погладжування потиличної ділянки, бічних та задньої шийних ділянок в напрямку до плечових суглобів. Спіралеподібне розтирання пальцями потиличної ділянки від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня і навпаки. Спіралеподібне розтирання пальцями, пиляння задньої та бічної ділянок шиї. Щипцеподібне розтирання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів. Розтирання VII шийного хребця спіралеподібними рухами “сонечком” в напрямку від остистого відростка на відстань 2-2,5 см в усіх напрямках. Розминання трапецієподібного м'яза натискуванням, розтягуванням, зміщенням, країв – поздовжнім, поперечним розминанням. Розминання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів щипцеподібним розминанням. Закінчують погладжуванням.

Масаж передніх ділянок грудної клітки. Погладжування та розтирання пальцями груднини, груднинно-ребрових суглобів, над- та підключичних ділянок зліва. Погладжування долонною поверхнею пальців від груднини до пахвових ділянок, розтирання поздовжнє та спіралеподібне кінцями пальців; розминання грудних м'язів натискуванням, зміщенням, країв – поздовжнім розминанням. Погладжування та розтирання спіралеподібно кінцями пальців V-IX ребер зліва, розтирання граблеподібно поставленими пальцями міжреберних проміжків V-IX ребер та розминання міжребрових м'язів цих ребер натискуванням в напрямку від груднини до хребта. Розтирання кінцями пальців груднини. Погладжування та розтирання ребрових дуг кінцями пальців від груднини до хребта.

Масаж передньої черевної стінки. Нижнє колове площинне поверхнєве погладжування навколо пупка тильною поверхнею кінцевих фаланг II-IV пальців за годинниковою стрілкою, при цьому кисть опирається на перший палець. Погладжування долонною поверхнею однієї чи обох кистей всієї поверхні живота: спочатку нижнє, м'яке, поверхнєве, в міру розслаблення м'язів – більш глибоке. Розтирання: площинне долонною поверхнею кистей, пиляння, пересікання.

Пиляння можна комбінувати з перетиранням. Розминання м'яких тканин передньої черевної стінки: поздовжнє, поперечне розминання, накочування. Масаж прямих м'язів живота: щипце-подібне погладжування, гладіння, спіралеподібне та зигзагоподібне ніжне розтирання, поперечне розминання знизу догори та навпаки. Стискання прямих м'язів живота пальцями обох рук, розміщених по краях м'язів. Масаж косих м'язів живота: обхоплююче погладжування бічних поверхонь живота, розтирання циркулярне, пересікання; розминання поперечне, натискування. Розтирання пальцями ребрових дуг та гребенів клубових кісток.

Масаж черевного сплетення: спіралеподібне погладжування і розтирання долонною поверхнею кінцевих фаланг середнього чи вказівного та середнього пальців у напрямку від груднини до пупка; безперервна лабільна вібрація у цьому ж напрямку, стабільна вібрація в ділянках розміщення больових точок черевного сплетення.

Масаж шлунка. Колове погладжування справа наліво в ділянці проекції шлунка на передню стінку живота: спочатку ніжне площинне поверхнево, потім – більш глибоке. Спіралеподібне ніжне розтирання пальцями покривних тканин та шлунка в ділянці над черев'я та лівого підребер'я. Розтирання пальцями лівої ребрової дуги. Безперервна вібрація ділянки шлунка долонею, стрясання шлунка граблеподібно поставленими пальцями на надчеревну ділянку зліва, підштовхування шлунка. При виразковій хворобі в ускладнений та в підгострий період масаж повинен бути більш щадним, особливо в надчеревній ділянці. Переривчаста вібрація у вигляді пунктування та легкого поплескування ділянки проекції шлунка (при відсутності для них загальних протипоказань) використовується при необхідності стимулюючого впливу: при атонії шлунка та зниженій скоротливій здатності його. Закінчують масаж живота погладжуванням, дихальними вправами з участю передньої черевної стінки. Масаж не повинен сприяти виникненню чи посиленню болю: при необхідності – відрегулювати техніку та методику масажу або й зовсім відмінити його.

**Тривалість** масажу необхідно збільшувати поступово від 8-10 хвилин на початку лікування до 20-25 хв в середині курсу. Курс лікування – 10-12 процедур щоденно або через день.

### Масаж при захворюваннях кишечника

Захворювання кишечника проявляють себе найчастіше гострими чи хронічними запальними процесами в тонкій (ентерит) та товстій (коліт) кишках. Можуть уражатись як окремі їх сегменти, так і весь кишечник. Нерідко в процес захоплюється і шлунок. Коліт відносять до числа найбільш поширених захворювань шлунково-кишкового тракту. Основними симптомами колітів є пронос, закрепи, біль, метеоризм (буркотіння, розпирання в животі).

Масажистам частіше доводиться лікувати хворих із закрепами. В основі хронічних закрепів можуть лежати як органічні захворювання, так і функціональні порушення:

- механічні закрепи, зумовлені звуженням кишок (злуки, стиснення та інш);
- неврогенні закрепи (психогенні, умовно-рефлекторні, дискінетичні та закрепи при захворюваннях головного мозку). Серед дискінетичних закрепів розрізняють три форми: атонічну, спастичну та проктогенну. Проктогенні закрепи, зумовлені порушенням нормального рефлексу з боку прямої кишки в результаті пригнічення звичного позиву вниз;
- аліментарні закрепи, пов'язані з вживанням концентрованої їжі, що містить мало рослинної клітковини;
- токсичні закрепи, що виникають на ґрунті хронічного отруєння свинцем, морфіном, нікотинном та ін;
- закрепи при хронічних колітах;
- ендокринні закрепи, зумовлені порушенням функції щитоподібної залози, гіпофіза, яєчників та ін.
- закрепи, зумовлені малорухомим способом життя;
- застійні явища в органах черевної порожнини у зв'язку з захворюваннями серцево-судинної, дихальної систем, слабкістю м'язів передньої черевної стінки.

Закрепи функціонального характеру з часом можуть ускладнитися запальним процесом в кишечнику, шлунку, підшлунковій залозі, жовчних шляхах.



Клінічна картина хронічних закрепів значною мірою залежить від етіологічного фактора. При спастичних закрепах випорожнення мають вигляд овечого калу, при атонічних – широких стрічок. Закрепи супроводжуються диспептичними симптомами (відрижка, поганий апетит, зміна смаку), відчуттям важкості в животі.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану соматичної та вегетативної нервової системи, поліпшення функції кишечника; при спастичних колітах – зменшення напруження гладкої мускулатури кишечника, нормалізація його кровообігу та перистальтики; при атонічних колітах – стимуляція діяльності кишечника, посилення крово- та лімфообігу в кишечнику, нормалізація його перистальтики.

**Показання** до призначення масажу: хронічні коліти зі спастичними та атонічними закрепами, порушення рухової функції кишечника.

**Протипоказання** до призначення масажу: гостра стадія захворювання, схильність до кровотечі, гострі та підгострі запальні процеси в жіночих статевих органах, загальні протипоказання.

**План** масажу: вплив на прихребтові зони  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_5$ ,  $C_7-C_3$  хребців, масаж комірцевої зони, сідниць, ребрових дуг, гребенів клубових кісток, живота.

**Методика** масажу. Положення хворого – лежачи. Масаж прихребтових зон: площинне поверхнєве та глибоке погладжування долонною поверхнею кистей; розтирання циркулярне пальцями, пиляння, штрихування пальцями, зміщуючи м'які тканини до хребта; розминання щипцеподібне, зміщення, розтягування, натискування; вібрація безперервна від нижче – до вищерозміщених сегментів. Масаж найширших м'язів спини та трапецієподібного м'яза: погладжування поверхнєве та глибоке в напрямку до пахвових ділянок відповідного боку; розтирання долонною поверхнею кисті, штрихування, пиляння; розминання натискуванням, зміщенням, розтягуванням, країв м'язів – поздовжнім та поперечним розминанням, потрушування м'язів. Погладжування, розтирання пальцями та ліктьовим краєм долоні ості, внутрішнього краю, нижнього кута лопатки, ребрових дуг, гребенів клубових кісток.

Масаж комірцевої зони. Положення хворого – лежачи. Обхоплює погладжування потиличної ділянки, задньої та бічних шийних ділянок в напрямку до плечових суглобів. Спіралеподібне розтирання пальцями потиличної ділянки. Спіралеподібне ротирання пальцями, пиляння задньої та бічної ділянок шиї. Щипцеподібне розтирання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів. Розтирання VII шийного хребця та навколишніх м'яких тканин "сонечком". Розминання трапецієподібного м'яза натискуванням, розтягуванням, зміщенням, країв – поздовжнім та поперечним розминанням, груднинно-ключично-соскоподібних м'язів – щипцеподібним розминанням. Закінчують погладжуванням.

Масаж сідничних ділянок: поверхнєве та глибоке погладжування від крижового та куприкового відділів хребта, клубових гребенів до пахвинних лімфатичних вузлів опорною частиною кисті, розтирання спіралеподібне пальцями, опорною частиною кисті, ліктьовим краєм кисті, обтяженою кистю, штрихування, пиляння. Розтирання сідничних м'язів – гребенеподібне, штрихування, пиляння, пересікання. Розминання сідничних м'язів: поздовжнє та поперечне розминання, стискання, натискування, зміщення. Вібрація: потрушування сідничних м'язів при спастичному коліті; пунктування, поколючування, поплескування, рубання, шмагання – при атонічному коліті.

Масаж живота. При колітах особливо ретельно масажують живіт; диференційованому масажу підлягають передня черевна стінка та кишечник.

Масаж передньої черевної стінки. Ніжне колове площинне поверхнєве погладжування навколо пупка тильною поверхнею кінцевих фаланг II-IV пальців за годинниковою стрілкою, при цьому кисть спирається на перший палець. Погладжування долонною поверхнею однієї чи обох кистей всієї поверхні живота: спочатку ніжне, м'яке, поверхнєве, в міру розслаблення м'язів – більш глибоке. Розтирання: площинне долонною поверхнею кистей, пиляння, пересікання. Пиляння можна комбінувати з перетиранням. Розминання м'яких тканин передньої черевної стінки: поздовжнє, поперечне розминання, накочування. Масаж прямих м'язів живота: щипцеподібне погладжування, гладіння, спіралеподібне та зигзагоподібне ніжне розтирання, поперечне розми-

нання знизу догори та навпаки. Стискання прямих м'язів живота пальцями обох рук, розміщених по краях м'язів. Масаж косих м'язів живота: обхоплююче погладжування бічних поверхонь живота, розтирання циркулярне, пересікання, розминання поперечне, натискування. Розтирання пальцями ребрових дуг та гребенів клубових кісток.

Масаж черевного сплетення: спіралеподібне погладжування та розтирання долонною поверхнею кінцевих фаланг середнього чи вказівного та середнього пальців у напрямку від груднини до пупка; безперервна лабільна вібрація у цьому ж напрямку, стабільна вібрація в ділянках розміщення болючих точок черевного сплетення.

Масаж шлунка. Спіралеподібне погладжування справа наліво в ділянці проекції шлунка: спочатку ніжне площинне поверхнево, потім – більш глибоке. Спіралеподібне ніжне розтирання пальцями покривних тканин та шлунка в ділянці лівого підребер'я. Розтирання пальцями лівої ребрової дуги. Безперервна вібрація шлунка долонею, стрясування шлунка граблеподібно поставленими пальцями на надчеревну ділянку зліва, підштовхування шлунка. При виразковій хворобі в підгострий період масаж повинен бути більш щадним, особливо в надчеревній ділянці. Переривчаста вібрація у вигляді пунктування та легкого поплескування ділянки проекції шлунка (при відсутності для них загальних протипоказань) використовується при необхідності стимулюючого впливу: при атонії шлунка та зниженні секреторної здатності його. При підвищеній секреторній здатності та підвищенні тону м'язів непосмугованої мускулатури шлунка масаж проводиться за щадною методикою, переривчаста вібрація не показана. Масаж кишечника. Після послаблення тону м'язів передньої черевної стінки приступають до масажу кишечника. Тонка кишка мало доступна безпосередньому впливу рук масажиста. Вплив на неї здійснюється рефлекторно в процесі масажу описуваних ділянок. Масажа товстої кишки. Переважному впливу підлягають ободова кишка, її висхідний, поперечний та низхідні відділи. Збільшуючи натискування, рука занурюється в ділянку живота, починаючи з правої пахвинної ділянки, проводять погладжування кінцями пальців за ходом кишок: висхідної кишки – до правого ребрового краю, звідтіля спускаються дугою до пупка (не доходячи до нього на відстань одного поперечного пальця) і далі направляються прямо догори до правого ребрового краю, доходячи майже до аксиллярної лінії (масажа поперечної ободової кишки), далі опускаються вниз до лівої пахвинної ділянки (масажа низхідної ободової кишки). У цьому ж напрямку виконують обтяженою кистю ніжне спіралеподібне розтирання. Натискування на черевну стінку опорною частиною долоні чи гребенеподібно за ходом товстої кишки. Рухи повинні бути м'які, ритмічні, не викликати напруження м'язів.

Використання прийомів вібрації залежить від виду коліту. При атонічному коліті – підштовхування окремих відділів товстої кишки. Пунктування, легке рубання, шмагання, стрясування живота; при спастичному коліті – ніжна безперервна лабільна вібрація за ходом товстої кишки, чим нижніші масажні рухи, тим більш виражений розслаблюючий ефект. На закінчення проводять легке колове площинне погладжування всієї поверхні передньої черевної стінки; хворий виконує дихальні вправи з участю передньої черевної стінки.

Велике значення в лікуванні колітів відіграє лікувальна фізкультура: вона сприяє покращанню кровопостачання в черевній порожнині, зміцненню м'язового корсета хворого, при виконанні спеціальних вправ стимулюється функція кишечника. Методика лікувальної фізкультури також залежить від виду коліту. Для хворих на хронічний коліт та дискінезію товстої кишки, що проявляються спастичними закрепками, рекомендують виконувати вправи у вихідному положенні, яке сприяє розслабленню передньої черевної стінки та зниженню внутрішньочеревного тиску (колінно-ліктьова, лежачи на спині, на боці). Протипоказані вправи, що сприяють напруженню м'язів живота, оскільки вони посилюють спастичні явища у кишках. Використовують вправи на розслаблення з діафрагмальним диханням, вправи для кінцівок. У хворих з атонічними закрепками – навпаки, використовуються вправи з поступовим наростанням навантаження та силовими елементами. Використовують вправи для м'язів спини, живота, тазового дна, сідничних м'язів.

**Тривалість** масажу – 15-20 хв. Курс лікування – 10-12 процедур щоденно або через день. Лікувальною фізкультурою необхідно займатися постійно.



### Масаж при хронічних захворюваннях печінки та жовчних шляхів

Печінка – найбільша залоза тіла людини. Основні функції печінки: синтез та секреція жовчі; участь в обміні вуглеводів, жирів, білків; утворення фібриногену; участь у регуляції загального об'єму крові; утворення протромбіну, гепарину; бар'єрна функція; кровотворення у плода; депонування іонів заліза та міді; утворення вітаміну А, креатиніну та ін.

Недостатність функції печінки в організмі проявляється в порушенні функціонального стану нервової системи, обміну речовин, розладах утворення жовчі, зниженні бар'єрної функції печінки, зміні складу та властивостей крові та ін.

Серед захворювань печінки та жовчних шляхів найчастіше зустрічаються гепатити, дискінезії жовчних шляхів, холангіти, холециститу, жовчно-кам'яна хвороба.

Хронічні захворювання печінки (хронічні гепатити) найчастіше виникають в результаті переходу гострого гепатиту в хронічну форму. З інших причин виділяють алкоголізм, хронічні інфекції (сифіліс, малярія, туберкульоз тощо), тривалі запальні стани шлунково-кишкового тракту.

Дискінезія жовчних шляхів характеризується розладом рухової функції жовчовивідних шляхів та сфінктера Одді. Виникає при розладах вегетативної нервової системи, гормональних порушеннях (в період клімаксу, вагітності та ін.), при захворюваннях внутрішніх органів (шлунково-кишкового тракту, нирок, придатків матки). Нерідко супроводжується функціональними розладами інших органів – дванадцятипалої кишки, шлунка, кишечника, підшлункової залози. Розрізняють дві форми дискінезії: гіпертонічну та гіпотонічну. Частіше зустрічається перша. Для неї характерний біль в ділянці правого підребер'я: від тривалого тупого відчуття тиску до колькоподібного нападу з іррадіацією вгору, в ділянку правого плеча, шиї, правої лопатки. Гіпотонічна дискінезія супроводжується незначним болем у правому підребер'ї, відчуттям нудоти при прийманні їжі.

Жовчний міхур та жовчні шляхи є складовими однієї системи, запальний процес жовчного міхура (холецистит) поширюється на жовчні шляхи (ангіохоліт) і навпаки, тому нерідко використовується термін “ангіохолецистит”. Найчастіше його причиною є наявність жовчних каменів, застій жовчі, дискінетичні розлади функції жовчного міхура та проток. Холецистит некалькульозний – хвороба нервових жінок. Сприяють захворюванню розлади ендокринної системи, в тому числі сексуальної сфери, що має значний вплив на психічний стан та функцію вегетативної нервової системи. Певне значення в розвитку застою жовчі мають вагітність, пологи, а також закрепи, опущення нутрощів. Велике значення має порушення діяльності шлунково-кишкового тракту.

Жовчнокам'яна хвороба – складний процес, який характеризується порушенням складу і виділення жовчі з утворенням у жовчних шляхах камінців. Причиною утворення камінців є розлад обміну речовин, що призводить до зміни складу жовчі, запальних явищ та інфекцій жовчних шляхів, застою жовчі. Хвороба перебігає хронічно з періодами загострення та світлих проміжків.

Масаж в поєднанні з лікувальною фізкультурою може використовуватися як самостійний метод лікування на фоні дієти та пиття мінеральної води при дискінетичних холециститах. При запальних та інших органічних ураженнях печінки та жовчного міхура масаж повинен бути обов'язковою складовою в комплексному лікуванні цих захворювань.

**Показання** до призначення масажу: хронічний гепатит у стадії ремісії, дискінезія жовчних шляхів та жовчного міхура.

**Протипоказання** до призначення масажу: гострі захворювання печінки та жовчного міхура, гнійні запалення жовчного міхура, перитоніт, панкреатит, загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж комірцевої зони, при хребтових та рефлексогенних зон спини, грудної клітки, живота, печінки та жовчного міхура.

**Методика** масажу. Масаж комірцевої зони. Положення хворого – сидячи за масажним столиком, погладжування потиличної ділянки, задньої та бічних ділянок шиї в напрямку до плечових суглобів долонними поверхнями кистей. Спіралеподібне розтирання пальцями потиличної ділянки. Спіралеподібне розтирання пальцями, пиляння задньої та бічної ділянок шиї. Щипцеподібне погладжування та розтирання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів та місць їх початку. Розтирання пальцями VII шийного хребця та навколишніх тканин “сонечком”. Розминання трапецієпо-

дібного м'яза натискуванням, розтягненням, зміщенням, країв – поздовжнім та поперечним розминанням, грудинно-ключично-соскоподібних м'язів – щипцеподібним розминанням. Масаж передньої поверхні шиї охоплюючим погладжуванням в напрямку від підборіддя до підключичних лімфатичних вузлів. Розтирання пальцями над- та підключичних ділянок. Колове охоплююче погладжування та розтирання плечових суглобів. Розминання натискуванням та зміщенням великих грудних м'язів. Спеціальному масажу підлягають надостьова, над- та підключична ділянки, грудні м'язи та плечовий суглоб справа, куди нерідко іррадіює біль при захворюваннях печінки та жовчних шляхів.

Масаж спини. Положення хворого – лежачи. Масаж прихребтових зон  $D_{10}-D_6$ ,  $C_4-C_3$  хребців: площинне поверхнєве та глибоке погладжування долонними поверхнями кистей, розтирання спіралеподібне пальцями, штрихування долонною поверхнею кінцевої фаланги середнього пальця, який щільно прилягає до шкіри, зміщуючи підлегли тканини в напрямку до хребта; розминання щипцеподібно поставленими пальцями, зміщення, розтягування, натискування; вібрація безперервна в місцях виходу спинномозкових нервів. Погладжування і розтирання правої міжлопаткової ділянки, внутрішнього краю та нижнього кута правої лопатки і самої лопатки. Масаж найширших м'язів спини та трапецієподібного м'яза: погладжування поверхнєве та глибоке в напрямку до пахвових ділянок відповідного боку; розтирання долонною поверхнею кисті, поперечне та поздовжнє розтирання долонною поверхнею кистей, штрихування, пиляння; розминання натискуванням, розтягуванням, зміщенням, країв м'язів – поздовжнім та поперечним розминанням; потрушування м'язів.

Масаж між внутрішнім краєм лопатки та хребтовим стовпом, особливо справа, необхідно проводити обережно, щоб не сприяти виникненню больового синдрому. Енергійні розминання, поплескування, поколючування протипоказані. При наявності локального гіпертонусу спіралеподібними натискуваннями ніжно розминають спочатку більш поверхнєві, в міру їх розслаблення – більш глибокі шари м'язів (під контролем динаміки тону м'язів та самопочуття), використовують безперервну вібрацію. Поключування та рубання протипоказані в будь-якій стадії захворювання. У зонах точкової болючості використовують точковий масаж.

Масаж передніх ділянок грудної клітки. Погладжування і розтирання пальцями груднинно-ребрових суглобів, над- та підключичних ділянок справа. Погладжування долонною поверхнею пальців від груднини до пахвових ділянок; розтирання поздовжнє та спіралеподібне пальцями. Розминання грудних м'язів натискуванням, зміщенням, країв – поздовжнім розминанням. Переважному впливу підлягає права грудна ділянка. Розтирання пальцями місця початку груднинно-ключично-соскоподібного м'яза (грудинного кінця ключиці та ручки груднини). Граблеподібне погладжування, розтирання та розминання міжребрових м'язів VII-IX ребер справа та правої пахвової ділянки. Погладжування та розтирання ребрових дуг.

Масаж живота. Ніжне колове площинне поверхнєве погладжування навколо пупка тильною поверхнею кінцевих фаланг II-V пальців за годинниковою стрілкою. Погладжування долонною поверхнею однієї чи обох кистей всієї поверхні живота: спочатку ніжне, м'яке, поверхнєве, в міру розслаблення м'язів – більш глибоке. Розтирання: площинне долонною поверхнею кисті, пиляння, пересікання. Пиляння можна комбінувати з нижнім перетиранням. Розминання м'яких тканин передньої черевної стінки: поздовжнє, поперечне розминання, накочування. Масаж прямих м'язів живота: щипцеподібне погладжування, гладіння, спіралеподібне та зигзагоподібне ніжне розтирання, поперечне розминання знизу догори. Стискання прямих м'язів живота пальцями обох рук, розміщених по краях м'язів. Масаж косих м'язів живота: охоплююче погладжування бічних поверхонь живота, розтирання циркулярне, пересікання; розминання поперечне, натискування. Розтирання пальцями правої ребрової дуги.

Масаж черевного сплетення: спіралеподібне погладжування і розтирання долонною поверхнею кінцевих фаланг середнього чи вказівного та середнього пальців у напрямку від груднини до пупка; безперервна лабільна вібрація у цьому ж напрямку, стабільна вібрація в ділянках розміщення больових точок черевного сплетення.

Масаж надчеревної ділянки справа та печінки. Легке погладжування та поверхнєве розтирання пальцями. При відсутності болю пальці дещо заглиблюються і масажують печінку:

знизу зліва і направо догори в напрямку до воріт печінки. При розтиранні кінці пальців підводять під правий ребровий край, і спираючись на нього долонею, проводять спіралеподібне розтирання ділянки печінки, ніжну безперервну вібрація кінцями пальців краю печінки під ребровою дугою. При атонії стінок жовчного міхура та жовчних шляхів, за спеціальними показаннями проводять масаж жовчного міхура: ніжне площинне циркулярне погладжування, розтирання, безперервну вібрацію кінцями пальців, періодичне натискування та легке поколювання правої ребрової дуги. При гіпертонічній формі дискінезій прийоми глибокого розминання, рубання, поколювання (особливо в ділянці правого підребер'я) протипоказані. Закінчують масаж живота поверхневим погладжуванням та дихальними вправами.

Під час масажу біль повинен зменшитися або повністю зникнути. При появі або посиленні болю необхідно зменшити інтенсивність масажу в ділянках, в яких визначаються рефлекторні зміни, особливо в правій надчеревній ділянці та вздовж правого краю ребрової дуги.

**Тривалість** масажу – 10-15 хв. Курс лікування – 10-15 процедур щоденно або через день.

Важливе значення має поєднання масажу з лікувальною фізкультурою. Залежно від форм дискінезії методика має свої особливості.

Для хворих з гіпокінезією жовчного міхура показані вправи для м'язів живота з наростаючим навантаженням. Використовуються вправи на розслаблення та напруження м'язів живота, які сприяють коливанню внутрішньочеревного тиску. Темп виконання середній та швидкий. Фізичні навантаження середньої інтенсивності.

При гіпертонічній формі дискінезії не рекомендуються статичні навантаження, особливо для м'язів передньої черевної стінки. Переважно виконують вправи в положенні на животі, що сприяє розслабленню м'язів і зменшенню диспептичних проявів. Загальнозміцнювані та спеціальні вправи чергують з дихальними вправами та вправами на розслаблення. Темп повільний з переходом у середній. Інтенсивність фізичного навантаження мала з поступовим збільшенням до середньої.

До спеціальних вправ відносять вправи для м'язів живота з періодичним підвищенням та зниженням внутрішньочеревного тиску; для м'язів тулуба, змішані виси на гімнастичній стінці, глибоке діафрагмальне дихання та вправи на розслаблення.

Дихальні вправи з уповільненням дихальних рухів на вдиху та видиху допомагають зменшити диспептичні явища та больові відчуття.

### **Масаж при опущеннях органів черевної порожнини**

Малорухомий спосіб життя, надмірна маса тіла, астенизація та зниження функціональної здатності організму і тону м'язів, пологи у жінок можуть стати причиною спланхноптозу – опущення внутрішніх органів (шлунку, печінки, товстої кишки, нирок).

Опущення внутрішніх органів може мати набутий характер (пологи, малорухомий спосіб життя, значні фізичні навантаження та ін.) або зумовлюватись конституційними особливостями (більш схильні особи з астеничним типом конституції). Провокують погіршення стану значні фізичні, особливо статичні навантаження, піднімання важких предметів, стрясання тіла.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану нервової, в тому числі, вегетативної нервової системи, рухової і секреторної діяльності травної системи; покращення крово- та лімфообігу, тканинного обміну в черевній порожнині; підвищення тону м'язів спини, передньої черевної стінки.

**Показання** до призначення масажу: опущення внутрішніх органів.

**Протипоказання** до призначення масажу: загострення захворювання, запальні процеси з боку внутрішніх органів, загальні протипоказання.

**План** масажу: вплив на паравертебральні зони  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_4$ ,  $C_7-C_3$  спинномозкових сегментів, масаж спини, живота, ребрових дуг, гребенів клубових кісток, шлунка, кишок. При опущенні матки додається масаж паравертебральних та рефлексогенних зон  $S_5-S_1$  спинномозкових сегментів, сідничних ділянок, стегон.

**Методика** масажу. Масаж проводиться на кушетці з піднятим на 10-12 см ножним кінцем в положенні хворого лежачи на спині, животі та на лівому боці. Масаж паравертебральних зон  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_4$ ,  $C_7-C_3$ : площинне поверхнєве та глибоке погладжування долонею від нижчерозміщених до вищєрозміщених сегментів; розтирання кінцями пальців – поздовжнє, поперечне, циркулярне, пиляння, штрихування долонною поверхнєю кінця середнього пальця, який щільно прилягає до шкіри, зміщення її в напрямку до хребта; розминання, щипцеподібно поставленими пальцями, зміщення, розтягування прямих м'язів спини, натискування на них; вібрація безперервна. Погладжування та розтирання міжлопаткової ділянки, нижнього кута та внутрішнього краю лопаток. Масаж найширших м'язів спини та трапецієподібного м'яза: погладжування поверхнєве і глибоке в напрямку до пахвових ділянок відповідного боку; розтирання долонною поверхнєю кистей, штрихування, пиляння; розминання натискуванням, зміщенням, розтягуванням, країв м'язів – поздовжнім та поперечним розминанням. Безперервна лабільна вібрація в ділянці спини в напрямку від крижів до надпліччя, легке поплескування, рубання.

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

Масаж ділянки черевного сплетення – колове погладжування, розтирання та ніжна вібрація від мечоподібного відростка до пупка. Погладжування, розтирання ребрових дуг та гребенів клубових кісток. Масаж ділянки шлунка: площинне колове погладжування, ніжне розтирання кінцями пальців шкіри, підшкірної основи та м'язів лівої підребрової ділянки, легке потрушування тканин надчеревної ділянки зліва кінцями пальців. Масаж шлунка: з метою підвищення тону мускулатури шлунка використовується переривчаста вібрація у вигляді стрясання, при якому, поклавши кінці граблеподібно поставлених пальців на підреброву ділянку зліва, виконують короткі, поштовхоподібні рухи, спрямовані знизу догори і ззовні досередини, при цьому то прискорюють, то сповільнюють масажні рухи. Потім, повернувши хворого на лівий бік, зігнутими пальцями масажуючої руки, по можливості повніше обхопивши шлунок знизу, виконують його стрясання, послідовно прискорюючи та сповільнюючи рухи.

Масаж кишок виконують в положенні хворого на спині, під колінами валик. Після розслаблення м'язів передньої черевної стінки проводять масаж товстої кишки за годинниковою стрілкою: спочатку висхідний, потім поперечний та низхідний відділи. Використовують погладжування та ніжне розтирання кінцями пальців, натискування за ходом кишки та лабільну безперервну вібрацію, прискорюючи та сповільнюючи масажні рухи.

Закінчують масаж живота прийомами поверхнєвого площинного погладжування та спеціальними гімнастичними вправами.

Спеціальні вправи лікувальної гімнастики ефективно доповнюють процедуру масажу. Вони спрямовані на зміцнення м'язів живота і тазового дна. Найкраще виконувати вправи в положенні лежачи з піднятим ножним кінцем кушетки, в колінно-кистьовому та колінно-ліктьовому положеннях. Ефективним є перебування хворого в колінно-ліктьовому положенні (тривалість залежить від стану хворого і періоду лікування) та виконання прийомів безперервної лабільної і ніжної переривчастої (рубання, поплескування, поколючування) вібрації в ділянці спини в цьому вихідному положенні. Над нирками інтенсивність впливу зменшується.

Спеціальні вправи поєднують із загальнозміцнювальними. Протипоказані вправи в положенні лежачи з фіксованими ногами, біг, стрибки, підскоки.

**Тривалість** процедури – 15-20 хв щоденно. Курс лікування – 12-15 процедур. Повторення курсу масажу через 2-3 місяці. Заняття лікувальною фізкультурою – безперервні.

## 9.7. Масаж при захворюваннях ендокринної системи та порушенні обміну речовин

Ендокринні залози є складовою частиною системи нейрогуморальної регуляції функцій організму (рис. 297). Утворені в цих залозах гормони виконують роль хімічних регуляторів обмінних процесів в організмі як у спокої, так і при змінах умов зовнішнього середовища.

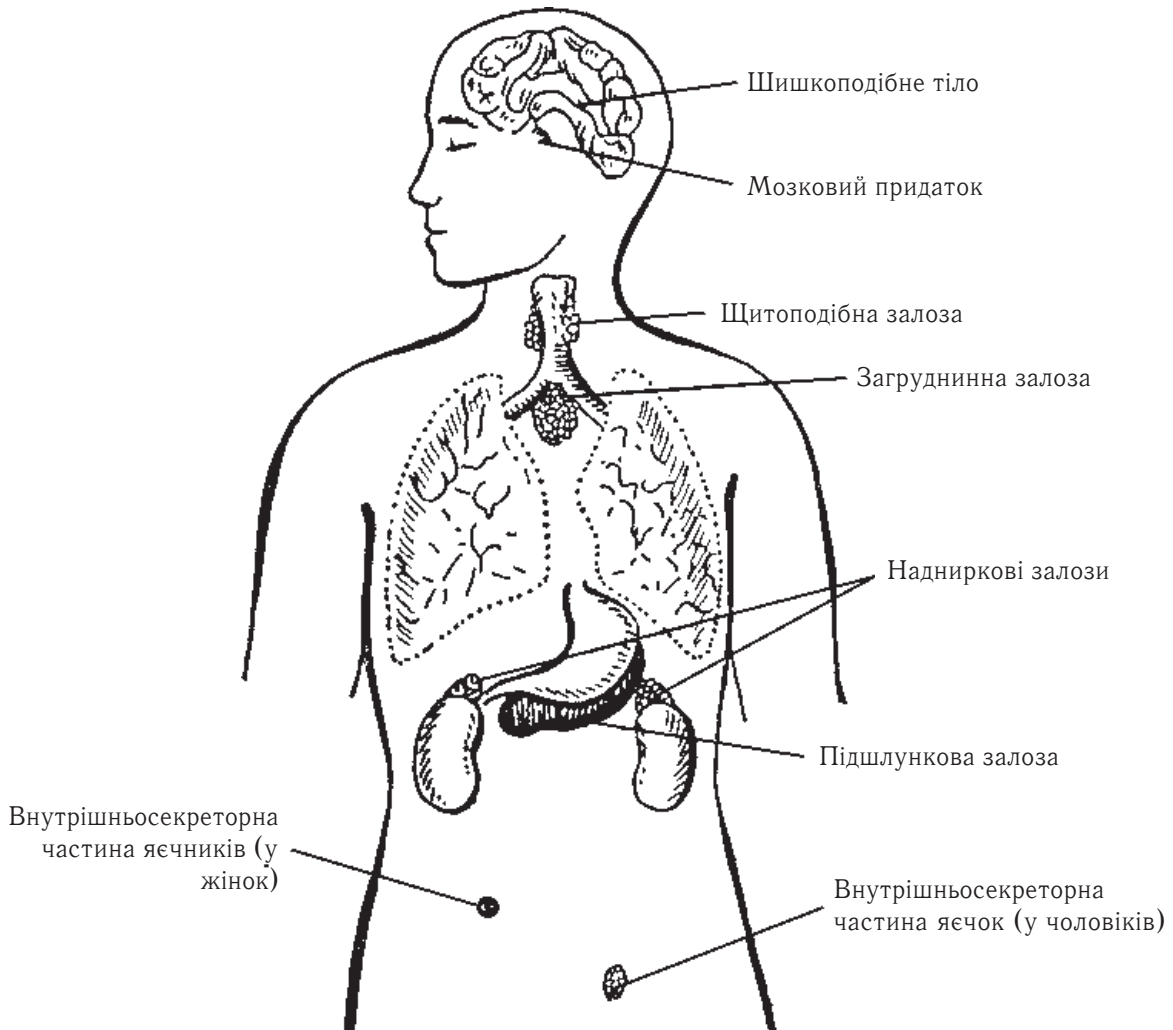


Рис. 297. Розміщення найважливіших ендокринних залоз.

При дії на організм неблагоприємних факторів (“стресових” за Сельє), таких як больові подразники, холод, збудники інфекційних захворювань, яди, психічні травми, надмірне фізичне навантаження та ін., в організмі виникає специфічна реакція, зумовлена якістю діючого фактора, та неспецифічна, загальна при дії різних стресорів. Сельє визначив їх як “загальний адаптивний синдром”. Такі реакції мають захисний характер і спрямовані на пристосування організму до нових умов, на вирівнювання тих змін, які викликані діючим фактором.

Л.А. Обреллі, вивчаючи механізм розвитку загальних неспецифічних реакцій, установив важливу роль в цьому активації симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Саме через симпатичну нервову систему активуються вищі відділи центральної нервової системи, йде імобілізація енергетичних ресурсів, стимуляція діяльності всіх органів та систем. Сельє вказував на важливу роль гіпофізарно-наднирковозалозної системи в розвитку адаптаційного синдрому.

Діяльність ендокринних залоз підпорядковується певним закономірностям. Сигнал до збудження гормональної діяльності звичайно надходить від чутливих нервових закінчень –



екстра- та інтерорецепторів, і по аферентних нервових шляхах направляється в центральну нервову систему, в гіпоталамічну ділянку. Тут зосереджуються нервові ядра, які управляють вегетативною сферою. Процеси синтезу аферентної імпульсації приводять до виникнення збудження в нейронах цих ядер, яке досягає ендокринних залоз різними шляхами.

Регуляція діяльності одних залоз (наприклад, мозковий шар надниркових залоз) здійснюється переважно нервовим шляхом. Інші залози збуджуються гуморальним стимулом з центральної ендокринної залози – гіпофіза у вигляді її тропних (адренотропного, соматотропного, тиреотропного, гонадотропного та ін.) гормонів.

Порушення вироблення гормонів в ендокринних залозах призводить до розладу метаболізму і функції внутрішніх органів, а пізніше – до органічних уражень. У захворюваннях залоз внутрішньої секреції виділяють три основні патогенетичні шляхи: порушення центральних механізмів регуляції функції залоз, патологічні процеси в самій залозі, периферичні (позазалозові) механізми порушення активності гормонів.

Порушення центральних механізмів регуляції ендокринних функцій зумовлені патологічними процесами, що розвиваються в гіпоталамусі. Вони призводять до порушення утворення тропних гормонів та зміни секреторного, судинного, трофічного впливу центральної нервової системи на функцію залоз внутрішньої секреції.

Захворювання ендокринних залоз можуть перебігати з явищами надмірної або недостатньої функції. Органічні ураження ендокринної залози можуть мати характер гіперплазії, доброякісної пухлини (аденоми), злоякісної пухлини, атрофії чи некрозу залозистої тканини.

Периферичні механізми зміни активності гормонів зумовлені порушенням активності вже виділених в кров гормонів. Цьому сприяє порушення зв'язування гормонів білками плазми крові, порушення інактивації гормонів у тканинах, (головним чином, в печінці), утворення в організмі антитіл, які блокують білкові та поліпептидні гормони, порушення з'єднання гормону зі своїми рецепторами в клітині-мішені та ін. У таких випадках гормон є в крові, концентрація може бути навіть збільшеною, але дія його проявлятися не буде.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану соматичної та вегетативної нервової систем, корекція регулювального впливу гіпоталамо-гіпофізарної системи, рефлексорний вплив на функцію залоз внутрішньої секреції, зменшення запальних явищ в них, покращання обмінних процесів, лімфо- та кровообігу, зменшення клінічних проявів захворювання, попередження чи ліквідація ускладнень, підвищення захисних сил організму.

**Показання** до призначення масажу: легка та середня тяжкість перебігу захворювань, зумовлених зниженням функції залоз внутрішньої секреції.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий загальний стан, гострий запальний процес, доброякісні та злоякісні пухлини, гострий період захворювання, виражена декомпенсація функцій залоз, гіперфункція, гіперплазія залоз, коматозний, перед- та післякоматозний стани, тяжка форма перебігу захворювання, гнійні процеси, захворювання шкіри, виражений остеопороз, психопатії, туберкульозне ураження залоз.

**Методичні особливості** масажу.

При захворюваннях, зумовлених зниженням регулюючого впливу з боку центральних механізмів, проводять масаж комірцевої зони та голови для поліпшення кровопостачання головного мозку, нормалізації функціонального стану вегетативної та соматичної нервової системи. Масаж голови сприяє рефлексорному впливу на функціональний стан гіпоталамо-гіпофізарної системи.

Для рефлексорного впливу на функцію залоз масажу прихребтові зони та рефлексогенні зони, сегментарно зв'язані з відповідною залозою. При відсутності протипоказань масажують безпосередньо залози, доступні масажним впливам. Молочні залози масажують лише при окремих показаннях (з метою стимуляції лактації, при лактостазі, в інших випадках – рідко).

Для ліквідації чи зменшення клінічних проявів захворювання використовується рефлексорний та місцевий вплив на ділянки локалізації клінічних проявів захворювання.

Ділянка масажу, дозування його значною мірою залежать від клінічних проявів захворювання, що вимагає чіткого встановлення діагнозу лікарем, розуміння масажистом механізму виникнення клінічних проявів захворювання та фахової майстерності спеціаліста з масажу.



Ефективність лікування масажем повинна постійно контролюватись і оцінюватись за динамікою клінічної симптоматики та клініко-лабораторними дослідженнями.

Масаж поєднується з медикаментозною терапією, дієтотерапією, фізіотерапевтичними процедурами, лікувальною фізкультурою та ін.

### **Масаж при цукровому діабеті**

Цукровий діабет – це захворювання, зумовлене абсолютною або відносною нестачею в організмі гормону підшлункової залози – інсуліну. Зустрічається часто, за даними світової статистики, на кожні 100 жителів трапляється не менше 1-2 хворих на цукровий діабет.

Розвиток цукрового діабету може бути зумовлений: а) первинною недостатністю  $\beta$ -клітин інсулярного апарату підшлункової залози; б) гіперфункцією гіпофіза, кори надниркових залоз, щитоподібної залози. В останньому випадку захворювання може розвиватися при нормальному і навіть підвищеному вмісті інсуліну. Дія контрінсулярних гормонів у цьому випадку проявляється підвищенням основного обміну, посиленням глікогенолізу, що підвищує потреби організму в інсуліні і з часом призводить до виснаження і недостатності інсулярного апарату. Тому виділяють різні види порушення функції інсулярного апарату: первинно-панкретичний, гіпоталамо-гіпофізарний, наднирниковозалозний, первинно-яєчниковий, який розвивається в період клімаксу як наслідок порушення виділення естрогенів, що гальмують вироблення гіпофізом контрінсулярних гормонів.

Основними симптомами цукрового діабету є спрага, збільшення кількості сечі, підвищення вмісту глюкози в крові та сечі.

При цукровому діабеті в організмі відбуваються порушення всіх видів обміну, які призводять до значних змін в органах та тканинах. Шкіра суха, покрита розчухами, які викликані сверблячкою (нерідко виснажливою в ділянці промежини). Часто хворі страждають від фурункульозу, екземи. Виникають нудота, блювання, інколи пронос, збільшується печінка. Відмічаються часті бронхіти, пневмонії, туберкульоз легень.

Частота серцево-судинних захворювань у хворих на цукровий діабет досягає 70 %. Нерідко розвивається атеросклероз судин, але частіше – уражаються дрібні судини (“діабетична капілярнопатія”), що призводить до ішемічних синдромів на кінцівках (і навіть гангрені нижніх кінцівок), в судинах сітківки очей, периферичних нервах, мозку, нирках, рідше в інших органах.

З боку центральної нервової системи: відзначають пригнічення, психоемоційну лабільність, головний біль, розлади сну. Часто відмічаються запальні зміни як анімальних, так і вегетативних периферичних нервів (полінейропатія).

За своїм перебігом, проявами симптомів, характером реакції на дієтотерапію та введення інсуліну цукровий діабет поділяють на три ступені: легкий, середній, тяжкий.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану нервової системи, психоемоційного стану, поліпшення кровопостачання головного мозку, черевної порожнини, кінцівок, попередження трофічних розладів.

**Показання** до призначення масажу: цукровий діабет легкого і середнього ступенів без ускладнень та з проявами діабетичної капілярнопатії і поліневриту.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий загальний стан, перед-, післякоматозний стан, тяжка форма перебігу захворювання, виражені розлади в діяльності центральної нервової системи, трофічні розлади, загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж комірцевої зони, паравертебральних та рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з підшлунковою залозою, печінкою, нирками (від  $L_5$  до  $C_3$  хребців). При діабетичній капілярнопатії та ураженнях периферичних нервів кінцівок масажу підлягають відповідні паравертебральні та рефлексогенні зони (для верхніх кінцівок це паравертебральні зони  $D_6$ – $C_3$  хребців та пояс верхніх кінцівок, для нижніх –  $L_5$ – $L_1$ ,  $S_5$ – $S_1$ ,  $D_{12}$ – $D_{10}$ , та пояс нижніх кінцівок) і уражені кінцівки. При явищах енцефалопатії масажу підлягає і ділянка голови. Особлива увага при масажі приділяється впливу на м'язи лікувальною фізкультурою, бо робота м'язів сприяє посиленому поглинанню надмірної глюкози.

**Методика** масажу. Положення хворого – лежачи. Масаж прихребтових зон ( $L_5$ – $C_3$  хребців) від нижчерозташованих до вищерозташованих сегментів: площинне погладжування, розтирання напівколове кінцями пальців, пиляння, штрихування; граблеподібне розтирання міжкостистих проміжків; розминання поздовжнє, натискування та зміщення; вібраційні погладжування. Масаж найширших м'язів спини, трапецієподібного м'яза: погладжування, розтирання, розминання натискуванням, зміщенням та поздовжнім розминанням країв м'язів, безперервна стабільна та лабільна вібрація. Погладжування, щипцеподібне розтирання та розминання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів. Масаж верхніх кінцівок – широкими штрихами погладжування, розтирання, розминання, потрушування м'язів, струшування руки. При наявності гіперестезії – ніжні поверхневі погладжування, валяння м'язів.

Для впливу на стан нижніх кінцівок проводять масаж прихребтових зон  $S_5$ – $S_1$ ,  $L_5$ – $L_1$  хребців від нижче- до вищерозташованих сегментів: площинне погладжування, розтирання напівколове кінцями пальців, пиляння, штрихування, граблеподібне розтирання міжкостистих проміжків; розминання поздовжнє, натискування та зміщення; вібраційні погладжування. Масаж сідничних ділянок: поверхневе та глибоке погладжування, розтирання м'язів прийомами пиляння, пересікання, штрихування, граблеподібне розминання, зміщення, натискування однією та обтяженою рукою, безперервна стабільна вібрація, потрушування м'язів. Розтирання гребенів клубових кісток кінцями пальців. Масаж нижніх кінцівок: широкими штрихами погладжування, розтирання, розминання, безперервна вібрація м'язів гомілки та стегна, потрушування м'язів стегна та гомілки. Масаж не повинен підсилювати біль, а сприяти його зменшенню від процедури до процедури.

**Масаж** комірцевої зони. Погладжування охоплює долонними поверхнями кистей задньої та бічних шийних ділянок від потилиці до плечових суглобів. Розтирання спіралеподібне потиличної ділянки в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня і навпаки. Розтирання задньої та бічних шийних ділянок прийомами спіралеподібного та прямолінійного розтирання і пиляння в напрямку від потилиці вниз. Розминання трапецієподібного м'язів зміщенням, повздовжнім розминанням, груднинно-ключично-соскоподібних м'язів – щипцеподібним розминанням. Погладжування та розтирання кінцями пальців спіралеподібне в ділянці VII шийного хребця – від остистого відростка у всіх напрямках на відстань 2-2,5 см. Закінчують погладжуванням охоплюючим долонними поверхнями кистей від потилиці до плечових суглобів.

**Масаж** підключичної ділянки: поверхневе та глибоке площинне погладжування долонною поверхнею пальців; лінійне та спіралеподібне розтирання, пиляння; розминання натискуванням та зміщенням; лабільна та стабільна безперервна вібрація. Закінчують погладжуванням. Всі рухи виконуються в напрямку від груднини до плечових суглобів.

**Масаж** голови: площинне та охоплююче погладжування волосистої частини голови долонною поверхнею кисті, граблеподібне погладжування та розтирання, натискування пальцями. Погладжування площинне від середини назовні лобової та скроневрі ділянок долонною поверхнею кисті, прямолінійне та спіралеподібне розтирання, натискування. Зміщення шкіри голови в сагітальній та фронтальній площинах. Закінчують погладжуванням.

При цукровому діабеті нерідко спостерігається свербіння в ділянці зовнішніх статевих органів. У таких випадках додатковому впливу масажними прийомами підлягають паравертебральні зони  $S_5$ – $S_1$ ,  $L_5$ – $L_1$  та рефлексогенні зони: крижові, сідничні ділянки, гребені клубових кісток, нижня частина живота. Використовують прийоми погладжування, розтирання, розминання, безперервну вібрацію. Переривчаста вібрація не показана.

**Тривалість** процедури – 12-15 хв. Курс лікування – 10-12 процедур. При необхідності проведення масажу верхніх та нижніх кінцівок їх масажують почергово: один день спина та верхні кінцівки, другий – спина та нижні кінцівки. Масаж голови (тривалістю 3-5 хв) може доповнювати щоденні процедури. При наявності церебральної симптоматики окрема процедура масажу повинна включати масаж комірцевої зони та голови тривалістю 10-15 хв щоденно або через день.

Важливим є поєднання масажу з дієтотерапією, фізіотерапевтичними процедурами та лікувальною фізкультурою.

### Масаж при хворобі Аддісона

В основі захворювання лежить недостатність кори надниркових залоз. Найчастіше його зв'язують з туберкульозним поцесом в корі надниркових залоз, інфекційними захворюваннями (грип, скарлатина, дизентерія, бруцельоз та ін.), грибковими та паразитарними хворобами, метастатичним ураженням, автоімунними процесами в організмі, анемією, ураженням симпатичної нервової системи. Це призводить до запальних процесів у надниркових залозах з порушенням коркового шару, часто відмічається переродження симпатичних вузлів.

Клінічна картина складається з таких симптомів: адинамії (фізична втомлюваність і м'язова слабкість), гіпотонії (зниження артеріального тиску), гіпоглікемії (зниження цукру в крові). Адинамія, гіпотонія, гіпоглікемія залежать від ослаблення функції частини вегетативної симпатичної нервової системи. Крім цього, характерними є порушення пігментації шкіри (шкіра набуває коричневого, димчатого чи бронзового забарвлення). Найчастіші місця локалізації пігментації – відкриті ділянки шкіри, на які найбільше впливає сонце (лоб, шия, руки), місця, які у фізіологічних умовах більш пігментовані (соски, колитка, пахвинні ділянки та ін.), і слизові.

Виникають розлади з боку кишечника у вигляді диспептичних явищ, особливо блювання, закрепи чи проноси, а нерідко – напади несподіваного болю в животі. Значно зменшується маса тіла, можлива кахексія. Знижується функція статевих органів. Нерідко зустрічається генералізоване збільшення лімфатичних вузлів, розміри щитоподібної залози можуть зростати.

Перебіг захворювання поділяють на легку, середню тяжку форми. Характерним є розвиток кризових станів, які pojawiaються під впливом різних навантажень та напружень (супровідні захворювання, операції, травми, пологи та ін.), під час яких різко загострюється клінічна симптоматика.

Використання в комплексному лікуванні стероїдних гормонів значно полегшує гостроту перебігу та покращує прогноз захворювання.

Завдання масажу: нормалізація функціонального стану вегетативної нервової системи, поліпшення крово- та лімфообігу у черевній порожнині, підвищення тону м'язів, нормалізація функції кишечника, стимуляція статевої діяльності.

**Показання** до призначення масажу: легка та середня тяжкість перебігу захворювання.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжка форма перебігу захворювання, кризовий та післякризовий стан, туберкульозний процес, інфекційні захворювання, метастатичні ураження надниркових залоз, підвищена температура тіла, збільшення лімфатичних вузлів, анемія, загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж комірцевої зони, паравертебральних зон всіх хребців, спини, пояса верхніх та нижніх кінцівок. Можна доповнювати масажем верхніх та нижніх кінцівок. При проявах статевої слабкості: масаж ділянки таза, передньої поверхні живота.

**Методика** масажу: положення хворого – лежачи на животі при масажі спини, та на спині – при проведенні масажу живота. Комірцеву зону можна масажувати у положенні сидячи та лежачи. Масаж комірцевої зони. Погладжування охоплює долонними поверхнями кистей задньої та бічних шийних ділянок від потилиці до плечових суглобів. Розтирання спіралеподібне потиличної ділянки в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня і навпаки. Розтирання задньої та бічних поверхонь шиї прийомами спіралеподібного розтирання та пиляння в напрямку від потилиці вниз. Розминання трапецієподібного м'язів зміщенням, поздовжнім розминанням, груднинно-ключично-соскоподібних м'язів – щипцеподібним розминанням. Погладжування та розтирання спіралеподібне кінцями пальців у ділянці VII шийного хребця – від остистого відростка у всіх напрямках на відстань 2-2,5 см. Закінчують охоплюючим погладжуванням долонними поверхнями кистей від потилиці до плечових суглобів. Масаж підключичних ділянок: прогладжування, розтирання, розгинання, безперервна вібрація в напрямку від груднини до плечових суглобів.

Масаж паравертебральних зон: від нижче- до вищерозміщених сегментів площинне погладжування обома руками, які рухаються симетрично по обидва боки хребта; спіралеподібне розтирання

кінцями пальців та опорною частиною кисті, стругання, пиляння; поздовжнє розминання, зміщення м'язів в поздовжньому та поперечному напрямках, натискування; безперервна вібрація. Масаж міжкостистих проміжків та остистих відростків від нижче- до вищерозміщених сегментів: погладжування, розтирання циркулярне кінцями пальців та граблеподібне, – міжкостистих проміжків. Натискування на остисті відростки пальцями та натискування на хребтовий стовп – кистями при цьому опорна частина долоні розміщується по один бік, а пальці – по другий бік хребта. Натискування проводиться по черговою кожною рукою, при цьому руки поступово переміщуються від нижче- до вищерозташованих сегментів.

Масаж спини. Площинне погладжування спини від нижніх реберних країв у напрямку до пахових ділянок; розтирання обома руками прямолінійне, поздовжнє, поперечне, спіралеподібне; розминання висхідної частини трапецієподібного м'яза, найширших м'язів спини натискуванням та зміщенням, країв м'язів – щипцеподібним, поперечним та поздовжнім розминанням; вібраційне погладжування, переривчаста вібрація поплескуванням, рубанням. Закінчують погладжуванням.

Масаж верхніх кінцівок. Широкими штрихами виконують погладжування, розтирання поздовжнє долонною поверхнею кисті; поздовжнє та поперечне розминання м'язів. При виконанні розтирання та розминання інтенсивність виконання прийомів поступово зростає. Безперервна та переривчаста вібрація, потрушування м'язів, струшування верхніх кінцівок.

Масаж сідничних ділянок – поверхнєве та глибоке погладжування; розтирання м'язів прийомами пиляння, пересікання, штрихування; гребенеподібне розминання, зміщення, натискування однією та обтяженою рукою, поступово збільшуючи глибину і підсилюючи інтенсивність впливу; безперервна стабільна та лабільна вібрація, поплескування, рубання, потрушування м'язів, розтирання гребенів клубових кісток кінцями пальців.

Масаж нижніх кінцівок: широкими штрихами охоплює та площинне погладжування в напрямку від кінчиків пальців до кульшового суглоба; розтирання поздовжнє, поперечне; валяння, стискання м'язів, гребенеподібне розминання м'язів стегна. Інтенсивність розтирання та розминання поступово наростає. Безперервна, потім переривчаста вібрація. Закінчують потрушуванням м'язів, струшуванням кінцівки, а потім – погладжуванням.

При зниженні статевої функції більш тривалому впливу підлягають паравертебральні та рефлексогенні зони іннервації сегментів  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$ . Використовують погладжування та розтирання кінцями пальців у ділянці крижів, гребенів клубових кісток, лобкового горба; погладжування, розтирання та особливо безперервну лабільну вібрацію в ділянках сідниць, стегна (переважно привідної групи м'язів), лобкової ділянки.

**Тривалість** процедури масажу – 20-25 хв. Курс лікування – 10-12 процедур щоденно або через день. Масаж повинен поєднуватись з лікувальною фізкультурою і проводитися на фоні медикаментозної терапії.

### Масаж при ожирінні

Ожиріння характеризується надмірним відкладенням жиру в жирових депо.

Розрізняють такі види ожиріння.

Аліментарне ожиріння виникає при вживанні надмірної кількості їжі. Ожиріння, зумовлене зниженням мобілізації жиру з жирових депо та недостатнім використанням жиру як джерела енергії. Виникає при порушенні функції гіпоталамуса (при контузіїх, травмах, енцефалопатіях), зниженні збудливості симпатичної частини вегетативної нервової системи, недостатньому виділенні адреналіну та норадреналіну, які підсилюють ліполіз. При цьому організм набуває здатності виконувати роботу при більш низькому споживанні кисню (тобто більш економно витратити свій енергетичний матеріал).

Ендокринне ожиріння виникає також при недостатності функції щитоподібної залози, статевих залоз та ін.

Метаболічне ожиріння характеризується надмірним переходом вуглеводів у жири (більше 50 %).



Ожиріння в осіб старшого віку, яке залежить від ряду факторів:

- а) порушення ендокринної регуляції (гіпофункція статевих, щитоподібної залоз та ін.);
- б) малорухомого способу життя, коли різко скорочуються енергетичні витрати людини, тобто жиру як джерела енергії;
- в) інтенсивного відкладення жиру в жирових депо, що зумовлено більшим рівнем глюкози в крові, яка меншою мірою засвоюється м'язами;
- г) збільшення збудливості центру апетиту, внаслідок чого людина може з'їдати більшу, ніж в нормі, кількість їжі.

Ожиріння діагностується уже при огляді. Жир часто відкладається нерівномірно. Найчастіше він накопичується в підшкірному шарі в ділянці живота, потилиці (у чоловіків), сідниць, стегон, грудей (у жінок). Для приблизної, досить недосконалої цифрової оцінки ожиріння існує формула, за якою маса людини в кілограмах повинна дорівнювати зросту в сантиметрах мінус 100. У нормі коливання не повинні бути більше  $-10$  кг.

При ожирінні хворі мають знижену працездатність, сильно пітніють, апетит підсилений (хоча може бути і знижений), випорожнення зі схильністю до закріпів, часто має місце метеоризм. Для таких хворих характерна задишка через перевантаження серця, зумовлена не тільки збільшенням маси тіла, але і відкладенням жиру в серцевому м'язі та обростанням жиром перикарда. Часто приєднується атеросклероз коронарних та інших судин, що призводить до серцевої недостатності.

Нерідко спостерігаються ознаки послаблення статевої функції. Внаслідок високого стояння діафрагми розвивається схильність до застою в нижніх відділах легень, бронхітів, пневмоній. Часто збільшується печінка і розвивається жовчнокам'яна хвороба.

За перебігом можна виділити два типи ожиріння: плеторичний та анемічний. У першому випадку хворі міцні, мають гарний вигляд, нормальний склад крові, підвищений апетит. Особи з ожирінням другого типу бліді, постійно відчують слабкість, не можуть рухатися, м'язи у них атрофічні, спостерігаються задишка, пітливість, головний біль, хворі мають послаблену статеву функцію.

Зустрічається своєрідне нерівномірне ожиріння у вигляді вузлів, що спричиняють біль (ліпоматоз).

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану соматичної і вегетативної нервової системи та залоз внутрішньої секреції, активізація окиснювальних процесів, стимуляція клітинного метаболізму, корекція жирового та вуглеводного обміну, посилення обміну речовин, процесів розщеплення жирів, зменшення жирової маси, стимуляція енерговитрат, підвищення фізичної працездатності, нормалізація функції травної системи. Ці завдання особливо ефективно вирішуються в поєднанні з лікувальною фізкультурою, корекцією харчування.

**Показання** до призначення масажу: всі форми ожиріння. При аліментарному ожирінні більш ефективним є використання самомасажу. При хронічній ішемічній хворобі серця, недостатності кровообігу II-III стадії, порушенні ритму серцевої діяльності, гіпертонічній хворобі II стадії, шкірних захворюваннях самомасаж протипоказаний.

**Протипоказання** до призначення масажу: загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж передбачає рефлекторний (паравертебральні зони тулуба та рефлексогенні зони, сегментарно зв'язані з залозами, зниження функції яких сприяє виникненню ожиріння) та місцевий вплив. Незалежно від першопричини захворювання, масажу обов'язково підлягає комірцева зона. При гіпофункції статевих залоз масажують паравертебральні зони тулуба ( $L_5-L_1$ ,  $S_5-S1$ ), хребців ділянки сідниць, нижні ділянки живота. Місцевий масаж передбачає масаж переважної локалізації жирових відкладень.

Самомасаж: може бути ручним та апаратним, місцевим та загальним. Загальний масаж проводиться у такій послідовності: масаж стоп, гомілок, колінних суглобів, стегон, сідниць, спини, шиї, голови, грудей, живота, рук. Така послідовність не обов'язкова: різні автори рекомендують по-різному.

**Методика** масажу. Положення – хворого лежачи. Масаж прихребтових зон від нижче- до вищерозміщених сегментів: площинне погладження, розтирання напівколове кінцями пальців,

пиляння, штрихування, граблеподібне розтирання міжкостистих проміжків; розминання поздовжнє, натискування та зміщення; вібраційні погладжування. Масаж найширших м'язів спини, трапецієподібного м'яза: площинне погладжування; спокійне, потім інтенсивне розтирання долонною поверхнею кисті, та розминання натискуванням, зміщенням, поздовжнє розминання країв м'язів; безперервна лабільна та стабільна вібрація, переривчаста вібрація поплескуванням і рубанням.

Масаж комірцевої зони: погладжування охоплює долонними поверхнями кистей задньої та бічних шийних ділянок від потилиці до плечових суглобів. Розтирання спіралеподібне потиличної ділянки в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня і навпаки. Спіралеподібне розтирання і пиляння задньої та бічних ділянок шиї від потилиці вниз до плечових суглобів. Погладжування передньої поверхні шиї в напрямку від підборіддя до підключичних ділянок, руки можуть рухатись одночасно, краще послідовно. Спіралеподібне погладжування та розтирання, розминання натискуванням у підключичних ділянках. Розминання трапецієподібного м'яза зміщенням, поздовжнім розминанням, натискуванням. Щипцеподібне розминання груднинно-ключично-соскових м'язів. Масаж в ділянці VII шийного хребця: погладжування кінцями пальців однієї руки, розтирання спіралеподібне радіальне (від середини назовні у напрямку променів) на відстані 2-2,5 см. Закінчують масаж комірцевої зони охоплюючим погладжуванням в напрямку від голови до плечових суглобів. Інтенсивні прийоми в ділянці комірцевої зони не показані.

Масаж верхніх кінцівок. Широкими штрихами виконують погладжування; розтирання долонною поверхнею кисті. Поздовжнє розминання м'язів. При виконанні розтирання та розминання поступово наростає інтенсивність їх виконання. Безперервна та переривчаста вібрація, потрушування м'язів, струшування верхніх кінцівок. Закінчують погладжуванням.

Масаж сідничних ділянок – поверхнєве та глибоке погладжування; розтирання м'язів прийомами пиляння, пересікання, штрихування; гребенеподібне розминання, зміщення, натискування однією та обтяженою рукою, поступово збільшуючи глибину та підсилюючи інтенсивність впливу; безперервна стабільна та лабільна вібрація, поплескування, рубання, потрушування м'язів. Розтирання гребенів клубових кісток кінцями пальців.

Масаж нижніх кінцівок: широкими штрихами охоплює та площинне погладжування в напрямку від кінчиків пальців до кульшового суглобу; розтирання поздовжнє, поперечне, валяння, стискання м'язів, гребенеподібне розминання м'язів стегна. Інтенсивність розтирання та розминання поступово наростає. Безперервна, потім переривчаста вібрації. Закінчують потрушуванням м'язів, струшуванням кінцівки, а потім – погладжуванням.

Масаж живота. Положення хворого – на спині, ноги дещо зігнуті, м'язи живота максимально розслаблені. Площинне погладжування долонною поверхнею кисті навколо пупка: починаючи з правої пахвинної ділянки догори до правого підребер'я, далі дугоподібно до лівого підребер'я (дуга вигнута в бік пупка) і від лівого підребер'я вниз до лівої пахвинної ділянки). Площинне та охоплює (залежно від форми поверхні живота) погладжування бічних ділянок живота: вище пупка руки направлені до пахових, нижче – до пахвинних лімфатичних вузлів. Розтирання тканин передньої черевної стінки може виконуватися долонною поверхнею кисті, її ліктьовим краєм, гребенеподібно, щипцеподібно. Розтирання ребрових дуг та гребенів клубових кісток кінцями пальців чи опорною частиною кисті. Розминання прямих м'язів живота поперечне щипцеподібним прийомом зверху вниз одночасно двома руками. Зміщення прямих м'язів живота вправо та вліво. Розминання косих м'язів живота: виконується однією рукою на протилежному боці при проведенні самомасажу чи обома руками масажистом. Якщо м'язи охопити важко, то використовують натискування гребенями зігнутих в кулак пальців у напрямку від гребенів клубових кісток до підребрових ділянок цього ж боку. Нижнє поплескування долонями, вібраційне погладжування живота. Закінчують масаж погладжуванням.

При ожирінні першого типу допускаються інтенсивні впливи (при відсутності інших протипоказань), при ожирінні другого типу – порівняно менш інтенсивний вплив.

При пониженні статевої функції більш тривалому впливу підлягають паравертебральні та рефлексогенні зони іннервації сегментів  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$ . Використовують: надкисничний масаж в ділянці крижів, гребенів клубових кісток, лобкового горбка; погладжування, розтирання



та особливо безперервну лабільну вібрацію в ділянках сідниць, стегон (переважно привідної групи м'язів), лобка.

При застійних явищах в легенях – масаж грудної клітки за загальноприйнятою методикою.

**Тривалість** процедури залежить від форми ожиріння, клінічних проявів та супутніх захворювань. При ожирінні першого типу без ускладнень – більш інтенсивний і більш тривалий (20-25 хв) масаж, в інших випадках – менш тривалий (10-15 хв) і менш інтенсивний. Курс лікування – 10-12 процедур.

Масаж обов'язково повинен поєднуватись з відповідним дієтичним харчуванням, заняттями фізичними вправами.

## 9.8. Масаж після оперативних втручань на органах черевної та грудної порожнин

Значні досягнення хірургії, пов'язані з науково-технічним прогресом сучасної медицини, дали можливість проводити великі і складні операції на органах грудної та черевної порожнин, серці та магістральних судинах. Оперативні втручання істотно змінюють діяльність нервової, серцево-судинної систем, органів дихання, внутрішніх органів, супроводжуються значними зрушеннями в компенсаторно-приспосувальних реакціях організму, сприяють виникненню післяопераційних ускладнень.

Наявність та характер післяопераційних ускладнень залежать не тільки від хірургічної патології, виду оперативного втручання, методу знеболювання, віку, загального стану хворого, особливостей його фізичного розвитку, стану здоров'я, наявності супутніх захворювань. Велике значення має ретельність ведення післяопераційного періоду.

Швидкість і повноцінність відновлення здоров'я хворих після операцій залежать від компенсаторної перебудови всіх органів та систем, особливо органів дихання та кровообігу. Ця перебудова може бути досягнута не тільки медикаментозною терапією, але і цілеспрямованим використанням функціонально-фізіологічних методів активного ведення післяопераційного періоду з широким планомірним використанням фізичних вправ та масажу. Масаж не вимагає вольового напруження хворого, тому є найбільш економною формою підвищення загального тону організму, прискорення відновних процесів, попередження післяопераційних ускладнень.

**Завдання** масажу: тонізуючий вплив на центральну та периферійну, серцево-судинну, дихальну системи, нормалізація функціонального стану вегетативної нервової системи, зниження психогенного гальмування, поліпшення крово- та лімфоток, прискорення окисно-відновних процесів, зменшення застійних явищ в легенях і паренхіматозних органах, покращання функції кишечника, попередження післяопераційних ускладнень, прискорення клінічного та функціонального відновлення хворого.

**Показання** до призначення масажу: післяопераційний період після втручань на органах черевної порожнини, торакальних операцій, операцій в порожнині малого таза, операцій на судинах та ін.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий загальний стан, зумовлений обширністю, тривалістю та складністю оперативних втручань, ускладненнями під час операцій та наркозу (зупинка серця, дихання, гострий тромбоз, емболія), кровотечею, порушенням коронарного та мозкового кровообігу, післяопераційною пневмонією, тромбоемболічними ускладненнями, септичним станом, дихальною, серцевою, печінковою, нирковою недостатністю, лихоманкою; стан після операцій з приводу злоякісних новоутворень; порушення згортальної здатності крові.

**Методичні особливості** масажу.

Перша процедура (за рекомендаціями В.І. Дубровського, А.В. Дубровської, 2000) у вигляді загального масажу може проводитися на операційному столі зразу ж після закінчення операції, а в наступні дні – в реанімаційному відділенні або в післяопераційній палаті 1-3 рази на день протягом 3-5 діб. Якщо масаж виконується медичною сестрою, то необхідна присутність лікаря-анестезіолога чи хірурга. Тривалість масажу залежить від віку хворого, об'єму оперативного

втручання і триває від 15 до 25 хв. Перед процедурою масажу необхідно поррахувати пульс, виміряти артеріальний тиск, визначити частоту дихання.

Для зменшення подразнення оперованої ділянки при проведенні перших процедур масажу рука масажиста фіксує її, розміщуючись на пов'язці.

Призначення дихальних вправ зразу ж після закінчення залишкової дії наркозу в поєднанні з масажем має важливе значення в попередженні ранніх післяопераційних ускладнень (дисфункції кровообігу та дихання, післяопераційної пневмонії, порушення функції кишківника та ін.), полегшенні діяльності серця, зменшенні відчуття нудоти.

Для попередження утворення післяопераційних злук масаж у поєднанні з лікувальною гімнастикою повинен використовуватися і у віддалений післяопераційний період.

### **Масаж після оперативних втручань на органах черевної порожнини**

**Завдання** масажу: полегшити діяльність серцево-судинної та дихальної систем, знизити ступінь проявів супутніх захворювань і вікових органічних та функціональних зрушень, поліпшити загальний та місцевий крово- та лімфообіг, поновити порушений механізм дихання (навчити правильно використовувати грудне та діафрагмальне дихання, вміти видаляти харкотиння), запобігти розвитку застійних явищ і рефлексорних спазмів у легенях, малому тазі, тромбозів, емболій, внутрішньочеревних зрощень, атонії кишків, труднощам сечовипускання, стимулювати діяльність травного тракту.

**Показання** до призначення масажу: стан після операцій на органах черевної порожнини.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий загальний стан у зв'язку з кровотечею, шоком, ускладненнями під час операції та наркозу, наявністю недренованих абсцесів у черевній порожнині, поширеного перитоніту, післяопераційного панкреонекрозу, больового панкреатиту, гострої печінкової та ниркової недостатності; тяжких ускладнень та захворювання: кровотеча, септичний стан, гостра серцево-судинна недостатність, підозра на інфаркт легень, серця. Підвищення температури у зв'язку з запальними явищами у легенях не є абсолютним протипоказанням для призначення масажу.

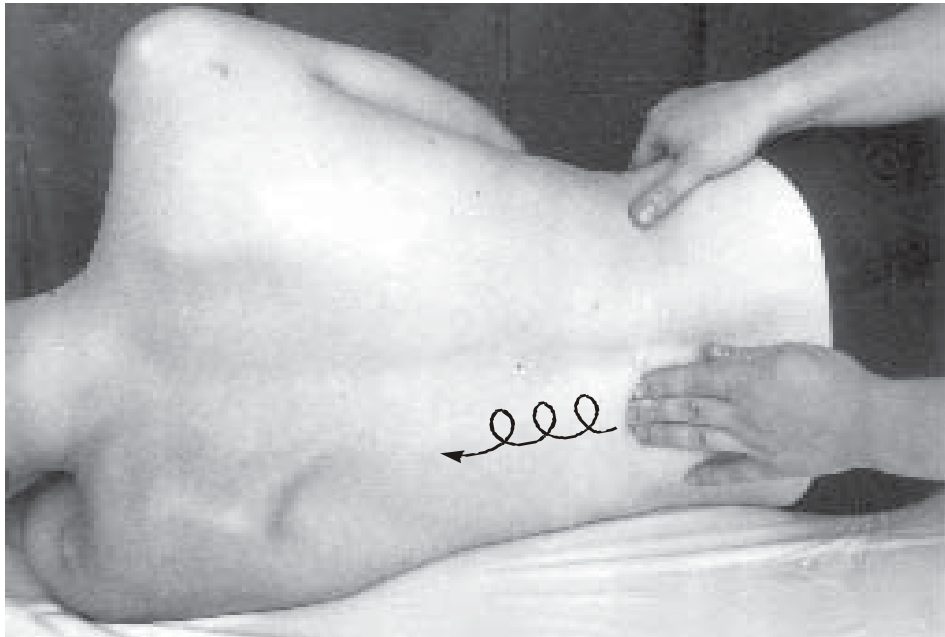
**План** масажу: Масаж паравертебральних зон та рефлексогенних зон сегментарно зв'язаних з оперованим органом (ділянки спини, шиї, грудей, живота), масаж нижніх та верхніх кінцівок.

**Методика** масажу. Положення хворого – на спині і на здоровому боці (рис. 298). Масаж паравертебральних зон спинномозкових сегментів  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_5$  (від нижче- до вище розміщених): площинне погладжування, гладіння, розтирання спіралеподібне пальцями та опорною частиною кисті, пиляння, штрихування; граблеподібне погладжування та розтирання міжкостистих проміжків; розминання натискуванням та зміщенням; ніжна стабільна та лабільна вібрація у місцях виходу спинномозкових нервів. Масаж ділянок найширших м'язів спини, трапецієподібного м'яза: погладжування площинне, розтирання долонними поверхнями, розминання натискуванням, зміщенням, країв м'язів – поздовжнім та поперечним розминанням, безперервна вібрація, вібраційні погладжування. Розтирання пальцями лопаток, міжребрових проміжків (граблеподібне), реберних дуг, крижів, гребенів клубових кісток.

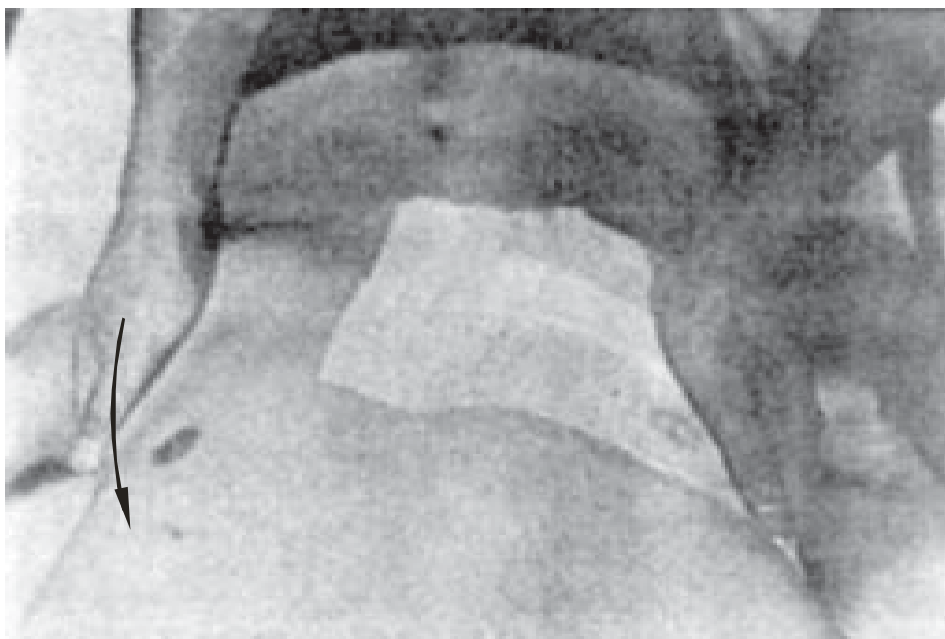
Масаж шиї. Обхоплююче погладжування задньої та бічних шийних ділянок. Розтирання спіралеподібне потиличної горбистості в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня і навпаки. Розтирання задньої та бічних шийних ділянок спіралеподібним розтиранням та пилянням. Розминання трапецієподібного м'яза зміщенням, поздовжнім розминанням, груднинно-ключично-соскоподібних м'язів – щипцеподібним розминанням. Розтирання пальцями остистого відростка VII шийного хребця та прилеглих тканин "сонечком".

Масаж передніх та бічних ділянок грудної клітки. Положення хворого – на спині, ноги зігнуті в колінних і кульшових суглобах, під колінами валик. Площинне та обхоплююче погладжування передніх та бічних ділянок грудної клітки. Розтирання пальцями грудної кістки, груднинно-ребрових та груднинно-ключичних суглобів. Розтирання пальцями ребер в напрямку від груднини до хребта. Розтирання граблеподібне міжребрових проміжків. В.І. Дубровський, А.В. Дубровська (2000) рекомендують починати масаж міжребрових проміжків з нижньобічних

відділів грудної клітки, під час вдиху хворого руки масажиста ковзають в напрямку до хребта, а під час видиху – до груднини, при цьому під кінець видиху проводиться стискання грудної клітки (рис. 299). Потім масажист переносить обидві руки до пахвових ділянок і виконує ті ж рухи. Після цього проводиться косий масаж грудної клітки, коли одна рука масажиста (права) розташовується в пахвовій ділянці, друга (ліва) – на нижньобічній ділянці грудної клітки (ближче до діафрагми), і також на висоті вдиху стискається грудна клітка. Потім положення рук міняється. Такі прийоми повторюють 2-3 хв. Щоб хворий не затримував дихання, автор рекомендує подавати йому команди “вдих”, “видих”. Потім хворому дають подихати “животом” та рекомендують покашляти 3-5 разів, фіксуючи рукою оперовану ділянку.



*Рис. 298. Розтирання (розминання) спіралеподібне подушечками пальців м'язів спини в положенні хворого на боці.*



*Рис. 299. Стискання грудної клітки (активація дихання) (В.І. Дубровський, А.В. Дубровська, 2000).*

Масаж живота. Методика масажу значною мірою залежить від місця розтину для проведення оперативного втручання. Масажист однією рукою фіксує операційний шов через пов'язку, іншою – проводить ніжне погладжування пальцями навколо операційної рани, гладження за ходом товстої кишки; розтирання косих м'язів живота. Ніжна лабільна та стабільна вібрація поза місцем розтину. Прийоми не повинні викликати больових відчуттів. Після цього хворому рекомендують статичні та динамічні дихальні вправи середньої глибини. Дихальні вправи треба повторювати 4-5 разів через 15-20 хв. Після цього хворий виконує легке покашлювання, фіксуючи операційний шов рукою. Виділення харкотиння повинно бути безболісним. У наступні дні хворому рекомендують виконувати черевний тип дихання: від ніжного, поверхневого до більш глибокого, фіксуючи при цьому рукою операційний шов.

Масаж нижніх кінцівок. Положення хворого – лежачи на спині, під колінами валик. Обхоплююче погладжування спочатку стегна, потім гомілки обома руками, які рухаються паралельно чи послідовно в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів. Площинне погладжування і гладження тильної та підошової поверхонь стопи у цьому ж напрямку, розтирання прямолінійне та спіралеподібне стопи, гомілки, стегна, спіралеподібне та колове погладжування і розтирання суглобів кінцівки. Поздовжнє та поперечне розминання м'язів кінцівки, потрушування м'язів, стабільна та лабільна вібрація. Закінчують погладжуванням усієї кінцівки.

Масаж верхніх кінцівок. Положення хворого залежить від стану хворого та періоду лікування: спочатку – лежачи, потім – сидячи. Погладжування обхоплююче спочатку плеча, потім передпліччя площинне – кисті в напрямку до пахвових лімфатичних вузлів. Розтирання однією або обома руками, починаючи від кисті. Колове та спіралеподібне погладжування та розтирання суглобів та місць прикріплення м'язів у цих ділянках, особливо звертаючи увагу на плечовий суглоб руки, яка під час оперативного втручання була відведена. Поздовжнє та поперечне розминання м'язів передпліччя та плеча, щипцеподібне – країв кисті, граблеподібне – на долонній поверхні. Потрушування м'язів, лабільна та стабільна вібрація. Закінчують погладжуванням.

**Тривалість** процедури масажу – 15-25 хв. Курс лікування – 7-8 процедур. При необхідності курс лікування може бути продовжений.

Процедура масажу поєднується з дихальними, спеціальними та загальнозміцнювальними (пасивними та активними) вправами. Для попередження утворення злук після операцій на органах черевної порожнини необхідно виконувати вправи з використанням черевного типу дихання та вправи для м'язів передньої черевної стінки, спини. Вихідне положення – лежачи на спині, лежачи на боці, сидячи, стоячи, у віддалений післяопераційний період – і колінно-ліктьове. Хворих навчають самомасажу живота руками, М.І. Коваль. В.В. Клапчук (1995) рекомендують проводити самомасаж живота тенісним м'ячем.

### Масаж після оперативних втручань на органах грудної порожнини

**Завдання** масажу: профілактика ускладнень післяопераційного періоду (ателектази, пневмонії, тромбоемболії), активація легеневого крово- і лімфообігу з метою прискорення розсмоктування транссудату, ексудату, профілактика парезу кишків і сечового міхура, поліпшення прохідності бронхіального дерева, розправлення відділів легені, які залишилися, ліквідація дихальної недостатності, зумовленої виключенням ділянок легеневої тканини з вентиляційного процесу, відновлення рухомості руки на боці операції.

**Показання** до призначення масажу: стан після операцій на органах грудної порожнини.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий загальний стан хворого, лихоманка, значне зміщення середостіння, порушення ритму серцевої діяльності, коронарного чи мозкового кровообігу, гострий період розвитку післяопераційної пневмонії та тромбоемболічних ускладнень, внутрішньогруднинні кровотечі, спонтанний пневмоторакс, емпієма плеври, кровохаркання, післяопераційний гіпоксичний психоз.

**План** масажу. Масаж прихребтових зон  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_1$ ,  $C_7-C_3$  хребців, рефлексогенних зон грудної клітки, шиї, живота, масаж кінцівок.

Методика масажу. Положення хворого – лежачи на спині, на здоровому боці, сидячи. Не рекомендують повертати хворого на бік після операцій на ребрах. При задовільному перебігу післяопераційного періоду в першу добу після операції хворий може повертатись на здоровий бік самостійно, на 2-3 добу масаж спини виконується в положенні хворого сидячи, яке він займає при допомозі масажиста. Масаж прихребтових зон  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_1$ ,  $C_7-C_3$  хребців: площинне погладжування, гладження, розтирання напівколове пальцями та опорною частиною кисті, пиляння, штрихування; граблеподібне погладжування та розтирання міжкостистих проміжків; розминання м'язів ніжним натискуванням та зміщенням, ніжні вібраційні погладжування, стабільна ніжна вібрація в місцях виходу спинномозкових нервів. Масаж в ділянці найширших м'язів спини, трапецієподібного м'яза: погладжування, розтирання, розминання натискуванням, зміщенням, поздовжнє та поперечне розминання країв м'язів, безперервна вібрація. Розтирання граблеподібне міжребрових проміжків, розтирання кінцевими фалангами пальців лопаток, ребрових дуг, гребенів клубових кісток.

Масаж шиї. Обхоплює погладжування задньої та бічних шийних ділянок. Розтирання спіралеподібне потиличної ділянки. Розтирання задньої та бічних шийних ділянок прямолінійним спіралеподібним розтиранням та пилянням. Розминання трапецієподібного м'яза зміщенням, поздовжнім розминанням, груднинно-ключично-соскоподібних м'язів – щипцеподібним розминанням. Погладжування і розтирання пальцями VII шийного хребця та прилеглих тканин.

Масаж передніх та бічних ділянок грудної клітки. Масажист фіксує ділянку післяопераційного шва, розмістивши руку на пов'язці. Погладжування долонною поверхнею кисті, розтирання пальцями груднини та ключиці, груднинно-ребрових суглобів. Погладжування та розтирання пальцями навколо пов'язки, погладжування ділянок вільних від пов'язки в напрямку до пахвових, підключичних лімфатичних вузлів. Розтирання пальцями ребер, граблеподібне розтирання міжреберних проміжків у напрямку до хребта. Розминання натискуванням великих грудних м'язів, країв – поздовжнім розминанням. Розтирання пальцями плечових суглобів та місць прикріплення м'язів, які забезпечують функцію, активні та пасивні рухи. Вібраційне погладжування ділянки грудей, ніжна безперервна вібрація грудної клітки (ділянка операційного шва фіксується рукою), ніжне ритмічне натискування долонею на реброві дуги.

В.І. Дубровський, А.В. Дубровська (2000) рекомендують включати до масажу такі прийоми.

Одна рука масажиста фіксує ділянку післяопераційного шва, друга розташовується на нижньобічному відділі грудної клітки (ближче до діафрагми), і під час вдиху рука ковзає до хребта, а під час видиху виконується стискання грудної клітки. Причому, сила стискання зростає до кінця видиху. Потім руку, яка фіксує операційний шов, переносять на нижньо-бічний відділ грудної клітки і виконують її стискання. Після цього обидві руки переносять до пахвових ямок і проводять ті ж рухи. Потім виконується косий масаж. Одна рука знаходиться в пахвовій ділянці, друга – ближче до діафрагми. Проводиться стискання грудної клітки під час видиху. Потім розміщення рук міняється. Такі прийоми сприяють поглибленню активного дихання. Масаж окремих ділянок проводиться протягом 2-3 хв з інтервалом після кожного прийому 15-30 с. Метою даних прийомів є покращання вентиляції різних відділів легень та полегшування відкашлювання вмісту бронхіального дерева.

Масаж живота. Положення хворого – лежачи на спині. Площинне погладжування долонною та тильною поверхнею кисті навколо пупка за (годинниковою стрілкою, інших ділянок – до пахвових чи пахвинних лімфатичних вузлів; розтирання пересіканням, розминання поздовжнє та поперечне прямих м'язів живота, натискуванням – косих м'язів живота, Ніжна стабільна вібрація ділянки живота. Ніжні циркулярні погладжування та розтирання кінцями пальців по ходу ободової кишки, починаючи з правого бічного боку черевної порожнини. Безперервна вібрація ободової кишки в цьому ж напрямку. Вібраційні погладжування передньої черевної стінки. Закінчують черевним типом дихання.

Масаж нижніх кінцівок, Положення хворого – лежачи на спині, під колінами валик. Обхоплює погладжування стегна, гомілки, стопи – площинне обома руками, які рухаються паралельно або послідовно в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів. Розтирання прямолінійне та



спіралеподібне стопи, гомілки, стегна, спіралеподібне та по колу, погладжування та розтирання суглобів кінцівки. Поздовжнє та поперечне розминання спочатку передньої, потім – задньої групи м'язів кінцівки; потрушування, стабільна та лабільна вібрація. Закінчують погладжуванням усієї кінцівки.

Масаж верхніх кінцівок. Положення хворого залежить від його стану, може бути лежачим чи сидячим. Погладжування охоплює плеча, передпліччя, площинне – кисті в напрямку до пахвових лімфатичних вузлів. Розтирання площинне обома руками, починаючи від кисті. Поздовжнє та поперечне розминання м'язів передпліччя та плеча, щипцеподібне – країв кисті, гребенеподібне – долонної поверхні; потрушування м'язів, лабільна та стабільна вібрація. Закінчують погладжуванням.

**Тривалість** процедури масажу – 15-25 хв. Курс лікування – 7-8 процедур.

Велике значення в попередженні виникнення ранніх післяопераційних ускладнень має поєднання масажу з лікувальною гімнастикою. Зразу ж після зменшення залишкової дії наркозу і пробудження хворому рекомендують статичне діафрагмальне дихання: 8-10 глибоких дихальних рухів щогодини, дуття на легкі підвишені предмети. За умови задовільного стану і самопочуття хворих з наступного дня дозволяється дуги в трубку, занурену в банку з водою та надувати кисневу подушку 8-10 разів на день для прискорення розправлення оперованої легені. Виконують спеціальні дихальні та загальнозміцнювальні вправи 3-5 разів на день.

## 9.9. Масаж при захворюваннях статевої системи

Статеві органи поділяються на чоловічі і жіночі, а також на внутрішні і зовнішні. Основна функція внутрішніх статевих органів – розмноження, тобто утворення і виведення чоловічих та жіночих статевих клітин, виношування плода у жінок і виділення специфічних секретів у чоловіків.

Функція статевих залоз, як і інших залоз, зумовлена станом центральної системи регуляції, станом самих залоз та позазалозовими механізмами їх діяльності.

Порушення функцій статевих залоз може мати функціональний та органічний характер і бути зумовлене як захворюваннями основних ланок їх діяльності, так і іншими захворюваннями (неврози, нервово-психічні розлади, ендокринні, урологічні захворювання, захворювання внутрішніх органів тощо).

**Методичні особливості** масажу.

Незалежно від першопричини та клінічних проявів захворювання масажу підлягають: паравертебральні зони куприкових, крижових, поперекових, нижньогрудних (D12–D10) хребців, сідничні ділянки, живіт.

За показаннями проводять масаж внутрішніх статевих органів, комірцевої зони, внутрішньої поверхні стегна.

### Масаж при розладах статевої діяльності у чоловіків

До внутрішніх чоловічих статевих органів належать: яечко з придатком, сім'яносна протока, сім'яний міхурець, передміхурова залоза та цибулинно-сечівникові залози. До зовнішніх – статевий член та калитка (рис. 300).

У діяльності статевої системи чоловіків виділяють чотири функціональні комплекси (В.І. Дубровський, А.В. Дубровська, 2000):

1. Нейрогуморальний – пов'язаний з діяльністю глибоких структур та всієї системи ендокринних залоз.
2. Психічний – пов'язаний з діяльністю кортикальних систем.
3. Ерекційний – пов'язаний зі спінальними центрами ерекції та їх екстраспінальними відділами.
4. Еякуляторний – анатомо-фізіологічний комплекс, який включає передміхурову залозу з її власним нервовим забезпеченням до парацентральної частини головного мозку.



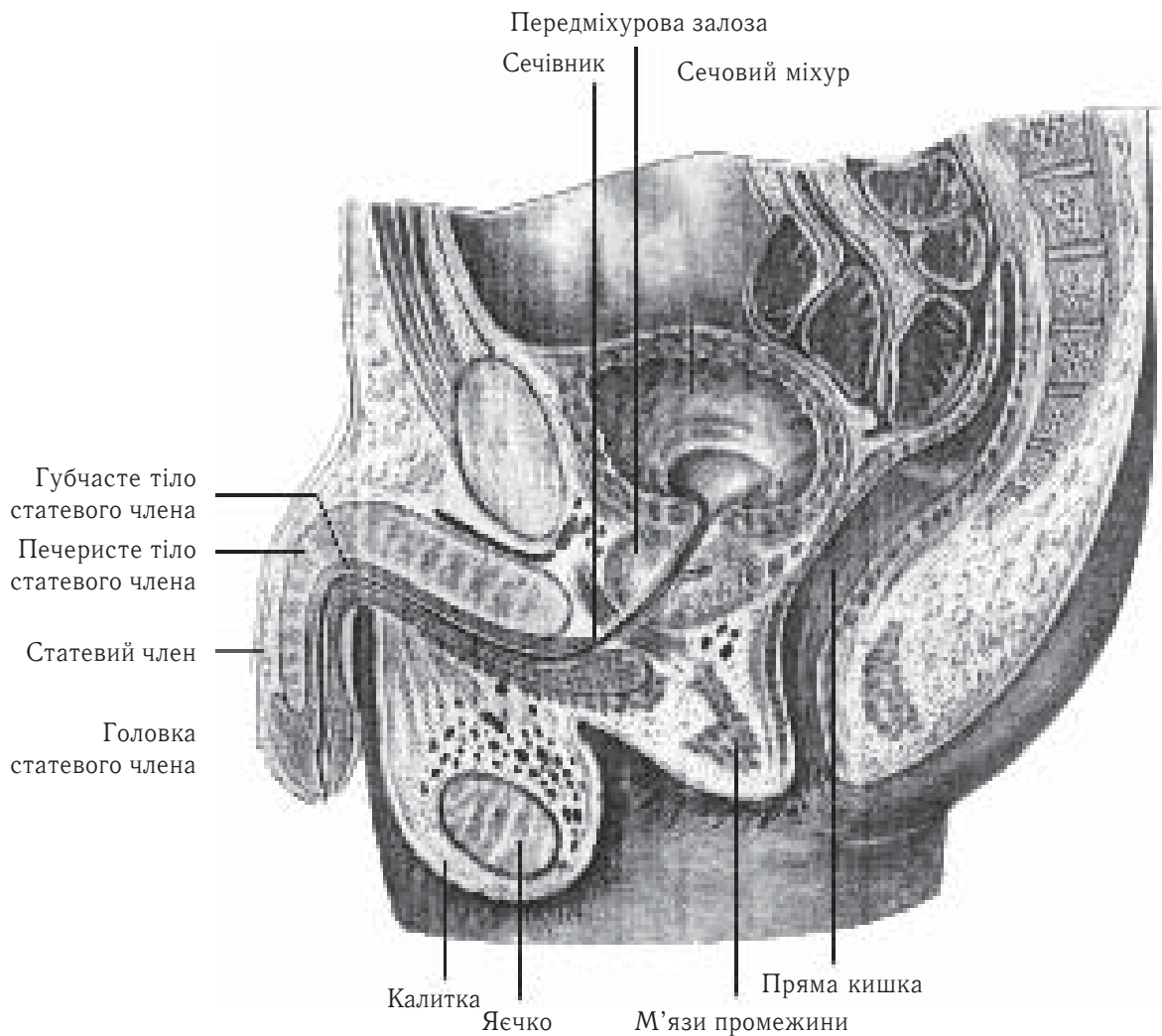


Рис. 300. Чоловічий таз (сагітальний розпил).

Захворювання чоловічої статевої сфери можуть бути результатом запальних, пухлинних процесів і травм. Функціональні порушення статевої функції чоловіків найчастіше мають психогенний характер і зустрічаються при різних формах неврозів.

**Завдання** масажу: нормалізація психоемоційного статусу, функціонального стану соматичної та вегетативної нервової системи; покращання лімфо- та кровопостачання статевих органів, ліквідація застійних явищ в них; прискорення розрешення запальних процесів і попередження виникнення ускладнень; нормалізація ерекції та еякуляції.

**Показання** до призначення масажу: порушення діяльності центральних механізмів регуляції функції статевих залоз; захворювання чоловічих статевих органів; сексуальні розлади у чоловіків, зумовлені психоемоційними причинами, захворюваннями статевих органів, клімаксом.

**Протипоказання** до призначення масажу: захворювання статевих органів інфекційного походження в гострий та підгострий період, туберкульоз статевих органів, гострий цистит, травма яєчка та його придатка при наявності запальних явищ, захворювання прямої кишки, пухлинні захворювання, загальні протипоказання.

**План** масажу: незалежно від першопричини та клінічних проявів захворювання, масажу підлягають: комірцева зона, паравертебральні зони крижових, поперекових, нижньогрудних (D12–D10) хребців, сідничні ділянки, живіт, внутрішні ділянки стегон. При переважанні психоемоційної причини захворювання – масаж голови. За показаннями – масаж статевих органів, найчастіше передміхурової залози, яєчка та його придатків.

**Методика** масажу. Масаж комірцевої зони. Положення хворого – сидячи. Обхоплююче погладжування потиличної ділянки, бічної та задніх шийних ділянок в напрямку до підключичних лімфатичних вузлів. Спіралеподібне розтирання подушечками пальців потиличної ділянки в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня і навпаки. Спіралеподібне та прямолінійне розтирання пальцями, пиляння на задній та бічних шийних ділянках. Щипцеподібне розтирання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів. Розтирання VII шийного хребця спіралеподібними рухами ("сонечком"), від остистого відростка на відстань 2-2,5 см в усіх напрямках. Розминання трапецієподібного м'яза за ходом м'язових волокон: верхніх від каркової лінії до лопаткової ості, нижніх – від остистих відростків грудних хребців до лопаткової ості прийомами натискування, розтягування, зміщення, країв – поздовжнім, поперечним, щипцеподібним розминанням. Закінчують погладжуванням.

Масаж підключичних ділянок: площинне та спіралеподібне погладжування від ключиці до пахових лімфовузлів, розтирання в тих же напрямках, розминання натискуванням, зміщенням. Розтягуванням грудних м'язів. Закінчують погладжуванням.

Масаж голови проводять після масажу комірцевої зони. Площинне та обхоплююче погладжування волосистої частини голови долонними поверхнями кистей, граблеподібне погладжування та розтирання, натискування пальцями. Погладжування пальцями від перенісся догори до волосистої частини голови. Прямолінійне і спіралеподібне погладжування лобової ділянки від середини назовні до скроневих ямок симетричними рухами рук. Натискування подушечками пальців у ділянці лоба. Зміщення шкіри голови в сагітальній площині, розмістивши одну руку на лобовій, другу – на потиличній ділянках, зміщення у фронтальній площині, розмістивши руки на скроневих ділянках. Закінчують обхоплюючим погладжуванням від лобової до потиличної ділянок.

Масаж прихребтових зон крижових, поперекових та нижньогрудних сегментів. Положення хворого – на животі, під гомілковостопними суглобами – валик. Масажують від нижче- до вищерозміщених сегментів. Площинне погладжування, розтирання напівколове подушечками пальців, граблеподібне, кулаком, штрихування; спіралеподібне розтирання остистих відростків, граблеподібне – міжостистих проміжків; розминання натискуванням, зміщенням; вібраційні погладжування, стабільна вібрація в місцях виходу нервів.

Масаж сідничних ділянок: поверхневе та глибоке погладжування; розтирання м'язів прийомами пиляння, пересікання, штрихування; поздовжнє поперечне розминання гребенеподібне розминання, зміщення, натискування однією та обтяженою рукою; безперервна стабільна та лабільна вібрація, потрушування м'язів. Розтирання гребенів клубових кісток кінчиками пальців.

Масаж задньої стегнової ділянки. Положення хворого – на животі. Погладжування площинне та обхоплююче, поверхневе та глибоке. Розтирання площинне долонями, спіралеподібне розтирання стегна опорною частиною кисті. Розминання поздовжнє та поперечне, стискання ваяння. Потрушування м'язів заднього відділу стегна.

Масаж живота. Положення хворого – на спині, під колінами – валик. Площинне поверхневе погладжування навколо пупка за ходом годинникової стрілки подушечками пальців, долонею. Погладжування долонною поверхнею кисті всієї поверхні живота. Поверхневе та глибоке циркулярне розтирання пальцями, опорною частиною кисті, граблеподібне. За наявності значних відкладень жиру використовують допоміжні прийоми: пиляння та пересікання, які виконують знизу догори, зверху вниз, справа наліво. Розтирання кінцями пальців окістя лобкової кістки. Розминання м'язів: наочування, поперечне розминання обома руками прямих м'язів живота в напрямку від лобкової кістки догори. Масаж зовнішніх косих м'язів живота: захопивши їх руками або натиснувши на них, зміщують, розтягують, починаючи від місць початку (нижніх ребер) далі за ходом м'язових волокон, які переходять в апоневроз. Верхні і середні волокна масажують в напрямку до прямих м'язів живота, нижні пучки – до передньої верхньої клубової ості та лобкового горбка. Необхідно пам'ятати, що нижні пучки апоневроза зовнішнього косого м'яза живота направляються вниз і дозад, утворюючи пахвинну зв'язку, ближче до середини волокна її розходяться, утворюючи присередню і бічну ніжки. Бічна та присередня ніжки разом з прилеглими зв'язками обмежують поверхневе пахвинне кільце, крізь яке у чоловіків проходить сім'яний канатик, у жінок – кругла зв'язка матки. Тому масаж зовнішнього косого

м'яза живота проводять ніжно, не допускаючи інтенсивних впливів. Закінчують розтиранням місць прикріплення м'язів до симфізу та лобкового горбка.

Масаж передньої стегнової ділянки та стегового трикутника. Погладжування площинне та обхоплююче, поверхнєве та глибоке всією долонною поверхнею обох кистей, одночасними чи послідовними рухами рук. Напрямок рухів: від колінного суглоба до пахвинної складки на передній поверхні стегна і до лобкової кістки – на внутрішній. Розтирання всією долонею, обтяженою кистю, гребенеподібно. Розминання поздовжнє однією та двома руками, поперечне; натискування кулаком, обтяженою кистю; граблеподібне розминання, валяння, стискання. Спірале-подібне розтирання окістя лобкової кістки. Лабільна безперервна вібрація, потрушування м'язів. Закінчують погладжуванням всього стегна.

Інтенсивні прийоми масажу сідничної ділянки, стегна, в тому числі переривчастої вібрації, використовують найчастіше при порушеннях ерекції та еякуляції. Заспокійливу методику масажу застосовують при спінальній формі імпотенції. При клімаксі методика зележить від клінічних проявів захворювання.

Масаж статевих органів. Масаж передміхурової залози найчастіше використовується при хронічних простатитах, що можуть виникати як в результаті інфекційних хвороб, так і без інфекції (на ґрунті надмірного статевого життя або, навпаки, статевого стримання). Мета масажу: поліпшення кровопостачання залози, видалення патологічного секрету. Починають масаж після зникнення гострих явищ, нормалізації температури, коли друга порція сечі стала прозорою. Масаж при хронічному гонорейному простатиті призначати не рекомендують або ж проводять обережно, щоб не викликати рецидиву хвороби. Положення хворого – колінно-ліктьове або лежачи на боці. Бажано масажувати при наповненому сечовому міхурі, щоб легше наблизити простату до масуючого пальця, а після масажу струменем сечі видалити витиснутий з простати патологічний секрет. Надягнувши резинову рукавичку на праву руку, змазують вазеліном вказівний палець і повільно вводять його в пряму кишку. Масажують дольки передміхурової залози: перші процедури – лише поверхневим погладжуванням зверху і ззовні до медіальної лінії. При наступних процедурах сила натискування поступово збільшується: якщо консистенція залози м'яка – сила натискування незначна, якщо щільна – більш енергійно, якщо нерівномірної консистенції – вплив підсилюється на щільних і послаблюється на м'яких ділянках. Масаж, як правило, повинен бути не болючим. Тривалість масажу – 2-5 хв. Після масажу хворий повинен помочитися. Бажано направити цю сечу на аналіз для контролю динаміки процесу.

Масаж яєчка та над'яєчка. Мета масажу – покращити лімфо- і кровообіг, зменшити застій та больовий синдром, покращити скоротливу функцію м'язів. У випадках травми – при відсутності загальних протипоказань – масаж можна починати з першого дня. Положення хворого – лежачи на спині. Масажист однією рукою фіксує хворе яєчко, другою – масажує сім'яний канатик легким погладжуванням та розтиранням в напрямку від верхнього полюса яєчка до над'яєчка. Масаж над'яєчка прийомами обхоплюючого погладжування та разтирання в напрямку до сім'яного канатика. Обхоплююче погладжування та ніжне розтирання подушечками пальців яєчка, напрямок рухів – також до сім'яного канатика. Тривалість – 1-2 хв. Важливе значення в прискоренні видужання відіграє психогенний фактор. Масажист повинен намагатися переконати хворого в можливості якнайшвидшого видужання за умови виконання всіх вимог лікування.

**Тривалість** процедури – 15-20 хв. Курс лікування – 12-15 процедур.

### **Масаж при захворюваннях жіночої статевої системи**

До внутрішніх жіночих статевих органів належать яєчники, матка, маткові труби, над'яєчники, приєчники та піхва. Їх функція полягає у забезпеченні дозрівання жіночих статевих клітин, розвитку та виношуванні плода. До зовнішніх статевих органів належить великі й малі соромітні губи та клітор (рис. 301, 302).

Захворювання жіночої статевої системи зумовлені ендокринними розладами, затримкою статевого розвитку, запальними та злоякісними захворюваннями статевих органів, порушенням менструального циклу. Всі ці причини між собою взаємопов'язані. Причини ендокринних розладів описані на початку розділу.

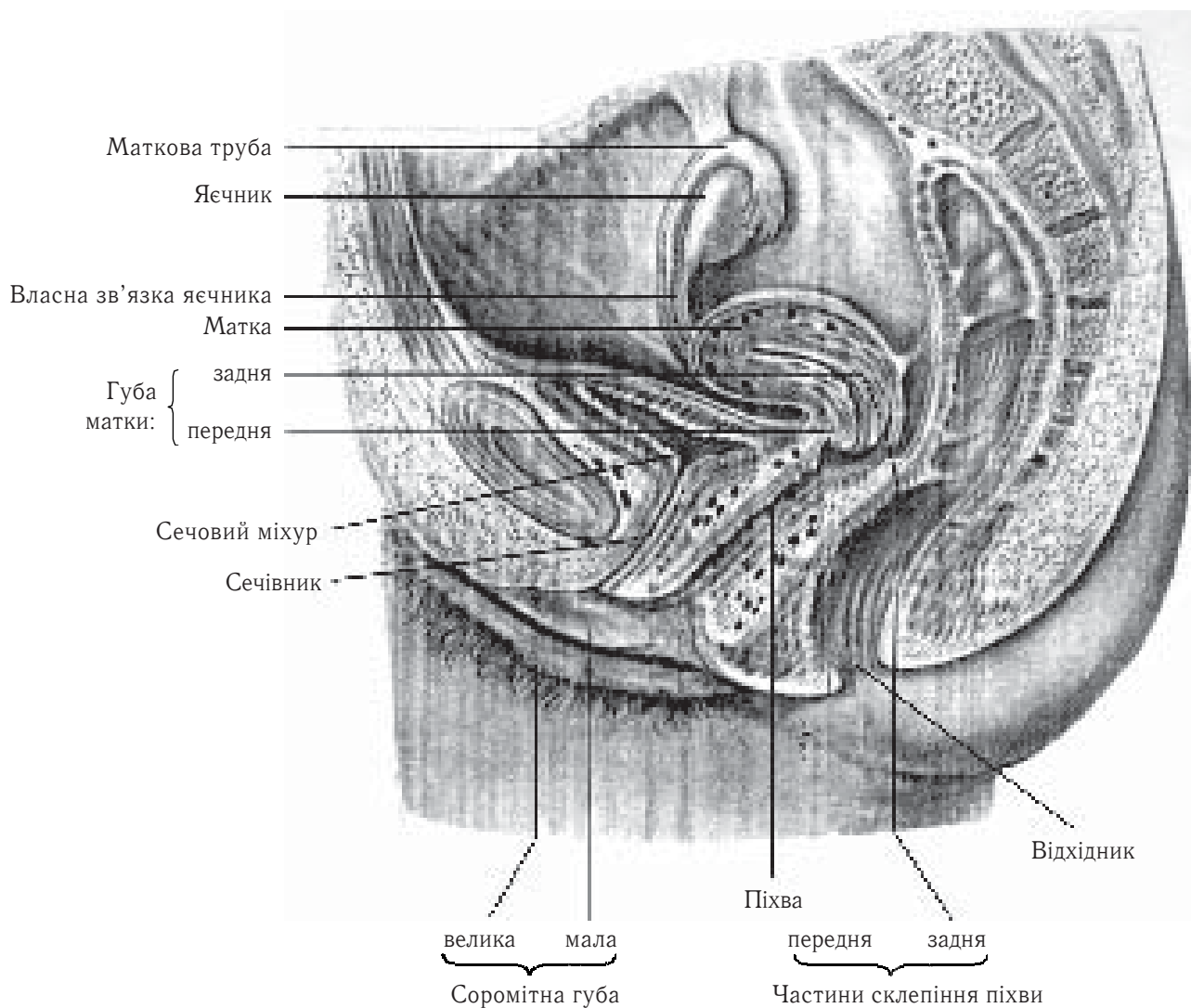


Рис. 301. Жіночий таз (сагітальний розпил).

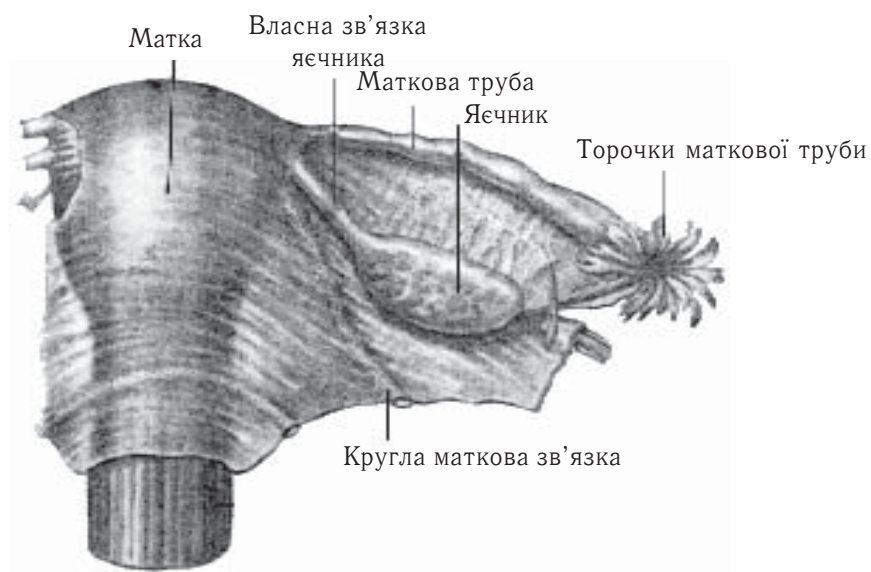


Рис. 302. Матка і маткова труба.

Затримка статевого розвитку. В нормі статеве дозрівання у жінок відбувається у віці 9-14 років. Затримка статевої зрілості супроводжується недорозвитком вторинних статевих ознак. Матка, вагіна, маткові труби, молочні залози залишаються недорозвиненими, їх функція порушується. Недорозвиток вторинних статевих ознак в поєднанні з відставанням загального фізичного розвитку визначається як інфантилізм. Інфантилізм звичайно є результатом недостатності функції гіпофіза, який не продукує не тільки гонадотропінів, але і інших тропних гормонів, у результаті чого затримується ріст і відзначається гіпофункція надниркових та щитоподібної залоз. Якщо має місце недорозвиток статевої системи, то це, в першу чергу зумовлено недостатністю гонадотропіну, нечутливістю яєчників до цих гормонів або пошкодженням тканин яєчників.

Місячний (менструальний) цикл у жінок – складний фізіологічний процес, в регуляції якого беруть участь соматична, вегетативна нервова та ендокринна системи. Менструальний цикл у фізіологічних умовах є регулярним, що зумовлено циклічністю функції гіпофізарно-оваріальної системи. Однак можливі розлади її діяльності. Розлади менструального циклу можуть проявлятися відсутністю, рідкими чи частими менструаціями зменшенню чи надмірною кількістю виділень, болем. Ефективним методом лікування захворювань жіночої статевої системи є масаж.

**Завдання масажу:** нормалізація функціонального стану ендокринної, соматичної та вегетативної нервової систем, психоемоційного стану; покращання загального стану хворої, крово- та лімфообігу в органах малого таза, зменшення застійних явищ в них; нормалізація тонусу гладкої мускулатури матки та її підтримуючого апарату (тазове дно, тазова діафрагма, сечо-статева діафрагма); розтягнення та розсмоктування злук, сполучнотканинних зрощень зв'язкового апарату матки; стимуляція лактації, збільшення лактації, профілактика та зменшення лактостазу.

**Показання** до призначення масажу: безплідність, неправильне положення матки, зумовлене сполучнотканинними та рубцевими змінами, утвореними після перенесених запальних процесів очеревини, малого таза та зв'язкового апарату; опущення матки, недорозвиток матки; болючі місячні; недостатня лактація, лактостаз та ін.

**Протипоказання** до призначення масажу: наявність місячних, підвищення температури вище субфебрильних цифр, збільшення ШОЕ (більше 20 мм за 1 год), всі форми гострого та підгострого запалення зовнішніх та внутрішніх статевих органів, гнійні процеси, гонорея, трихомоніаз, туберкульоз, онкологічні та передпухлинні захворювання, ерозія шийки матки, тромбофлебіт тазових вен, вагітність чи підозра на неї, уроджене неправильне положення матки, лактація (без відповідних показань до масажу), післяродовий та післяабортний періоди (2-3 місяці).

**План масажу.** Масаж паравертебральних зон S5–S1; L5–L1 хребців; рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з внутрішніми статевими органами (ділянки крижової та куприкової кісток, сідничні ділянки з обов'язковим масажем гребенів клубових кісток; передня черевна стінка, стегна). При необхідності проводять масаж комірцевої зони, гінекологічний масаж (масаж внутрішніх статевих органів).

**Методика** масажу. Положення хворої – лежачи на животі, під стопами – валик. Масаж прихребтових зон: куприкових, крижових, поперекових ділянок проводиться від нижче- до вище розміщених. Площинне погладжування; розтирання напівколове кінцями пальців, гребеноподібне, кулаком, штрихування; спіралеподібне розтирання остистих відростків, граблеподібне – міжкостистих проміжків; розминання натискуванням, зміщенням, гребеноподібно; стабільна вібрація в місцях виходу спинномозкових нервів, лабільна вібрація, вібраційне погладжування.

Масаж сідничних ділянок: поверхнєве та глибоке погладжування; розтирання м'язів прийомом пиляння, пересікання, штрихування; позожне та поперечне розминання, гребеноподібне розминання, зміщення, натискування пальцями, кулаком, обтяженою кистю; безперервна лабільна та стабільна вібрація, потрушування м'язів. Розтирання гребенів клубових кісток пальцями.

Масаж задньої стегнової ділянки. Положення хворої – лежачи на животі. Погладжування поверхнєве та глибоке, площинне та обхоплююче в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів; розтирання прямолінійне долонними поверхнями кистей, спіралеподібне розтирання опорною частиною кисті, гребеноподібне розтирання; розминання позожне та поперечне, стискання, валяння; стабільна та лабільна вібрація, потрушування м'язів. Закінчують погладжуванням.



Масаж живота. Положення хворої – на спині, під колінами валик. Площинне поверхнєве та глибоке погладжування навколо пупка за ходом годинникової стрілки пальцями, всією долонею; спіралеподібне погладжування всієї поверхні передньої черевної стінки. Поверхнєве та глибоке спіралеподібне розтирання пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібне розтирання, пиляння, пересікання. Розминання накочуванням, поздовжнє та поперечне, розминання обома руками прямих м'язів живота в напрямку від мечоподібного відростка до лобкової кістки, закінчують розтиранням лобкової кістки. Розминання зовнішніх косих м'язів живота поперечним розминанням чи натискуванням та зміщенням від нижніх ребер до передньої верхньої ості та лобкового горбка, закінчують розтиранням місць прикріплення м'язів.

Масаж передньої стегнової ділянки та стегового трикутника: погладжування поверхнєве та глибоке, площинне та обхоплююче від колінного суглоба до пахвинної ділянки одночасними чи послідовними руками рук. Розтирання долонними поверхнями кистей поздовжнє і поперечне, спіралеподібне розтирання опорною частиною кисті, гребенеподібне розтирання, пиляння. Розминання м'язів поздовжнє та поперечне, гребенеподібне, валяння, стискання. При розминанні м'язів присереднього відділу стегна масаж проводиться від колінного суглоба до лобкової кістки зі спіралеподібним розтиранням її окістя. Закінчують погладжуванням всього стегна.

Для масажу внутрішніх статевих органів жінки використовується гінекологічний масаж. Вимоги до проведення гінекологічного масажу:

- масаж повинен проводити лікар-гінеколог, який володіє масажем, або масажист, який пройшов спеціальну підготовку в акушерсько-гінекологічних закладах;

- масаж повинен проводитись після ретельного обстеження жінки гінекологом з метою визначення положення матки, її рухомості в різних напрямках, стану крижово-маткових зв'язок, болючих місць, злук, виключення протипоказань до масажу;

- перед початком масажу жінка повинна помочитися та випорожнити пряму кишку, помити теплою водою зовнішні статеві органи;

- найзручніше масаж проводити на гінекологічному кріслі або на спеціальній масажній кушетці, що сприяє максимальному розслабленню передньої черевної стінки та м'язів тазового дна;

- масаж повинен проводитись ніжно, м'яко, обережно, не спричиняючи болю;

- під час масажу масажист повинен слідкувати за станом жінки: напруження м'язів та зміна міміки обличчя свідчать про появу больового синдрому, що вимагає зниження інтенсивності масажу;

- руки масажиста повинні бути добре вимиті, в гумовій рукавичці;

- техніка масажу значною мірою залежить від його мети, що зумовлена самим захворюванням;

- гінекологічний масаж проводиться двома руками: пальці однієї руки (вказівний та середній) вводять у піхву, вони працюють з боку піхви, порожнини малого таза, друга рука розміщується на максимально розслабленій передній черевній стінці;

- протипоказаннями до призначення гінекологічного масажу є підвищення температури тіла та збільшення ШОЕ; наявність виділень з піхви, ерозія шийки матки, клімактеричний період, загальні протипоказання.

### **Масаж при сполучнотканинних зрощеннях зв'язкового апарату матки**

**Завдання** масажу: прискорення розсмоктування зрощень зв'язкового апарату матки, зменшення застійних явищ в органах малого таза, покращання кровопостачання в них.

**План** масажу: масаж прихребтових зон ( $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ) хребців та рефлексогенних зон, сегментарно пов'язаних з внутрішніми статевими органами, гінекологічний масаж.

**Методика** масажу. Масаж прихребтових та рефлексогенних зон проводиться за методикою, описаною на початку розділу.

Гінекологічний масаж. Положення хворої – на гінекологічному кріслі з максимально розслабленими м'язами передньої черевної стінки та промежини. Положення масажиста – як при гінекологічному обстеженні. Положення рук масажиста: вказівний та середній палець правої руки обережно вводять в задне склепіння піхви, при цьому великий палець направлений до симфізу,



безіменний та мізинець притиснуті до долоні, тильний бік їх фаланг упирається в промежину; ліва рука – на передній черевній стінці, в ділянці проекції дна матки. Ліва рука проводить легкі погладжуючі рухи в ділянці матки, дещо позаду неї, поступово заглиблюється в глибину малого таза, до дна матки, а дійшовши до нього – фіксує її в положенні, протилежному вкороченому рубцями периметрію. В цей час пальці правої руки переміщуються в протилежний бік і долонною поверхнею 2-3 пальців виконують розтирання, розминання натискуванням, розтягуванням, зміщенням вкорочених крижово-маткових круглих та широких маткових зв'язок. Залежно від ступеня зрощення та від реакції хворої, в такому положенні матку утримують від 30 с і більше, повторюючи 3-4 рази на початку лікування. Поступово доводять до 10-12 повторювань протягом однієї процедури.

При розтягуванні зрощень точкою опори є матка, яка фіксується пальцями внутрішньої руки. Розтягування рубців та злук повинно проводитись дуже обережно, поступово, ніжно, без поштовхів, особливо при звільненні яєчників від рубців.

Гінекологічний масаж триває 5-8 хв.

**Тривалість** процедури – 15-20 хв. Курс лікування – 15-20 процедур. При необхідності курс повторюють. Ефективним є поєднання масажу з лікувальною фізкультурою та фізіотерапевтичними засобами.

### **Масаж при ретрофлексії матки**

Ретрофлексія матки – одна з найбільш поширених форм її зміщення, при якій тіло матки відхиляється назад, а піхвова частина – обернена вперед, утворюючи гострий кут, відкритий назад. Зміна положення матки може бути результатом уродженої патології, гіпофункції яєчника, зниження тонуусу матки та її зв'язкового апарату, запальних процесів у ділянці крижово-маткових зв'язок, ослаблення організму. Ретрофлексія матки може бути рухомою або нерухомою, прикріпленою злуками до сусідніх органів, найчастіше – до очеревини та прямої кишки.

**Завдання** масажу: нормалізація положення матки, прискорення розсмоктування злук, підвищення тонуусу матки та її зв'язкового апарату, покращення крово- та лімфообігу в органах малого таза.

**План** масажу: масаж паравертебральних зон  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L1$  хребців та рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з внутрішніми статевими органами, гінекологічний масаж.

**Методика** масажу. Масаж паравертебральних та рефлексогенних зон проводять за методикою, описаною на початку розділу.

Гінекологічний масаж. При фіксованому загині матки необхідно спочатку позбутись зрощень. Для цього хвора на масажній кушетці займає колінно-ліктьове положення. Масаж проводиться двома руками. II-III пальці лівої руки, введені в піхву, обережно переміщують матку в її фізіологічне положення. У цей час зовнішня рука розміщується на передній черевній стінці і, виконуючи колові погладжуючі рухи, проникає в глибину таза, досягнувши матки, проводить її розтирання та розминання. Внутрішня рука утримує матку у фізіологічному положенні 10-15 с, потім – повільно відпускає її, повторюючи прийом 3-5 разів протягом процедури.

**Тривалість** гінекологічного масажу – 3-5 хв, всієї процедури масажу – 10-15 хв. Курс лікування – 10-15 процедур. При необхідності – курс повторюють. Ефективним є поєднання з лікувальною фізкультурою та фізіотерапевтичними засобами.

### **Масаж при безплідності**

Безплідність може бути результатом інфантилізму, захворювань залоз внутрішньої секреції, запальних захворювань внутрішніх статевих органів (у першу чергу маткових труб), які призводять до утворення злук, рубців, неправильного положення матки, опущення внутрішніх статевих органів.

**Завдання** масажу: нормалізація психоемоційного стану, вегетативної нервової, ендокринної систем, кровопостачання в органах малого таза, зменшення застійних явищ в них, прискорення розсмоктування злук, сполучнотканинних зрощень зв'язкового апарату матки.

**План** масажу: комірцева зона, паравертибральні та рефлексогенні зони, сегментарно пов'язані з внутрішніми статевими органами ( $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$  спинномозкових сегментів); гінекологічний масаж.

**Методика** масажу. Масаж комірцевої зони проводять за загальноприйнятою методикою. Методика масажу паравертебральних та рефлексогенних зон описана на початку розділу.

Гінекологічний масаж передбачає бімануальний стимулюючий масаж внутрішніх статевих органів, спрямований на поліпшення кровопостачання, зменшення застійних явищ, розсмоктування зрощень, злук та рубців. Методика масажу описана вище.

**Тривалість** гінекологічного масажу – 3-5 хв. Загальна тривалість процедури – 15-20 хв. Курс лікування – 20-30 процедур 2-4 рази на рік.

### **Масаж при болючих місячних**

Місячний (менструальний) цикл у жінок нерідко супроводжується болем. Звичайно біль виникає до початку менструації і продовжується протягом одного або декількох днів. Інтенсивність болю може бути різною: від незначного, ниючого, непостійного до надзвичайно сильного, нестерпного, що робить жінку непрацездатною. Біль найчастіше виникає внизу живота, в крижах, може супроводжуватись головним болем, нудотою, підвищеною пітливістю, спастичними закрепками.

До призначення масажу жінка повинна бути обстежена гінекологом з метою визначення причин болю. Біль може виникати в результаті нервово-психічних розладів; порушення функції діенцефального відділу головного мозку та гіпофіза, що призводить до порушення функціонального стану системи гіпоталамус-гіпофіз-надниркові залози; порушення функції надниркових залоз.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану ендокринної, соматичної та вегетативної нервової систем, зниження тону м'язової мускулатури матки та сегментарно зв'язаних з нею покривних тканин.

**План** масажу: масаж комірцевої зони, паравертебральних та рефлексогенних зон, сегментарно пов'язаних з внутрішніми статевими органами: паравертебральних зон крижових, поперекових сегментів; поперекових, крижових, куприкових ділянок, сідниць, гребенів клубових кісток, ділянок живота та стегон.

**Методика** масажу. Масаж призначається за 5 днів до початку місячних. Під час місячних масаж не проводиться. Проводиться за заспокійливою методикою. Техніка масажу описана на початку розділу. Тонізуючі прийоми розтирання, розминання, переривчаста вібрація не показані. З успіхом використовують масаж біологічноактивних точок.

**Тривалість** процедури – 10-15 хвилин щоденно до початку місячних.

### **Масаж у клімактеричний період**

Клімакс – перехідний період від статевої зрілості до припинення місячних. Спостерігається між 45-50 роками. Жінки по-різному переносять цей період: 70 % – легко, без ускладнень; приблизно у 20 % клімактеричні симптоми виражені незначно; у 10 % жінок – виражені різко. Клімактеричний синдром може виникнути внаслідок гінекологічних операцій (видалення яєчників). Найбільш характерним для патологічного перебігу клімактеричного періоду є клімактеричний невроз. Це порушення сну, припливи відчуття жару, пітливість, підвищена збудливість, транзиторна гіпертонія та ін.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану ендокринної соматичної та вегетативної нервової систем, психоемоційного стану, крово- та лімфообігу, обмінних, трофічних процесів, сну.

**Показання** до призначення масажу: клімактеричний невроз.

**Протипоказання** до призначення масажу: різко виражений клімактеричний невроз. Місячні (регулярні чи нерегулярні) є протипоказанням для масажу паравертебральних та рефлексогенних зон, пов'язаних з внутрішніми статевими органами (щоб не викликати кровотечі). Гінекологічний масаж у клімактеричний період та в період менопаузи не показаний.

**План** масажу. Масаж комірцевої зони, голови, спини, дихальної мускулатури.

**Методика** масажу. Масаж комірцевої зони, голови, спини та дихальної мускулатури проводиться за заспокійливою методикою. Техніка масажу описана на початку розділу.

**Тривалість** процедури – 15-20 хв. Курс лікування – 15-20 процедур, при необхідності повторюють.

Ефективним є поєднання масажу з лікувальною фізкультурою (гімнастичні вправи, піші прогулянки, загартовуючі процедури та ін.) та фізіотерапевтичними процедурами.

### Масаж в період лактації

Лактація (виділення молока грудною, рис. 303) – складний нейрогуморальний процес в регуляції якого центральну роль відводять гіпоталамусу та гіпофізу. Після пологів збільшення секреції молочної залози відбувається по різному. В одних випадках збільшення молока відбувається поступово, на 4-5 день досягає великої інтенсивності. В інших – прилив молока відбувається несподівано, бурхливо: на 3-4 день після пологів груді протягом декількох годин стають твердими, збільшуються в об'ємі; через блискучу напружену шкіру просвічуються розширені вени, появляється сильний біль, підвищується температура. Такий стан продовжується 1-2 дні, після чого, якщо грудь добре випорожнюється, встановлюється нормальна лактація. Інколи спостерігається пізніє виділення молока: кінець першого і навіть початок другого тижня. З моменту появи молока секреція поступово і безперервно збільшується, досягаючи максимуму між 10 та 20 тижнями, і залишається на цій висоті до закінчення лактаційного періоду. Тривалість лактації і кількість молока коливаються в широких межах і залежать від індивідуальних особливостей матері та її грудної залози, харчування, способу життя та від того, як довго мати годує дитину грудьми.

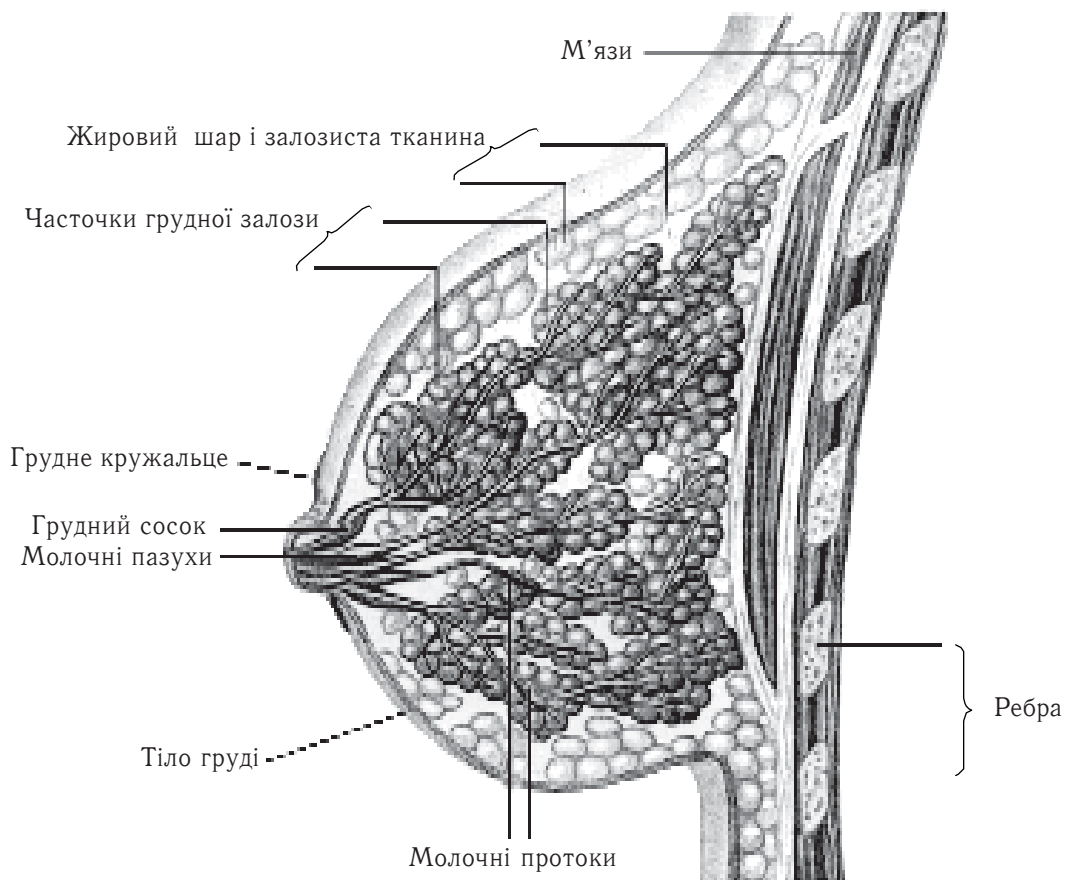


Рис. 303. Грудь в період лактації.

До процесу лактації та профілактики лактостазів, утворення тріщин сосків жінка повинна готуватися ще під час вагітності. При проходженні психопрофілактичної підготовки жінку вчать масажувати груді, відтягувати та загартовувати соски, готуватися психологічно до годування дитини.

Значний вплив на процес лактації має масаж. Він підсилює ріст і розвиток часточок та часток грудної залози залози, покращує крово- та лімфотік в них (рис. 142), сприяє подразненню рецепторів груді, імпульси від яких надходять в головний мозок (гіпоталамус) і викликають збільшений викид у кров гормонів, що стимулюють лактацію.

**Завдання** масажу. В період годування дитини масаж може проводитись:

- а) для стимуляції лактації;
- б) для профілактики маститів;
- в) для зменшення лактостазу.

**Показання** до призначення масажу. Масаж призначається з перших днів годування. Груді повинні бути чистими, руки – вимитими з милом.

**Протипоказання** до призначення масажу. Підвищення температури вище субфебрильних цифр, збільшення ШОЕ (більше 20 мм/год), всі форми гострого запалення зовнішніх і внутрішніх статевих органів, затримка виділення лохій після пологів, загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж комірцевої зони, прихребтових зон  $D_3$ – $D_6$  хребців, грудей.

**Методика** масажу. Методика масажу прихребтових зон та комірцевої зони описана на початку розділу.

Методика масажу груді залежить від його завдань. Масаж груді може проводитись масажистом і самою жінкою (у випадках проходження психопрофілактичної підготовки під час вагітності чи спеціального інструктажу лікарем чи масажистом). Масаж проводиться після годування дитини, щоденно, по декілька разів на день.

### **Масаж для стимуляції лактації та профілактики лактостазу**

**Завдання** масажу: стимуляція лактації та профілактика лактостазу.

**План** масажу: масаж комірцевої зони, паравертебральних зон  $D_3$ – $D_6$  хребців, грудей.

**Методика** масажу. Методика масажу паравертебральних зон та комірцевої зони описана на початку розділу.

Масаж груді. Проводиться масажистом у положенні жінки лежачи. Лінійне та спіралеподібне погладжування, потім розтирання ніжними рівномірними рухами руки по колу, починаючи від основи, поступово наближаючись до грудного кружальця. Спочатку рухи ніжні, повільні. При повторному розтиранні груді швидкість рухів поступово збільшується. Розминання натискуванням зі спіралеподібним заглибленням пальців у тканину груді та стисканням її між пальцями і грудною кліткою або розміщеною знизу рукою. Напрямок рухів при розминанні – радіальний – від периферії до соска і навпаки. Верхівки соска торкатись не рекомендується (щоб не інфікувати грудь). Спочатку розминання проводять легко, потім поступово глибина, сила натискування та швидкість рухів дещо збільшуються, не допускаючи виникнення болю. Стискання груді між обома руками, ніжне поколювання та віджимання її з метою виділення грудного молока, яке залишилося після годування. Закінчують погладжуванням коловими рухами від основи до грудного кружальця. Сама жінка може проводити масаж в положенні сидячи.

**Тривалість** масажу при відсутності лактостазу – 5-7 хв після годування дитини, проводять по декілька разів на день.

### **Масаж при лактостазах**

При лактостазах звертає на себе увагу збільшення розмірів груді, наявність болючих ущільнень, може бути болючою вся грудь, страждає загальний стан.

**Завдання** масажу: прискорити видалення молока з молочної залози, покращити прохідність молочних проток.

**План** масажу. Масажу підлягають паравертебральні зони  $D_3-D_6$  хребців, уражена грудь, нерідко обидві. Процедура масажу молочної залози умовно поділяється на два етапи. На першому з них проводиться масаж молочної груді з метою зменшення больового синдрому та прискорення видалення молока. На другому проводиться масаж ущільнених часток грудної залози з їх молочними протоками – з метою видалення вмісту.

**Методика** масажу. Масаж прихребтових зон проводять за вищеописаною методикою.

Масаж груді. На першому етапі з метою зменшення больового синдрому проводять прямо-лінійне та спіралеподібне поверхнєве потім більш глибоке погладжування груді, починаючи від периферії, від її основи, де болючість відсутня або мінімальна. Рухаючись по колу, в міру зменшення больового синдрому, кисті поступово в повільному темпі наближаються до грудного кружальця протягом (5-7 хв). Повторюють таке проходження 2-3 рази і більше, поки не зменшиться болючість залози. Погладжування супроводжується періодичним віджиманням секрету з безболісних ділянок залози.

Після зменшення болю виконується циркулярне поверхнєве потім більш глибоке розтирання, після чого проводять розминання ніжним натискуванням з подальшим віджиманням секрету (грудного молока). Починають з ходів, розміщених ближче до грудного кружальця. У міру видалення молока з центральніше розміщених часточок, руки переміщують до периферії, обминаючи болючі ущільнення. Розм'якшивши таким грудь та виділивши з неї молоко, приступають до масажу ущільнень.

Масаж ущільнених часток грудної залози з їх молочними протоками. Окремі молочні протоки при лактостазах пальпуються у вигляді щільних тяжів, розміщених між ущільненням та соском. Починають з менш болючих. Ніжними спіралеподібними натискуваннями розминають щільні тяжі, починаючи від грудного кружальця і віджимаючи з них молоко. У міру розслаблення та відновлення прохідності рука поступово переміщується до початку молочної протоки і доходить до самої ущільненої частки, молочна протока якої розслаблена і вміст її видалений.

Масаж ущільнених часток грудної залози. Починаючи з поверхневого розтирання, поступово переходять до глибокого розтирання та поверхневого і глибокого розминання натискуванням. У міру розслаблення більш поверхневих шарів заглиблюються пальцями в ущільнення і ніжно розминають його. При вдалому масажі натискування в ділянці ущільнення буде сприяти виділенню із сосків більшої чи меншої кількості (нерідко густого) молока.

Закінчують розтиранням та погладжуванням уже не болючої, звільненої від молока залози. Правильно проведена процедура масажу не повинна викликати болю. Нерідко втомлена від болю жінка під час масажу може і заснути.

Для попередження інфікування масаж повинен проводитись чисто вимитими з милом та продезінфікованими руками. Молоко, яке виділилось під час масажу, промокати стерильною серветкою поза соском.

**Тривалість** процедури – 15-20 хв, а інколи і більше – 1-1,5 год, з перервою для відпочинку пацієнта і масажиста. Курс лікування залежить від ступеня лактостазу.

## 9.10. Масаж в урології

В урології найчастіше масаж використовується при опущенні нирки (рис. 304).

### Масаж при опущенні нирки

Відносно скелета нирка займає рівень чотирьох хребців: XII грудного, I, II, III поперекових. Задня поверхня її прилягає до задньої черевної стінки. Це рухомий орган, який може переміщуватись при диханні, зміні положення тіла, фізичному навантаженні, стрибках. У результаті послаблення зв'язкового апарату нирки, зменшення жирової капсули при різкому схудненні, після травм поперекової ділянки, падіння з висоти та ін. травмована нирка може набувати патологічної рухомості.



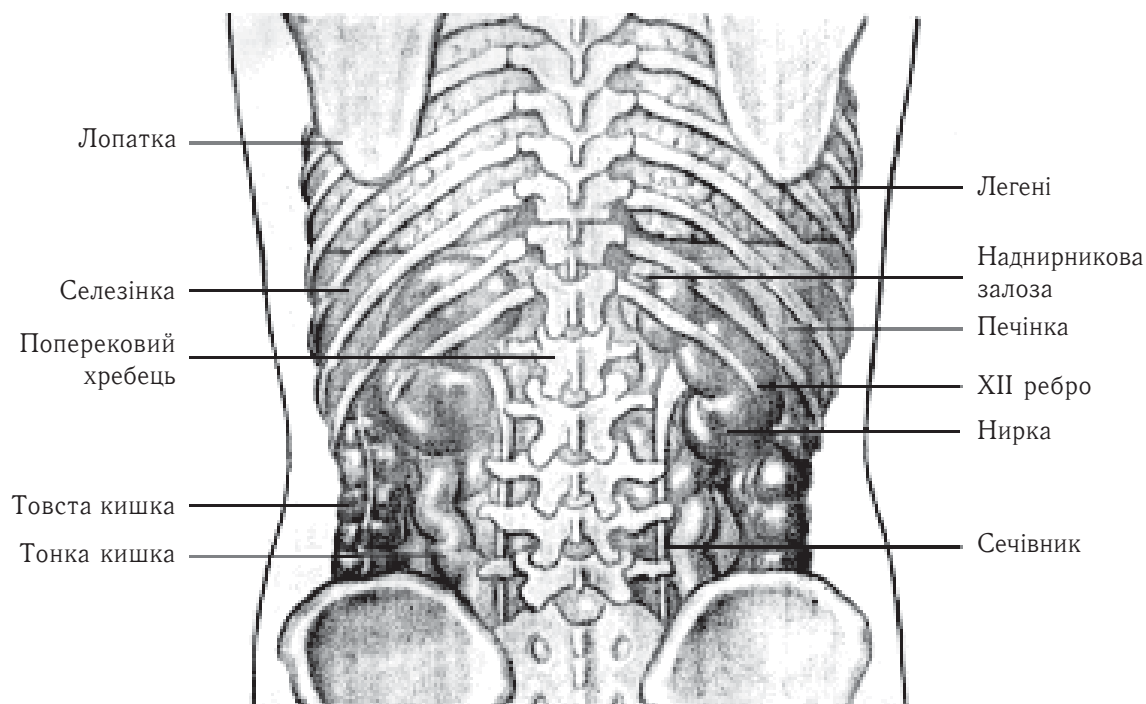


Рис. 304. Положення нирок (вигляд ззаду).

Опущення нирки, нефроптоз, нерідко є проявом загального опущення внутрішніх органів – спланхноптозу. Нефроптоз зустрічається переважно у жінок віком 25-40 років. Звичайно перебігає безсимптомно. Інколи, в наслідок натягування судин, перегину сечовода, виникають біль, гематурія, гіпертонія. Постійний біль ускладнюється порушенням діяльності кишечника, психічною депресією. Тривалі розлади кровообігу можуть сприяти розвитку дистрофічних змін в нирці, порушенню її функції. Масаж використовується разом з лікувальною фізкультурою.

**Завдання** масажу: нормалізація положення нирки, психоемоційного стану, поліпшення фізичного розвитку, підвищення тону м'язів, покращання кровопостачання нирки, зменшення больового синдрому.

**Показання** до призначення масажу: опущення нирки.

**Протипоказання** до призначення масажу: перекручування судин, сечовода, різкий біль, запальний процес в нирках, сечокам'яна хвороба, загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж прихребтових зон D12–D10, L5–L1 хребців, поперекових, сідничних ділянок, ребрових дуг, живота, при психоемоційних розладах – комірцевої зони.

**Методика** масажу: масаж прихребтових, поперекових, сідничних ділянок. Положення хворого – лежачи на животі, нижній кінець масажної кушетки піднятий на 12 см. Масаж паравертебральних зон проводять від нижче- до вищерозміщених сегментів: площинне погладження, граблеподібне розтирання міжкостистих проміжків, спіралеподібне – остистих відростків, поздовжнє розтирання пальцями, опорною частиною кисті, кулаком, спіралеподібне розтирання; розминання поздовжнє, натискування та зміщення; вібраційні погладження. Площинне погладження поперекових ділянок, нижніх ребрових країв. Поздовжнє та поперечне розтирання всією долонею поперекових ділянок, ребрових дуг – спіралеподібне кінцями пальців у напрямку до хребта. Розминання натискуванням, легка лабільна вібрація та вібраційні погладження.

Масаж сідничних ділянок: поверхнєве та глибоке погладження, розтирання м'язів прийомами пиляння, пересікання, штрихування в повільному темпі; гребенеподібне, поперечне розминання, зміщення, натискування однією та обтяженою рукою, безперервна стабільна і лабільна вібрація, потрушування м'язів. Розтирання гребенів клубових кісток кінцями пальців. Легкі стрясування поперекової ділянки, вібраційні погладження в колінно-ліктьовому положенні хворого.



Масаж живота: положення хворого – лежачи на спині, під ногами валик, ножний кінець кушетки піднятий на 12 см. Площинне поверхнєве погладжування навколо пупка за годинниковою стрілкою кінцями II-IV пальців, спіралеподібне погладжування всієї поверхні живота. Ніжне поверхнєве та глибоке циркулярне розтирання пальцями, при наявності значних відкладень жиру використовують допоміжні прийоми: ніжне пиляння, пересікання знизу догори, зверху вниз та справа наліво.

Розминання м'язів передньої черевної стінки: поперечне розминання обома руками прямих м'язів живота в напрямку від лобкової кістки догори. Масаж косих м'язів живота можна проводити і в положенні хворого на боці: обхопивши їх руками ніжно зміщують, стискають, переминають поперечним розминанням за ходом м'язових волокон від ребрової дуги до гребеня клубової і лобкової кісток. Розминання накочуванням м'яких тканин живота. Ніжне погладжування і розтирання пальцями внутрішніх органів. Ніжна лабільна вібрація (рис. 305), підштовхування їх в напрямку до підребрових ділянок. Вібраційне погладжування. Після масажу в цьому ж вихідному положенні виконуються вправи: піднімання таза, одночасне чи по чергове піднімання ніг, черевний тип дихання.

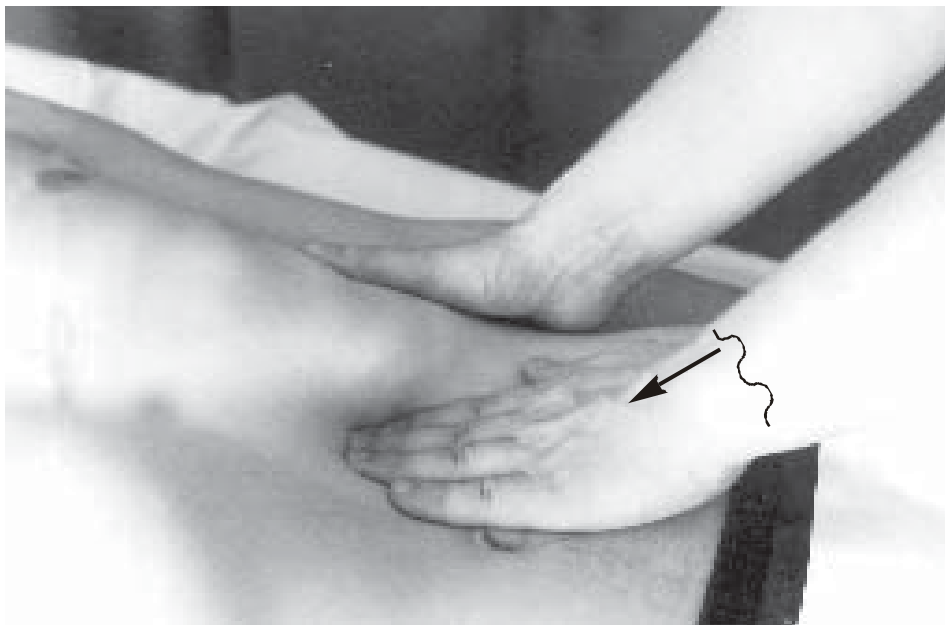


Рис. 305. Масаж нирок – безперервна вібрація.

**Тривалість** процедури масажу – 10-15 хв. Курс лікування – 10-15 процедур. Протягом року проводять – 3-4 курси. Заняття лікувальною фізкультурою – постійні. Хворий повинен постійно ходити з напруженими м'язами передньої черевної стінки, спини, сідниць, що дасть можливість створити м'язовий корсет.

### 9.11. Масаж при захворюваннях шкіри

Шкіра – складний орган, який покриває тіло людини. Вона є бар'єром між зовнішнім середовищем і організмом; захищає підлеглі тканини від механічних подразнень, висихання, всмоктування отруйних речовин, дії хімічних речовин; бере участь в терморегуляції, обміні речовин; має здатність до самодезінфекції, самоочищення. У шкірі закладена велика кількість рецепторів (теплових, холодних та ін.), які є периферичним кінцем шкірного аналізатора.

До моменту народження анатомічно та функціонально шкіра недорозвинена, досягає повного розвитку до 25 років. Починаючи з 25-30 років у шкірі відкритих ділянок тіла відбувається повільна гіперплазія еластичних волокон та еластоїдне переродження колагену. У похилому

віці ці зміни відбуваються в усій шкірі. У старечому віці виникає істинна атрофія шкіри, особливо епідермісу, значно зменшується число чутливих рецепторів.

Вікові, анатомічні та функціональні особливості мають вплив на виникнення та перебіг різних захворювань шкіри.

Захворювання шкіри можуть мати місцевий характер: вони виникають при впливі несприятливих факторів зовнішнього середовища. Але частіше – це результат найрізноманітніших патологічних процесів в організмі: функціональні та органічні захворювання центральної, периферійної, вегетативної нервової системи; порушення кровопостачання, функції ендокринних залоз, обміну речовин; системні ураження сполучної тканини, алергічні реакції та ін.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану нервової системи, поліпшення лімфо- та кровообігу, метаболізму тканин, функції сальних залоз, стимуляція регенеративних процесів, відновлення еластичних властивостей шкіри, попередження розвитку в ній атрофічних процесів, розм'якшення та розсмоктування шкірних інфільтратів, відновлення здатності шкіри до самодезінфекції та самоочищення, ліквідація чи зменшення болю та сверблячки. При шкірних проявах, що є результатом інших захворювань, – сприяння покращанню загального стану та видужанню хворого.

**Показання** до призначення масажу: захворювання шкіри неінфекційного генезу, ураження шкіри при інших захворюваннях (в підгострий період та період ремісії).

**Протипоказання** до призначення масажу: грибкові, гноячкові захворювання шкіри, порушення цілості шкірних покривів, шкірні прояви при алергічних реакціях, гострий період основного захворювання, яке привело до шкірних проявів, а також загальні протипоказання.

**Методичні особливості** масажу.

При виникненні шкірних проявів в результаті іншого захворювання масаж використовується (при відсутності протипоказань) як для лікування основного захворювання, так і для ліквідації його шкірних проявів.

Для ліквідації патологічного процесу шкірних покривів, крім місцевого впливу, використовують і рефлекторний вплив: масаж прихребтових залоз та рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з ураженою ділянкою шкіри.

У випадках, коли масаж ураженої ділянки шкіри не є показаним, (при відсутності загальних протипоказань), для поліпшення її лімфо- та кровообігу використовують масаж проксимальніше розміщених ділянок.

У випадках, коли безпосередній вплив на уражену ділянку не показаний (наприклад, псоріатична бляшка чи невелика ділянка екземи), використовують розтягування шкіри. Воно може виконуватися руками масажиста, які розміщуються за межами ураженої ділянки і розтягують, стискають чи зміщують шкіру, або ж самим хворим – рухами з максимальною амплітудою у суглобах, прилеглих до ураженої ділянки.

### Масаж при передчасному випаданні волосся голови

Порідіння чи передчасне випадання волосся голови виникає в результаті найрізноманітніших причин: порушення функції залоз внутрішньої секреції, (гіпофіз, статеві залози, кора надниркових залоз), обміну речовин, захворювання соматичної та вегетативної нервової системи, перенесених інфекційних захворювань, впливу радіації та ін.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану нервової системи, лімфо- та кровообігу, функції сальних залоз та стану волоссяних фолікулів, нормалізація функції залоз внутрішньої секреції.

**Показання** до призначення масажу: передчасне випадання волосся будь-якої етіології.

**Протипоказання** до призначення масажу: грибкові та інфекційні захворювання шкіри та загальні протипоказання.

**План** масажу: вплив на прихребтові зони  $D_4-D_1$ ,  $C_7-C_2$  та рефлексогенні зони, сегментарно зв'язані з ними, масаж голови, задньої та бічних шийних ділянок. При порушеннях функції

статевих залоз та кори надниркових залоз – масаж паравертебральних зон  $S_5-S_1$ ;  $L_5-L_1$ ;  $D_{12}-D_{10}$ , поперекових, крижових, сідничних ділянок.

**Методика** масажу. Положення хворого – сидячи. Масаж комірцевої зони та спини. Погладжування охоплює долонними поверхнями кистей задньої та бічних шийних ділянок від верхньої каркової лінії до плечових суглобів. Спіралеподібне розтирання пальцями вздовж каркових ліній в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня і навпаки. Розтирання задньої та бічних шийних ділянок прийомами спіралеподібного розтирання та пиляння в напрямку від потилиці вниз. Розминання трапецієподібного м'яза зміщенням, поздовжнім та поперечним розминанням; груднинно-ключично-соскоподібних м'язів – щипцеподібним розминанням. Спіралеподібне погладжування та розтирання кінцями пальців у ділянці VII шийного хребця – від остистого відростка в усіх напрямках на відстань 2-2,5 см. Закінчують охоплюючим погладжуванням задньої та бічних шийних ділянок прихребтових.

Масаж прихребтових зон: від нижче- до вищерозміщених сегментів виконують площинне погладжування обома руками, які рухаються симетрично по обидва боки хребта; спіралеподібне розтирання кінцями пальців та опорною частиною кисті, штрихування, пиляння; поздовжнє розминання, зміщення в поздовжньому та поперечному напрямках, натискування; безперервна лабільна та стабільна вібрація.

Масаж остистих відростків та міжкостистих проміжків: від нижчерозміщених до вищерозміщених сегментів: погладжування, розтирання кінцями пальців циркулярне та граблеподібне, пиляння ліктьовим краєм кисті в поздовжніх та поперечних напрямках.

Масаж найширшого м'яза спини та трапецієподібного м'яза: погладжування, розтирання ділянок м'язів, розминання натискуванням, розтягуванням, зміщенням; зовнішніх країв – поздовжнім, поперечним щипцеподібним розминанням; потрушування м'язів, стабільна та лабільна вібрація.

Масаж голови. Масаж лобової ділянки: прямолінійне погладжування пальцями від міжребрів'я догори до стрілового краю тім'яної кістки (початку лінії росту волосся); руки рухаються послідовно одна за одною. Погладжування скроневої ділянки долонною поверхнею пальців у напрямку спереду назад над вушними раковинами: поколючування кінцями пальців лобової та скроневої ділянок (поза межами скроневої ямки). Масаж потиличної ділянки: погладжування площинне та охоплює, розтирання спіралеподібне кінцями пальців, розтирання місць прикріплення м'язів до потиличної кістки, розминання натискуванням та зміщенням потиличного черевця потиличного-лобового м'яза. Стабільна і лабільна безперервна вібрація.

Масаж волосистої частини голови: охоплює погладжування долонною поверхнею кисті від лобової до потиличної ділянки, граблеподібне погладжування та розтирання в напрямку від тім'яного горба до лобної, потиличної та скроневої ділянок послідовно, рухи можуть бути як прямолінійні, так і спіралеподібні; розминання натискуванням та зміщенням покривних тканин граблеподібно поставленими пальцями з невеликою амплітудою, стискання голови та зміщення м'яких покривів голови у фронтальній (руки розміщені на скроневих ділянках) і сагітальній (одна рука на лобі, друга на – потилиці) площинах. Нижче пунктування кінцями пальців, лабільна та стабільна вібрація в ділянці волосистої частини голови. Закінчують погладжуванням волосистої частини голови в напрямку від лобової ділянки до потилиці. При виконанні прийомів проводиться ретельний масаж всіх ділянок голови, намагаючись не пропустити жодної з них. При підвищенні артеріального тиску пунктування не показано.

**Тривалість** процедури – 10-15 хв. Курс лікування – 10-12 процедур через день. Процедуру масажу поєднують із загальнозміцнювальними фізичними вправами, сауною.

### Масаж при сверблячці шкірній

Сверблячка шкірна – розлади чутливості, при яких виникає нездоланне бажання до розчухування шкіри.

Розрізняють сверблячку загальну (генералізовану) та місцеву (локалізовану). Сверблячка перебігає по-різному: від одноразового до тривалого нападу (місяцями, роками). У результаті

розчісування на шкірі утворюються лінійні, покриті кров'янистими кірочками розчіси, які нерідко інфікуються.

На думку більшості авторів, сверблячка являє собою видозмінене відчуття болю, що виникає внаслідок слабких подразнень больових рецепторів, які часто сліднують один за одним.

Сверблячка шкіри може виникати як при шкірних захворюваннях, в першу чергу алергічного походження (екзема, лишай, нейродерміт, кропивниця та ін.), так і без них.

Сверблячка може бути зумовлена автоінтоксикацією, що виникає при різних захворюваннях внутрішніх органів (шлунка, печінки, кишечника, нирок та ін), порушення обміну речовин та ендокринних розладах (базедова хвороба, цукровий діабет, клімактеричний період), а також органічними (правець, циркулярний психоз) та функціональними змінами центральної нервової системи.

Особливими формами генералізованої сверблячки є стареча та сезонна сверблячка. Стареча проявляється переважно у чоловіків віком 60-70 років у формі тяжких нападів, переважно вночі. Сезонна виникає у перехідні та холодні періоди року в осіб з явищами вегетативної дистонії. Із форм локалізованої сверблячки найчастіше зустрічається сверблячка відхідника та статевих органів.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану нервової системи; прискорення розрешення захворювань, що сприяють виникненню сверблячки; зниження больового відчуття, збудливості шкіри; поліпшення крово- та лімфообігу, трофічних процесів у шкірі; нормалізація сну, психоемоційного стану.

**Показання** до призначення масажу: сверблячка шкіри.

**Протипоказання** до призначення масажу: гноячкові, грибкові захворювання шкіри, загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж комірцевої зони, прихребтових та рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з ділянкою сверблячки, місцевий масаж ділянок сверблячки, а при наявності розчісів – масаж ділянок, розміщених навколо них.

**Методика масажу:** масаж прихребтових зон від нижче- до вищерозміщених сегментів: погладжування площинне симетричними рухами обох рук по обидва боки хребта; розтирання площинне долонями, спіралеподібне пальцями та опорною частиною кисті, штрихування, пиляння, спіралеподібне розтирання пальцями остистих відростків та граблеподібне – міжкостистих проміжків; розминання, м'язів зміщенням в поздовжньому та поперечному напрямках, натискування, безперервна лабільна та стабільна вібрація.

Масаж комірцевої зони. Положення хворого – сидячи. Погладжування охоплює долонними поверхнями кистей задньої та бічних шийних ділянок від верхньої каркової лінії до плечових суглобів послідовно з кожного боку або ж з обох боків одночасно. Розтирання спіралеподібне пальцями вздовж каркових ліній в напрямку від соскоподібної ділянки до зовнішнього потиличного гребня і навпаки. Спіралеподібне розтирання задньої та бічних поверхонь шиї долонними поверхнями кистей в напрямку від потиличної ділянки вниз. Спіралеподібне розтирання пальцями місць прикріплення м'язів до потиличної кістки. Розминання трапецієподібного м'яза зміщенням, поздовжнім та поперечним розминанням; груднинно-ключично-соскоподібних м'язів – щипцеподібним розминанням. Спіралеподібне погладжування та розтирання "сонечком" у ділянці VII шийного хребця. Закінчують охоплюючим погладжуванням задньої та бічних шийних ділянок.

При генералізованому характері сверблячки проводять ще масаж тулуба. У випадку виникнення сверблячки на кінцівках масаж проводять за схемою: паравертебральні зони (вздовж усього хребта), комірцева ділянка, кінцівки. Причому, якщо необхідно масажувати і верхні, і нижні кінцівки, то один день масажують верхні кінцівки, другий – нижні і так послідовно щоразу чергують. Масаж проводиться за загальноприйнятою методикою, інтенсивні прийоми не показані.

Зони локальної сверблячки масажують погладжуванням та розтиранням навколо них коловими та спіралеподібними рухами, а потім самої зони (при відсутності пошкоджень шкірних покривів).

**Тривалість** процедури масажу залежить від характеру та локалізації сверблячки і триває в середньому 10-20 хв. Курс лікування – 10-20 процедур. Масаж необхідно поєднувати з лікуванням основного захворювання, яке призвело до виникнення сверблячки: медикаментозною терапією, фізіотерапевтичними, загартовувальними процедурами, лікувальною фізкультурою.

## Масаж при псоріазі та екземі

Псоріаз – хронічне, що тривало перебігає, рецидиви незаразне захворювання шкіри, основним елементом якого є папули, покриті сріблясто-білою лускою. Основними причинами виникнення захворювання є: спадковий фактор, зміни з боку нервової системи функціонального та органічного характеру, алергічні реакції, порушення обмінних процесів в організмі та шкірі. Клінічно спочатку проявляється утворенням плями величиною з голівку шпильки, яка швидко формується в папулу рожевого кольору, покриту сріблясто-білою лускою. Кількість папул швидко зростає, розміри збільшуються. Захворювання уражає будь-які ділянки шкіри. Переважна локалізація псоріазу – розгинальні поверхні кінцівок, в першу чергу ліктьових суглобів. Поступово можуть уражатись весь шкірний покрив, суглоби, волосиста частина голови, нігті.

Екзема – хронічне незаразне рецидивне захворювання шкіри, яке виникає при порушеннях обміну речовин, функції нервової системи та залоз внутрішньої секреції, при підвищеній чутливості організму до зовнішніх подразників. Характерні свербіння і різноманітні висипання (плями, вузлики, пухирці та ін.) на будь-яких ділянках шкіри. Перебіг захворювання тривалий, періодично загострюється, тривалість рецидивів та ремісій різна. Частіше загострення виникає в холодні місяці року.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану нервової системи, підвищення імунітету, поліпшення обмінних процесів, покращання лімфо- та кровообігу в ділянці ураження, поліпшення функціонального стану суглобів (у випадках артралгії).

**Показання** до призначення масажу: псоріаз в період ремісії, екзема в період ремісії.

**Протипоказання** до призначення масажу: гноячкові, грибокві захворювання шкіри, наявність пухирців на шкірі, загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж паравертебральних та рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з ділянкою ураження шкіри, масаж здорових сегментів та суглобів, які прилягають до місця ураження, масаж суглобів (при їх ураженні), розтягування шкіри уражених ділянок (при відсутності протипоказань).

**Методика** масажу: положення хворого – сидячи (при ураженні шкіри голови та верхніх кінцівок) і лежачи (при ураженні шкіри тулуба та нижніх кінцівок).

Починають з масажу паравертебральних зон (сегментів  $D_4-D_1$ ,  $C_7-C_3$ , при ураженні шкіри верхніх кінцівок та  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  – при ураженні нижніх кінцівок) від нижче- до вищерозміщених сегментів: погладжування площинне обома руками, які рухаються симетрично по обидва боки від хребта, спіралеподібне розтирання кінцями пальців та опорною частиною кисті, штрихування, пиляння, поздовжнє розминання глибоких м'язів спини, зміщення в поздовжньому та поперечному напрямках, натискування безперервна лабільна та стабільна вібрація.

Масаж остистих відростків хребців та міжостистих проміжків: погладжування долонею, розтирання циркулярне кінцями пальців остистих відростків та граблеподібне – міжостистих проміжків, пиляння ліктьовим краєм кисті в поздовжніх та поперечних напрямках.

Масаж найширшого м'яза спини та трапецієподібного м'яза: погладжування, розтирання ділянок м'язів, розминання натискуванням, зміщенням і розтягуванням, країв – поперечним розминанням; потрушування, стабільна та лабільна вібрація.

Масаж уражених кінцівок починають з масажу проксимальніше (відносно ураження) розміщених сегментів: погладжування площинне та охоплююче, поверхневе, потім глибоке однією рукою на верхніх кінцівках чи двома руками при масажі нижніх кінцівок, руки рухаються паралельно чи послідовно в напрямку до найближчих лімфатичних вузлів. Розтирання: долонями та пальцями, гребенеподібне, штрихування, пиляння, пересікання; розминання: поздовжнє та поперечне, валяння, стискання, вібрація безперервна: потрушування м'язів, лабільна та стабільна вібрація; переривчаста вібрація: рубання, поплескування.

При масажі дистальніше (відносно ураження) розміщених сегментів використовують ті ж прийоми погладжування, розтирання, розминання, вібрації.

Уражені ділянки шкіри підлягають розтягуванню, стисканню, зміщенню. При цьому пальці чи долоні масажиста (залежності від площі ураження) розміщують за межами ділянки ураження:



проводиться натягування, стискання, зміщення ураженої ділянки шкіри і безперервна вібрація тканин, розміщених поруч з папулами та бляшками. Крім цього, проводять активні і пасивні рухи в суглобах з метою розтягування уражених ділянок шкіри.

При псоріатичному ураженні суглобів та з метою його профілактики проводять масаж прилеглих до ураженої шкіри суглобів та періартикулярних тканин: погладжування, розтирання поверхневе та глибоке долонями чи пальцями з коловими та спіралеподібними рухами, штрихування. Закінчують пасивними та активними рухами.

При локалізації патологічного процесу в ділянці волосистої частини голови проводять масаж комірцевої зони та волосистої частини голови. Масаж комірцевої зони: погладжування охоплююче долонними поверхнями кистей задньої та бічних шийних ділянок від верхньої каркової лінії до плечових суглобів. Розтирання спіралеподібне кінцями пальців потилиці в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішнього потиличного гребня і навпаки. Розтирання задньої та бічних шийних ділянок прийомами спіралеподібного розтирання та пиляння в напрямку від потилиці вниз. Розминання трапецієподібного м'яза зміщенням, натискуванням, розтягуванням, поздовжнім та поперечним розминанням, груднинно-ключично-соскоподібних м'язів – щипцеподібним розминанням. Спіралеподібне погладжування та розтирання в ділянці VII шийного хребця від остистого відростка в усіх напрямках на відстань 2-2,5 см. Закінчують охоплюючим погладжуванням задньої та бічних шийних ділянок.

Масаж волосистої частини голови проводять, обминаючи уражені ділянки: охоплююче погладжування долонною поверхнею кисті від лобової до потиличної ділянки, граблеподібне погладжування та розтирання від тім'яного горба вниз до лобової, скроневої та потиличної ділянок послідовно; рухи можуть бути як прямолінійні, так і спіралеподібні. Розминання натискуванням та зміщенням покривних тканин граблеподібно поставленими пальцями з невеликою амплітудою. При виконанні прийому II-IV пальцями – опора на I палець і навпаки. Стискання голови і зміщення м'яких покривів голови у сагітальній та фронтальній площинах; ніжне пунктування кінцями пальців, лабільна та стабільна вібрація.

Масаж ураженої ділянки волосистої частини голови проводиться з використанням проділу: розтягують, стискають, зміщують шкіру пальцями, розміщеними поруч з ураженою ділянкою.

При ураженні шкіри тулуба проводять масаж паравертебральних і рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з зоною ураження, масаж ділянок, розміщених навколо зони ураження, та розтягування, стискання і зміщення уражених ділянок шкіри пальцями масажиста, розміщеними навколо цієї ділянки.

**Тривалість** процедури – 10-15 хв. Курс лікування – 10-12 процедур.

### **Масаж при слоновості**

Слоновість – захворювання, яке характеризується незворотним, поступово прогресуючим потовщенням шкіри та підшкірної клітковини переважно нижніх кінцівок, збільшенням та спотворенням їх. Захворювання виникає в результаті хронічного застою лімфи та порушення тканинного обміну (рис. 306).

Розрізняють уроджену та набуту слоновість. Уроджена зумовлена уродженим недорозвитком лімфатичних судин та вузлів чи вен. Набута може виникнути внаслідок незапальних та запальних процесів, що сприяють застою лімфи (видалення лімфатичних вузлів, стискання лімфатичних шляхів рубцями, невrogenні фактори, рецидивна бешиха, місцеві гнійні процеси, хронічні інфекційні захворювання та ін.).

За щільністю тканин розрізняють слоновість м'яку, тверду та змішану. Шкіра може бути гладкою, нерідко з пухирцями, наповненими прозорою рідиною, або жорсткою, змозолілою, горбистою, покритою папіломатозними розростаннями. Легко утворюються тріщини та виразки з великою кількістю (нерідко смердючого) виділення.

**Завдання** масажу: поліпшення крово- та лімфообігу (загального та ураженої кінцівки), покращення трофіки тканин, профілактика прогресування набряку, атрофії тканин.



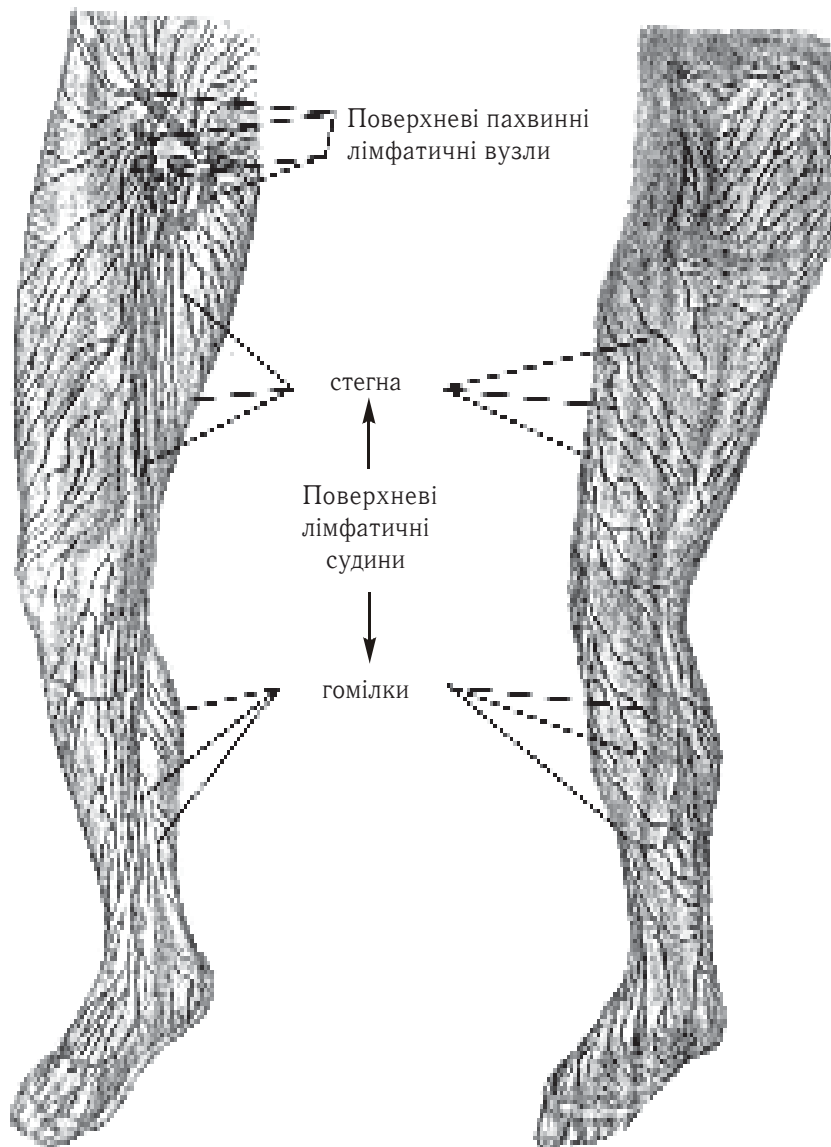


Рис. 306. Лімфатичні судини і лімфатичні вузли нижньої кінцівки (правої).

**Показання** до призначення масажу: уроджена та набута слоновість.

**Протипоказання** для призначення масажу: тяжкі форми захворювання, шкірні висипання, підвищена ранимість шкіри, загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж прихребтових зон  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  хребців, рефлексогенних зон, сегментарно зв'язаних з ними: поперекових, крижових, куприкових, сідничних ділянок, гребенів клубових кісток, здорової та ураженої кінцівки.

**Методика** масажу: положення хворого – лежачи на животі. Масаж прихребтових зон ( $S_5-D_{10}$ ) від нижче- до вищерозміщених сегментів: погладжування площинне, опорною частиною кисті, гребенеподібне; розтирання прямолінійне та спіралеподібне пальцями, опорною частиною кисті, гребенеподібне, пиляння. Розтирання пальцями та опорною частиною кисті остистих відростків, гребенів клубових кісток та граблеподібне – міжостистих проміжків.

Масаж сідничної ділянки: погладжування поверхневе та глибоке обхоплююче, гребенеподібне в напрямку м'язових волокон: від зовнішньої поверхні клубової кістки, задньої поверхні крижової кістки та куприка до сідничної горбистості стегнової кістки. Масажні рухи можуть виконуватися і в зворотному напрямку. Розтирання долонями, ліктьовим краєм кисті, гребенеподібне, при необхідності – і кулаком. Розминання поперечне, натискуванням, зміщенням поверхневих та

глибоких шарів м'язів. Безперервна вібрація: стабільна та лабільна вібрація пальцями, опорною частиною кисті чи кулаком, потрушування м'язів з невеликою амплітудою. Погладжування та розтирання кульшового суглоба та місць прикріплення м'язів до сідничної горбистості стегнової кістки та вертлюга.

Масаж нижніх кінцівок: масажу підлягають спочатку здорова, потім уражена кінцівка в такій послідовності: стегно, колінний суглоб, гомілка, гомілковостопний суглоб, стопа. З метою покращання лімфовідтоку використовують такі положення: при масажі ділянки стегна та передньої і бічної поверхонь колінного суглоба – лежачи на спині, під коліном валик; задньої поверхні колінного суглоба, стегна, задньої та бічної поверхонь гомілковостопного суглоба – лежачи на животі, валик під гомілковостопним суглобом; стопи – лежачи на спині, без валика.

Масаж стегна. Підготовчий масаж всієї поверхні стегна: безперервне площинне, обхоплююче, поверхневе, потім глибоке погладжування; розтирання долонею, опорною частиною кисті, обтяженою кистю поверхневе та глибоке в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів. Розтирання спіралеподібними рухами (пальцями, опорною частиною кисті, граблеподібне) ущільнень в шкірних покривах. Диференційований масаж м'язів переднього, присереднього та заднього відділів стегна. Залежно від щільності покривних тканин використовують поздовжнє, поперечне, щипцеподібне розминання, валяння, зміщення, розтягування, стискання м'язів, лабільну вібрацію, потрушування м'язів. Напрямок рухів: від колінного до кульшового суглоба. Послаблюючий масаж м'язів, які обмежують стеговий трикутник (присередньо – довгий привідний м'яз, збоку – кравецький), в межах якого розміщені стегова артерія, вена, нерв, лімфатичні судини та вузли. Закінчують глибоким повільним обхоплюючим погладжуванням в напрямку до пахвинних лімфатичних вузлів

Масаж колінного суглоба. Погладжування та розтирання великим та всіма пальцями передньої поверхні суглоба. Починаючи на 1,5-2 см нижче наколінка, обходячи його, продовжують рухи вздовж обох країв сухожилків чотиригодового м'яза стегна до середини стегна. Погладжування та розтирання бічних поверхонь суглоба. Забравши валик з-під коліна, підтримуючи незначно зігнуту в колінному суглобі ногу, другою рукою проводять поверхневе погладжування в ділянці підколінної ямки. Глибокі впливи не показані.

Масаж гомілки проводять в тій же послідовності, що і стегна: спочатку підготовчий масаж: поздовжнє поверхневе, потім глибоке обхоплююче погладжування та розтирання м'язових тканин гомілки в напрямку до колінного суглоба. Розтирання спіралеподібними рухами (пальцями, опорною частиною кисті, граблеподібне) ущільнень в м'язових тканинах. Далі – диференційований м'язів масаж переднього, присереднього та заднього відділів гомілки: поздовжнє, поперечне, щипцеподібне розминання, валяння, безперервна лабільна вібрація. Напрямок рухів – до колінних суглобів. Закінчують глибоким обхоплюючим погладжуванням в доцентровому напрямку.

Масаж гомілковостопного суглоба: колове безперервне обхоплююче погладжування передньої та бічних поверхонь суглобової сумки, колове розтирання. Щипцеподібне розтирання п'яtkового сухожилка.

Масаж стопи. Одна рука фіксує стопу, інша – масажує. Поперечне погладжування задньої та передньої поверхонь пальців стопи, поздовжнє – бічних (щипцеподібними прийомами). Погладжування тильної поверхні стопи в напрямку до колінного суглоба: на стопі поверхневе та площинне, на гомілці – обхоплююче поверхневе та глибоке. Граблеподібне погладжування і розтирання міжкісткових м'язів та судин, закладених в глибоких міжкісткових м'язах. Щипцеподібне погладжування бічних поверхонь стопи в напрямку до п'яти.

На підошвовій поверхні стопи: лінійне, спіралеподібне погладжування та розтирання пальцями, опорною частиною кисті та переважно – гребенеподібно в напрямку до п'яти.

Закінчують масаж ураженої кінцівки площинним та обхоплюючим глибоким, потім поверхневим погладжуванням в напрямку від стопи до пахвинної ділянки. Валик з-під коліна забирають, нога вільно лежить на підвищенні, яке піднімає її на 15-25°.

При наявності патологічних змін на шкірі їх при масажі обминають.

Швидкість масажних рухів повільніша, ніж звичайно. Масажисту необхідно пам'ятати про обмежену пропускну здатність лімфатичних судин та вузлів. Тому збільшення набряку під час масажу чи після нього свідчить про неадекватність вибраного методу масажу.

З метою прискорення лімфотоків шляхом збільшення присмоктувальної дії грудної клітки до масажу під час та після нього хворий повинен виконувати дихальні вправи, переважно з черевним типом дихання.

**Тривалість** процедури – 15 - 20 хв. Курс лікування – 10-12 процедур 2-3 рази на рік.

Протягом дня хворий повинен виконувати дихальні вправи та вправи для нижніх кінцівок в положенні лежачи з піднятим нижнім кінцем.

### Масаж при склеродермії

Системна склеродермія характеризується дифузним системним прогресуючим ураженням сполучної тканини та судин з перевагою склеротичних процесів. Склеродермія належить до колагенових захворювань.

Захворювання супроводжується ураженням внутрішніх органів та шкіри. Зміни з боку шкіри проходять стадію набряку (набряк з нормальним, синюшним чи блідо-жовтим забарвленням шкіри протягом декількох тижнів), стадію ущільнення (шкіра стає дерев'янисто-щільною, холодною – “мармурова шкіра”, не збирається в складку і набуває кольору воску) та стадію атрофії (шкіра при цьому нагадує світлий, майже білий, туго натягнутий на підлеглих кістки пергамент). Склеротичні процеси призводять до атрофії підлеглих тканин і майже до зростання шкіри з окістям. При генералізованому ураженні це призводить до муміфікації хворого, до його знерухомлення і перетворення в “живі моці”. Інколи уражається шкіра кінцівок чи однієї половини тіла. У першу чергу уражається шкіра рук, потім лица, грудей, живота, ніг. У підлеглих м'язах спостерігають атрофію та інтерстиціальний міозит, що проявляється їх болючістю та гіпотонією. Ураження суглобів проявляється артралгією та хронічним деформівним поліартритом з анкілозами та контрактурами. У кістках відзначаються явища остеопорозу, схильність до переломів, про що повинні пам'ятати масажисти.

При склеродермії уражаються всі внутрішні органи, в першу чергу серце, легені, органи травлення. Хворі підлягають тривалому медикаментозному лікуванню.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану нервової, в першу чергу – вегетативної нервової системи; покращання загального та місцевого (залежно від переважної локалізації процесу) крово- та лімфообігу, трофічних процесів, еластичності шкіри; підтримання функціонального стану м'язів та суглобів, сповільнення прогресування захворювання.

**Показання** до призначення масажу: ураження шкіри в стадії ущільнення та атрофії, ураження внутрішніх органів, суглобів, м'язів.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкі форми перебігу захворювання, підвищена ранимість шкіри, виражений остеопороз кісток, загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж прихребтових та рефлексогенних зон, сегментарно пов'язаних з ураженою ділянкою, масаж ураженої ділянки (на кінцівках – прилеглі до неї суглоби), масаж грудної клітки, живота, таза.

**Методика** масажу. Положення хворого – лежачи. Масаж паравертебральних зон, сегментарно пов'язаних з переважною ділянкою ураження, від нижче- до вищерозміщених сегментів. Погладжування площинне обома руками, які рухаються паралельно по обидва боки хребта; розтирання прямолінійне, циркулярне, опорною частиною кисті, всією долонею та пальцями, штрихування, зміщення, розтягування шкіри. Погладжування і розтирання ділянок спини: штрихування, пиляння, зміщення та розтягування шкіри. Розминання поверхнево та глибоко розміщених м'язів спини: поступове натискування на м'язи пальцями чи опорною частиною кисті прямолінійне та зі спіралеподібними рухами, розтягування зміщенням, країв найширших м'язів спини та трапецієподібного м'яза – поздовжнім та поперечним розминанням. До масажу глибше розміщених м'язів приступають після розслаблення більш поверхневих. Стабільна та лабільна вібрація.

Масаж остистих відростків хребців та міжостистих проміжків хребтового стовпа від нижче- до вищерозміщених сегментів: погладжування долонею та пальцями, розтирання лінійне та

циркулярне кінцями пальців остистих відростків, граблеподібне розтирання міжкостистих проміжків та бічної поверхні хребців.

Масаж сідничних ділянок: погладжування обхоплююче; розтирання сідничної ділянки поздовжнє, поперечне всією долонею, опорною частиною кисті однією та двома руками, пиляння, гребенів клубових кісток, окістя крижової кістки – штрихуванням, струганням; розтягування та зміщення шкіри. Розминання сідничних м'язів поздовжнім та поперечним розминанням, натискуванням, лабільна та стабільна вібрація, потрушування м'язів, пунктування.

Масаж кінцівок: погладжування площинне та обхоплююче, поверхнєве та глибоке; розтирання долонною поверхнею кисті чи пальцями. Розминання поздовжнє та поперечне, натискування, зміщення м'язів, валяння. Потрушування м'язів, стабільна та лабільна вібрація. У місцях ураження шкіри поверхнєве та глибоке погладжування, розтирання, пиляння, стругання, штрихування, стабільна та лабільна вібрація, розтягування шкіри пасивне та в поєднанні з рухами. Масаж прилеглих до зони ураження суглобів та їх сухожилково-періартикулярних комплексів: погладжування, розтирання всією долонею, пальцями, ліктьовим краєм кисті коліві та спіралеподібні, поверхнєві та глибокі розтирання, стругання, штрихування, пиляння, пересікання. Розтягування шкіри масажистом та активними і пасивними рухами з максимальною амплітудою.

Масаж лица. Погладжування пальцями від міжбрів'я догори до волосистої частини голови послідовними рухами рук, від середини лоба до скроневих ямок і далі назад над вушними раковинами симетричними рухами рук. Погладжування навколо ока: від зовнішнього кута ока під нижньою повікою до його внутрішнього кута, далі догори до внутрішнього краю брови і до зовнішнього кута ока. Погладжування підочноямкової ділянки: від перенісся до привушних лімфатичних вузлів.

Погладжування щічної ділянки: від носа та кута рота до вушної раковини, від середини підборіддя до підвушних лімфатичних вузлів.

Поколочування: тильною поверхнею пальців попереминими рухами вказівного, середнього та безіменного пальців рук обережно поколочують під очима, ділянку лоба, щік, підборіддя в тих самих напрямках, що і при погладжуванні. Закінчують погладжуванням.

При наявності порушень з боку внутрішніх органів – масаж грудної клітки чи ділянки живота за загальноприйнятою методикою. Інтенсивні впливи (в першу чергу прийоми переривчастої вібрації) не показані.

**Тривалість** процедури масажу – 15-20 хв, курс лікування – 12-15 процедур. Курс лікування повторюють через 2-3 місяці. Показаний самомасаж. Інтенсивні впливи не показані.

## 9.9. Масаж у дитячій практиці

Основні правила проведення масажу дітей такіж, як і дорослих. Проте масажисти повинні пам'ятати особливості дитячого віку (насамперед першого року життя), які впливають на вибір методики масажу.

У скелеті дитини в процесі росту та розвитку відбуваються складні перетворення, на які впливають зовнішні та внутрішні фактори. Кісткова тканина у дитини грудного віку має волокнисту будову, бідна мінеральними солями, містить у великій кількості воду та кровеносні судини. Тому кістки дитини м'які, гнучкі, недостатньо міцні, легко піддаються викривленню і набувають неправильної форми в результаті носіння тиснучого одягу, вузького взуття, систематично неправильного положення на руках, в ліжку.

До 2 років кістки дитини за будовою наближаються до кісток дорослого, а до 12 років вже не відрізняються від них.

У новонароджених хребтовий стовп прямий, без фізіологічних вигинів. З ростом дитини і виконанням нових функцій з'являються фізіологічні вигини. Шийний вигин випуклістю вперед формується до двомісячного віку в зв'язку з тим, що дитина починає тримати голову; грудний вигин випуклістю назад з'являється в 6 місяців, коли дитина вже може сидіти; поперековий

вигин вперед виникає після року, коли дитина починає ходити. До 3-4 років життя конфігурація хребтового стовпа набуває характерної форми, що нагадує латинську букву S. Хребтовий стовп дуже гнучкий, може здійснювати різні рухи – обертання, нахил назад, вперед, вбоки. Постійне носіння дитини на одній руці, неправильне положення її в ліжку, при годуванні, занадто м'яка постіль або висока подушка можуть викликати деформацію хребтового стовпа навіть у здорової дитини.

М'язова тканина у новонароджених та дітей грудного віку розвинута слабо, м'язові волокна значно тонші, ніж у дорослих. У перші місяці життя відзначають підвищення тону м'язів-згиначів на кінцівках (фізіологічний гіпертонус), що пов'язано з особливостями функції центральної нервової системи. Тому дитина у перші місяці життя лежить із зігнутими руками та ногами. Урівноваження тону м'язів-антагоністів на верхніх кінцівках настає до 3-х, на нижніх – до 4 місяців. Для прискорення цього процесу рекомендують: часте спілкування з дитиною, що сприяє похваленню активних рухів кінцівками; щоденні теплі ванни; легкі поверхневі погладження; стимуляцію рефлекторних рухів.

При нормальному розвитку м'язової системи рухові вміння формуються в певній послідовності: спочатку дитина піднімає голову, потім сідає, стає на ноги, повзає, ходить. Важливо не тільки те, коли дитина сяде чи стане на ноги, а як вона буде сидіти чи ходити.

Фізичний розвиток – сукупність морфологічних і функціональних ознак, що визначають запас фізичних сил, витривалості та працездатності. Він залежить від навколишнього середовища, режиму дня, повноцінного вигодовування, проведення різних фізичних вправ, масажу, загартовуючих процедур. Використовувати ці засоби необхідно не тільки для того, щоб прийти дитині на допомогу, коли її розвиток відстає від норми, а планомірного стимулювання всього того, що повинно у неї появитися в процесі нормального розвитку.

Особливості масажу зумовлені віком дитини: під час масажу її роздгають; температура в приміщенні не повинна бути нижчою ніж 22-24 °С, коли ж ні – дитину накривають пелюшкою; руки масажиста повинні бути чистими, теплими, без мозолів та саден; під час масажу дитина повинна перебувати у горизонтальному положенні з дещо зігнутими кінцівками, масажист має ласкаво розмовляти з нею; при плачі та неспокої дитини масаж проводити не рекомендують; рухи масажиста повинні бути ніжними, щадними (насамперед у дітей грудного віку); в ділянці суглобів, печінки, нирок інтенсивність впливу зменшують; не рекомендують користуватися тальком та змащувальними засобами, щоб не викликати закупорення пор шкіри дитини.

Різні прийоми мають неоднаковий вплив на нервову та м'язову системи дитини. Погладження, розтирання, розминання, виконані у спокійному, повільному темпі, заспокоюють нервову систему, сприяють розслабленню м'язів, а переривчаста вібрація підсилює збудливі процеси та підвищує тонус м'язів. Переривчаста вібрація, як найбільш сильнодіючий прийом масажу, використовується рідко: з метою стимуляції діяльності нервово-м'язового апарату та рефлекторного впливу на функцію внутрішніх органів; для пом'якшення впливу рухи виконуються лише в променево-зап'ясткових суглобах.

Масаж необхідно чергувати з фізичними вправами. Заняття масажем та гімнастикою рекомендують починати з 1,5-2-місячного віку. Для дітей грудного віку використовують рефлекторні, пасивні та активні вправи.

**Показання** до призначення масажу визначають строго індивідуально залежно від віку та стану здоров'я дитини.

**Протипоказання** до призначення масажу. Протипоказань до призначення масажу та фізичних вправ для здорової дитини немає. Протипоказаннями є такі патологічні стани: лихоманка, тяжкі форми гіпотрофії (атрофії), гнійні та інші запальні ураження шкіри, підшкірної основи, лімфатичних вузлів, м'язів, кісток, внутрішніх органів; захворювання, що супроводжуються крихкістю кісток, рахіт в гострий період; гнійні та інші гострі артрити, туберкульоз кісток та суглобів; різні форми геморагічного діатезу, в першу чергу гемофілія; великі грижі з небезпекою защемлення.



## Техніка виконання основних прийомів масажу

### МАСАЖ РУК

**ПОГЛАДЖУВАННЯ.** Вихідне положення (В.п.): дитина лежить на спині, ногами до масажиста. Великий палець лівої руки масажист вкладає в праву руку дитини, легко притримуючи її іншими пальцями, правою рукою погладжує внутрішню та зовнішню поверхні передпліччя та плеча в напрямку від кисті до плеча (рис. 307-1). При масажі лівої руки дитини тримати її правою, масажувати лівою. Використовують з 1,5-2 місяців життя.

**РОЗТИРАННЯ.** Спіралеподібними рухами від пальців до плеча проводять легкі розтиральні рухи, утримуючи руку як при погладженні. Використовують при масажі дітей з 3-4 місяців (рис. 309-1).

**РОЗМИНАННЯ.** Дитині дають захопити великий палець руки масажиста, а пальці другої руки розминають поздовжнім розминанням м'язи передпліччя та плеча. Проводять дітям з 6 місяців.

### МАСАЖ НІГ

**ПОГЛАДЖУВАННЯ.** В.п. лежачи на спині. Масажист кладе ліву ногу дитини на свою долоню лівої руки, правою рукою погладжує зовнішню та задню поверхні гомілки і стегна в напрямку від стопи до стегна і далі до пахвинної длянки, щоразу обминаючи наколінок назовні та знизу, не допускаючи поштовхів у ділянці колінного суглоба. При масажі правої ноги тримають ногу дитини правою рукою, а масажують лівою (рис. 307-2). Призначають з 1,5-2 місяців.

**РОЗТИРАННЯ.** В.п. лежачи. Масажист кладе ліву гомілку дитини між долонями своїх рук так, щоб права рука лягла на зовнішню поверхню гомілки, а ліва – на задню; одночасно двома долонями виконують розтираючі колові рухи за годинниковою стрілкою, рухаючи кисті рук від нижньої частини гомілки до стегна. При масажі правої ноги, відповідно, змінюється положення рук масажиста (рис. 308-4). Використовується після 3 місяців.

**РОЗМИНАННЯ.** В.п. лежачи. Ліва нога дитини вільно лежить на лівій долоні масажиста, яка підтримує ногу в нижній частині гомілки. Трьома пальцями (II, III, IV) правої руки масажист виконує поздовжнє, щипцеподібне розминання чи одночасно колові та поступальні рухи, розминаючи м'язи гомілки та стегна, починаючи від стоп в напрямку до стегна. Призначають з 6 місяців.

### МАСАЖ СПИНИ

**ПОГЛАДЖУВАННЯ.** Дитина лежить на животі ногами до масажиста, руки під грудьми. Масажист погладжує спину дитини, починаючи від сідниць до голови тильною поверхнею кистей рук, від голови до сідниць – долонною. Призначається з 1,5-2 місяців життя. До 3 місяців, коли дитина ще недостатньо зберігає положення на животі, потрібно масажувати однією рукою, іншою – підтримувати тулуб дитини. Після 3 місяців погладження виконується одночасно двома руками (рис. 307-4).

**РОЗТИРАННЯ** спини виконується в положенні дитини лежачи на животі. Кінцями пальців обох рук виконують спіралеподібні розтирання м'язів спини від хребта вбоки по міжребрових проміжках. У такому ж положенні розтирають сідниці. Притримуючи ноги дитини однією рукою, долонною поверхнею другої руки спіралеподібно розтирають сідницю. Потім проводять кінцями пальців легке розтирання бічних ділянок грудної клітки (рис. 309-9). Призначають з 4 місяців.

**РОЗМИНАННЯ.** Виконується у положенні дитини лежачи на животі. Трьома пальцями (II, III, IV) обох рук масажист виконує одночасно одночасно колові та поступальні рухи, розминаючи натискуванням довгі м'язи спини в напрямку від попереку до шиї та ділянки сідниць. Призначається з 4 місяців.

**ПОПЛЕСКУВАННЯ.** Вихідне положення те ж. Ніжно поплескують м'язи спини, починаючи з сідниць до голови і зворотно тильною поверхнею напівзігнутих пальців. Починають із вказівного, поступово включають в роботу інші пальці кисті масажиста. Так само проводять ніжне поплескування по міжребрових проміжках від хребта в сторони. Призначають з 4 місяців.



Поплескування протипоказане при гіпотрофії у зв'язку з тим, що окістя недостатньо прикрите м'якими тканинами.

### МАСАЖ ЖИВОТА

**ПОГЛАДЖУВАННЯ.** Дитина лежить на спині, ногами до масажиста. Долонною поверхнею правої руки масажист виконує колові рухи за годинниковою стрілкою, погладжуючи живіт дитини, не натискаючи на ділянку печінки та не дотикаючись до статевих органів хлопчика (307-7). Призначається з 1,5-2 місяців.

**РОЗТИРАННЯ.** В.п: лежачи на спині. Масажист підводить долоні обох рук під поперек дитини, потім обидві руки одночасно переміщує за ходом косих м'язів живота, починаючи з боків до з'єднання долонь над пупком. Призначається з 3-4 місяців (рис. 309-3).

### МАСАЖ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

**ПОГЛАДЖУВАННЯ.** Дитина лежить на спині. Виконується долонною поверхнею вказівного і великого пальця за ходом грудних м'язів від грудини до пахвових ділянок (6-8 разів) та легкими рухами зігнутих пальців за ходом міжребрових проміжків від середини до боків грудної клітки (не натискаючи на ребра) по 2-3 рази в кожному проміжку. Призначається з 3 місяців.

**РОЗТИРАННЯ.** Виконується спіралеподібними рухами дещо зігнутих пальців обох рук по передній поверхні грудної клітки та граблнеподібно – між ребрами (по 4-5 разів у кожному з них). Призначається з 4 місяців. (рис. 309-6).

**РОЗМИНАННЯ.** Виконується спіралеподібними рухами дещо зігнутих пальців за ходом грудних м'язів до пахвових ділянок. Граблнеподібне розминання міжребрових м'язів від середини до боків грудної клітки. Призначається після 6 місяців.

**ВІБРАЦІЯ.** Виконується двома руками, які обхоплюють грудну клітку з обох боків так, щоб великі пальці розмішувалися спереду. Проводять ніжні ритмічні рухи руками вгору та вниз вздовж грудної клітки (10-12 разів), після чого виконують погладження грудної клітки (рис. 308-8). Призначається з 6 місяців.

### МАСАЖ СТОП

В.п.: лежачи на спині. Масажист кладе ногу дитини задньою поверхнею гомілки між великим та вказівним пальцями лівої руки.

**ПОГЛАДЖУВАННЯ.** Тильною поверхнею пальців правої руки погладжує підошву від пальців дитини до п'ятки і навпаки. Призначають з 1,5 місяця (рис. 307-8).

**РОЗТИРАННЯ.** Вказівний та середній пальці правої руки масажист кладе на тильну поверхню стопи дитини, а великий палець – поперек стопи і коловими рухами енергійно розтирає стопу. Розтирання супроводжується пасивними коловими рухами стопи до середини та назовні (рис. 307-8). Призначається з 3 місяців.

**ПОПЛЕСКУВАННЯ.** Тильною поверхнею напівзігнутих вказівного та середнього пальців правої руки поплескують по стопі дитини. (рис. 308-9, 309-11). Призначають після 3 місяців.

В усіх випадках використання різноманітних прийомів масажу починається та закінчується погладженням. Кожний прийом повторюють 4-6 разів у віці 1,5-2 місяці і доводять поступово до 10-12 разів у 10-12 місяців. Прийоми погладження можна повторювати і більше, а розминання – менше.

## **Комплекси гімнастичних вправ та прийомів масажу для дітей першого півріччя життя**

У зв'язку з анатомо-фізіологічними особливостями дітей при складанні вікових комплексів вправ та прийомів масажу ранній вік зручно поділяти на 8 періодів:

I – від 1,5 до 3 місяців життя, II – від 3 до 4 місяців, III – від 4 до 6 місяців, IV – від 6 до 10 місяців, V – від 10 місяців до 1 року 2 місяців, VI – від 1 року 2 місяців до 1,5 року, VII – від 1,5 до 2 років, VIII – від 2 до 3 років.

Першим п'яти періодам відповідають певні комплекси гімнастичних вправ та масажу, які проводять в горизонтальному положенні дитини, а іншим – тільки вправи, які виконує дитина у різних вихідних положеннях. Найскладніше і найвідповідальніше проводити масаж та гімнастичні вправи дитині першого півріччя життя.

**Комплекс № 1** (від 1,5 до 3 місяців) (рис. 307).

1. Масаж рук (погладжування).
2. Масаж ніг (погладжування).
3. Викладання на живіт – вправа рефлекторна.
4. Масаж спини (погладжування).
5. Повзання (вправа рефлекторна).
6. “Плавання” (вправа рефлекторна).
7. Масаж живота (погладжування).
8. Масаж стоп (погладжування).
9. Розгинання хребта на правому та лівому боці (вправа рефлекторна).
10. Повзання на спині з допомогою (вправа рефлекторна).

**Комплекс № 2** (від 3 до 4 місяців) (рис. 308).

1. Масаж рук (погладжування, легке розтирання).
2. Схрещення рук на грудях (вправа пасивна).
3. Масаж живота (погладжування, розтирання).
4. Масаж ніг (погладжування, розтирання).
5. Поворот зі спини на живіт вліво (вправа пасивно-активна).
6. Масаж спини (погладжування, розтирання).
7. “Положення плавця” (вправа рефлекторна).
8. Масаж грудної клітки (погладжування).
9. Масаж стоп (погладжування, розтирання, поплескування).
10. Вправи для стоп (рефлекторні).
11. Згинання та розгинання рук (“бокс”) (вправа пасивна).
12. Поворот зі спини на живіт вправо (вправа активно-пасивна).

**Комплекс № 3** (від 4 до 6 місяців) (рис. 309).

1. Масаж рук (погладжування і легке розтирання).
2. Схрещення рук на грудях і розведення їх (вправа пасивна).
3. Масаж живота (погладжування, розтирання).
4. Масаж ніг (погладжування, розтирання).
5. “Ковзаючі кроки” – імітація велосипедних рухів – вправа пасивна.
6. Масаж грудної клітки (погладжування, розтирання).
7. Піднімання голови та тулуба при підтримці за руки, відведені в сторони.
8. Поворот зі спини на живіт (вправа пасивна).
9. Масаж спини (погладжування, розтирання, розминання, вібрація).
10. “Ширяння на животі” – вправа рефлекторна.
11. Масаж стоп (розтирання, поплескування).
12. Вправи для стоп (вправа пасивна).
13. Поперемінне згинання та розгинання рук (“бокс”, вправа пасивна).
14. Згинання і розгинання ніг одночасно та поперемінно (вправа пасивна).
15. Піднімання з положення лежачи на животі (вправа активно-пасивна).

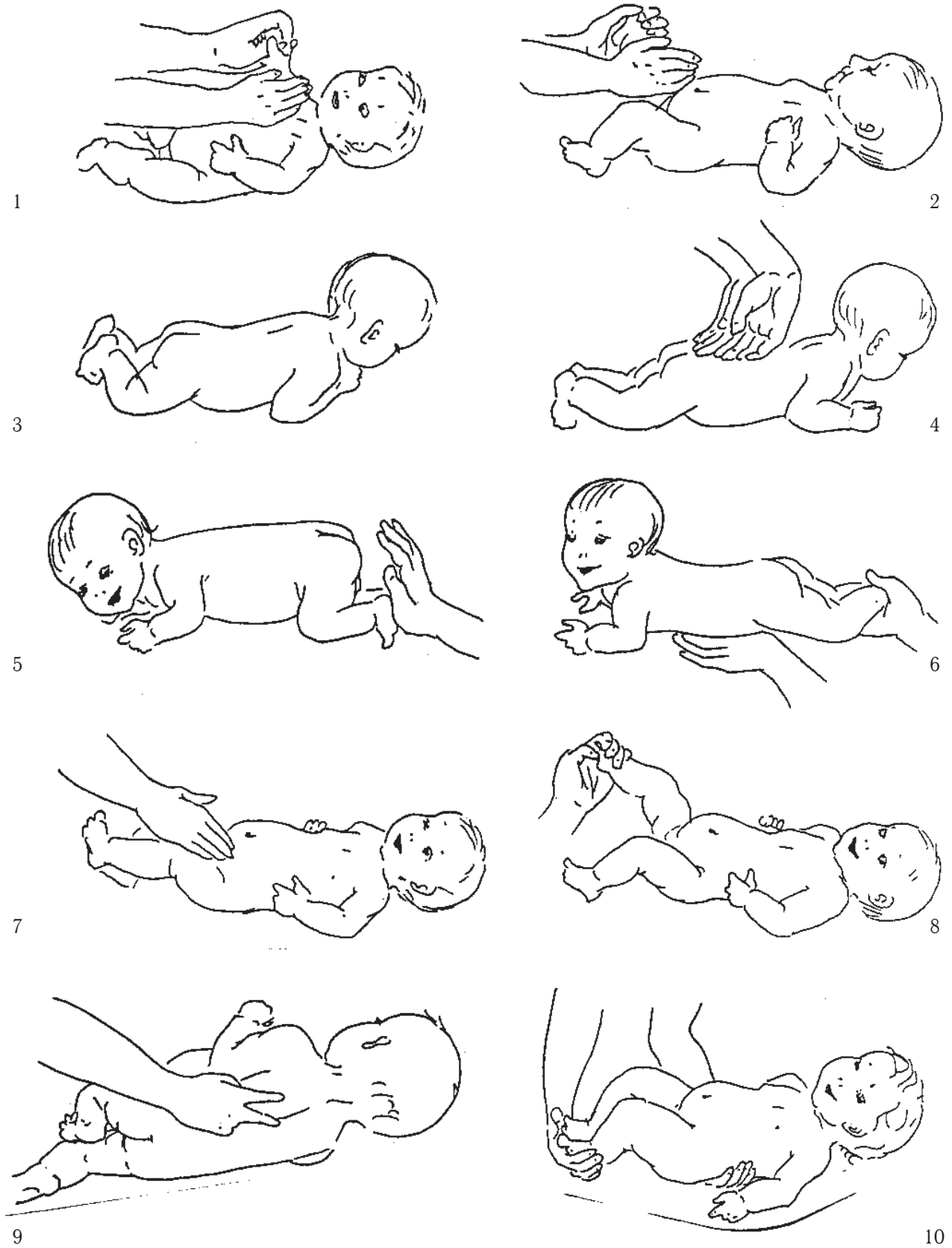


Рис. 307. Комплекс фізичних вправ та прийомів масажу для дітей віком 1,5-3 місяці (Комплекс 1).

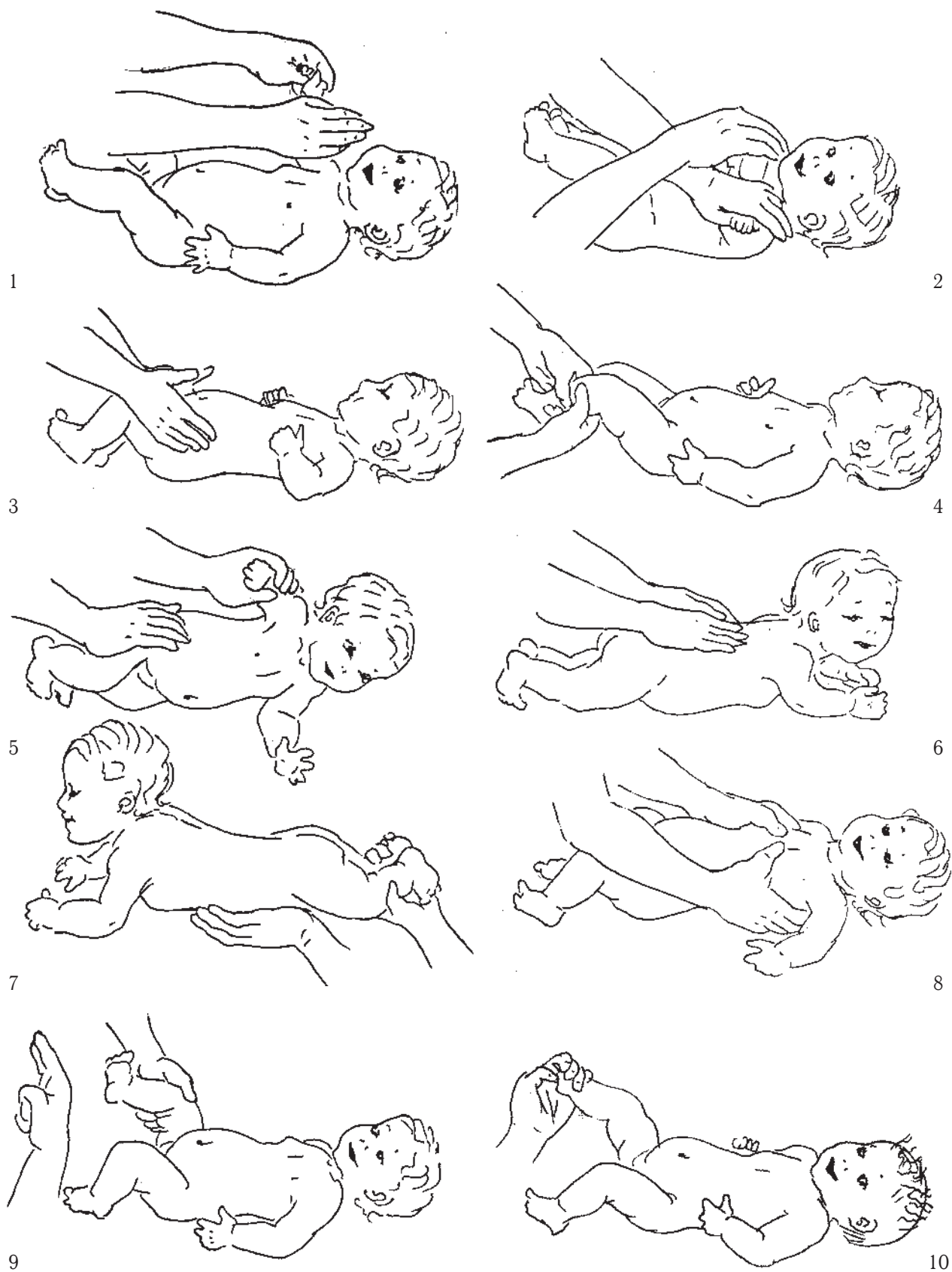
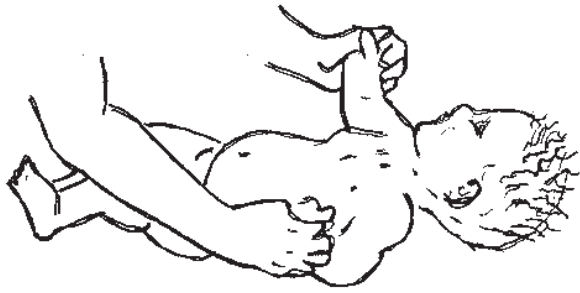
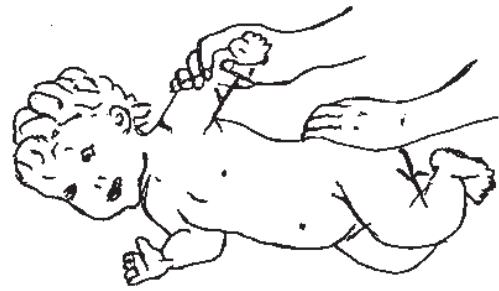


Рис. 308. Комплекс фізичних вправ та прийомів масажу для дітей віком 3-4 місяці (Комплекс 2).



9



10

Рис. 308 (продовження). Комплекс фізичних вправ та прийомів масажу для дітей віком 3-4 місяці (Комплекс 2).



1



2



3



4



5



6

Рис. 309. Комплекс фізичних вправ та прийомів масажу для дітей віком 4-6 місяців (Комплекс 3).

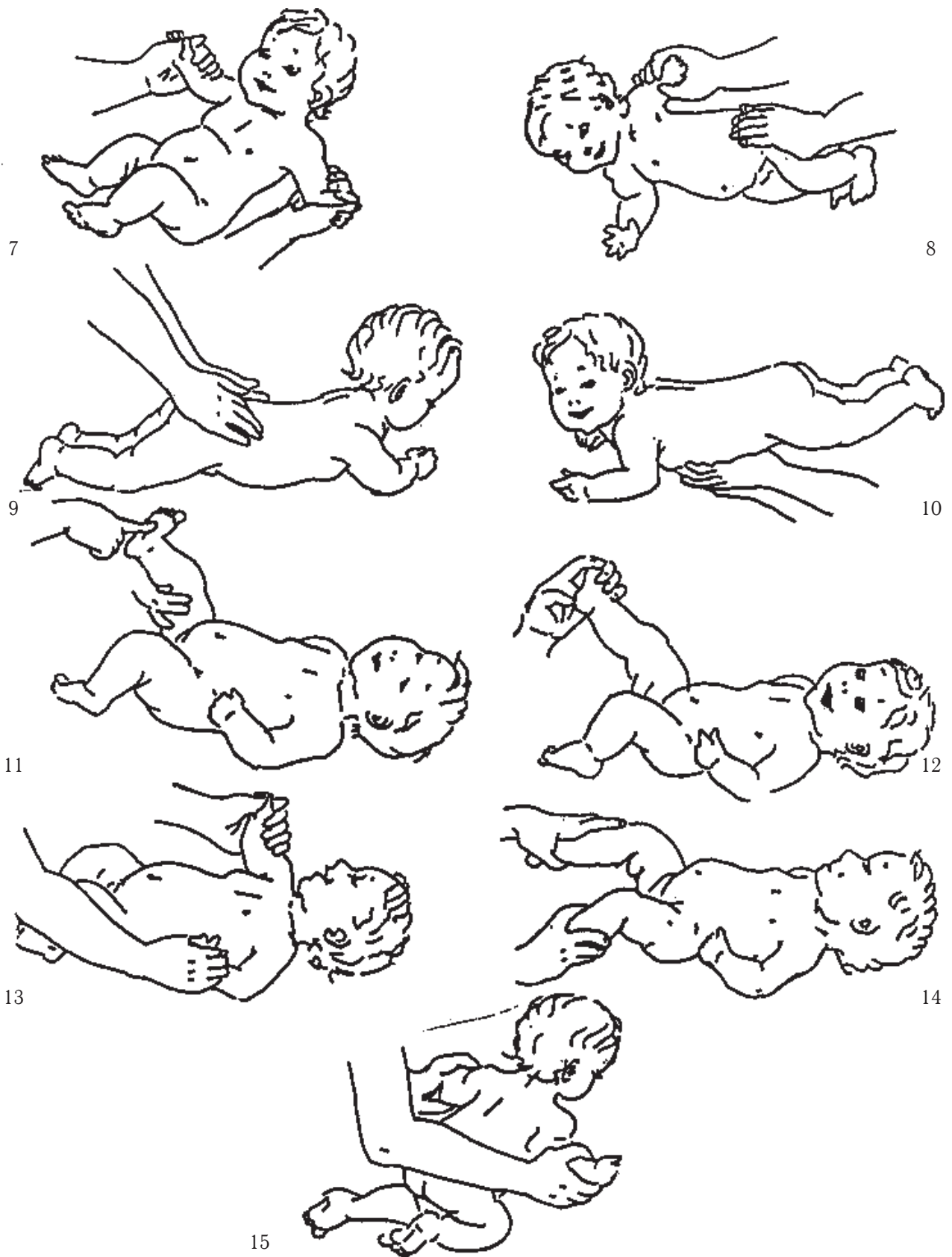


Рис. 309 (продовження). Комплекс фізичних вправ та прийомів масажу для дітей віком 4-6 місяців (Комплекс 3).



## Масаж для дітей з різними захворюваннями

### Масаж при захворюваннях органів дихання

Організм дитини постійно перебуває у стані посиленого росту та розвитку, тому дихальна система її повинна забезпечити більші, ніж у дорослої людини, потреби в газообміні.

Захворювання органів дихання відносять до найбільш поширеної патології дитячого віку. Тяжкість ураження організму дитини при захворюваннях органів дихання зумовлена рядом анатомічних та фізіологічних особливостей дихальної системи дітей, які необхідно знати спеціалісту з масажу.

Порожнина носа та носова частина глотки у дітей відносно малі, вузькість носових ходів та їх насиченість кровонесними судинами сприяють легкому виникненню утруднень носового дихання. Одночасно зі слизової оболонки носоглотки виникає цілий ряд рефлексів, які змінюють ритм дихання та серцевої діяльності. Велика кількість лімфоїдної тканини в ділянці носоглотки створює передумови для розвитку хронічних запальних процесів. Всі ці особливості спричиняють більш часте, ніж у дорослих, порушення функції носового дихання, а разом з цим порушення функції зовнішнього дихання в цілому.

Слизова оболонка дитини багата кровонесними судинами, еластична тканина розвинута недостатньо, у зв'язку з чим просвіт бронхів легко звужується при набряку слизової, а накопичення слизового секрету ще більше порушує бронхіальну прохідність.

Проміжна тканина легень в ранньому та дошкільному віці добре розвинута, кровонесні та лімфатичні судини відносно широкі, тому всі легені в цілому менш повітряні і повнокровніші, ніж у старших. Для легень дитини характерна відносна бідність еластичними волокнами. З одного боку це забезпечує високу пружність легеневої тканини та її малу розтяжність, що вимагає значно більших енергозатрат на дихання (наприклад, восьми річна дитина витрачає на один і той же об'єм вентиляції в 2,5 рази більше енергії, ніж дорослий). З іншого боку, бідність еластичною тканиною, повільний легеневий лімфо- та кровотік, недостатня екскурсія грудної клітки створюють передумови для легкого виникнення спадання легеневої тканини і утворення безповітряних просторів (ателектазів).

До фізіологічних особливостей дихальної системи дитини відносять менший кров'яний тиск в малому колі кровообігу. При виникненні патологічних процесів у проміжній тканині легко стискаються кровонесні та лімфатичні судини, що спричиняє ще більше сповільнення току крові в легенях, а разом з тим порушення газообміну в них.

Таким чином, апарат зовнішнього дихання та газообмін здорової дитини функціонують в особливих умовах, які забезпечують потреби організму завдяки більш напруженій діяльності, ніж у старшому віці. Проте пристосувальні механізми функціональної системи дихання нестійкі, резерви дихальної функції недостатні, що відносно легко спричиняє виникненню дихальної недостатності при порушеннях внутрішнього та зовнішнього середовища.

### Масаж при гострій пневмонії у дітей

Запалення легень у дітей належить до інфекційно-токсичних захворювань, яке призводить до розладів зовнішнього дихання, наростання кисневої недостатності, токсикозу, порушення обміну речовин, функцій дихальної, серцево-судинної, травної систем.

Методика масажу цілком залежить від виду, періоду захворювання, гостроти перебігу та індивідуальних особливостей дитини, її віку, фізичного та психічного розвитку.

**Показання** до призначення масажу: зменшення або зникнення симптомів токсикозу відразу ж після зниження температури тіла до норми або ж установлення стійкого субфебрилітету на тлі задовільного загального стану хворого.

**Протипоказання** до призначення масажу: гострий запальний процес із важким кашлем, вираженою інтоксикацією з високим лейкоцитозом, збільшенням ШОЕ, високою температурою тіла; гостре виснаження хворого, кровохаркання, дихальна недостатність, значна тахікардія,

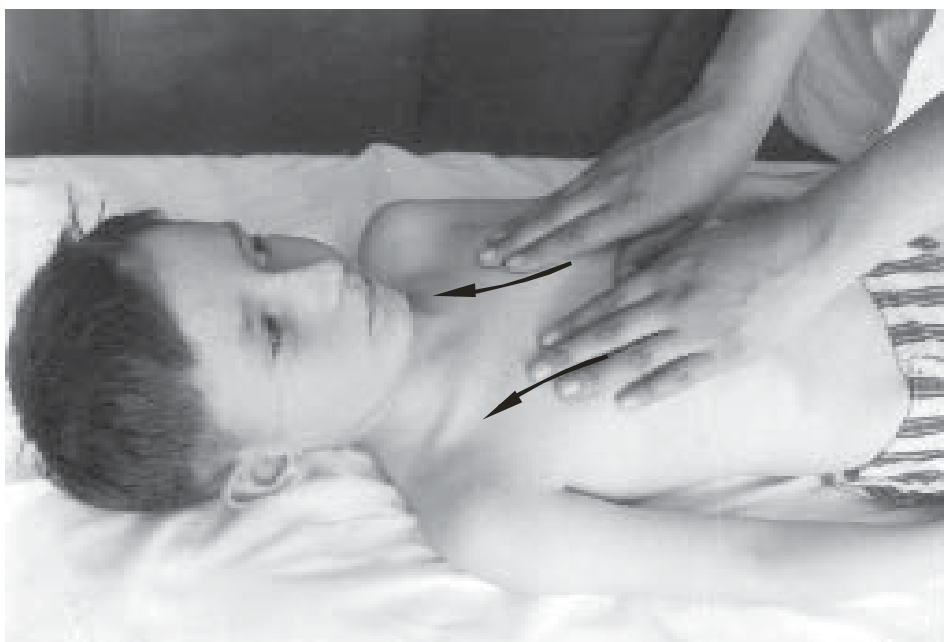
значні порушення функції серцево-судинної системи, зміни в органах і системах, які є загальними протипоказаннями до призначення масажу; різко негативне ставлення дитини до масажу.

### **Масаж при ліжковому режимі**

**Завдання** масажу: зменшення застійних явищ, покращання кровообігу в легенях, нормалізація емоційного стану, активація захисних сил організму, гуморальний та рефлекторний вплив на функціональний стан дихальної системи.

**План** масажу: масаж тулуба, кінцівок.

**Методика** масажу. Масаж проводиться в горизонтальному положенні дитини. Використовуються прийоми поверхневого погладжування (рис. 310); ніжного, повільного розтирання тулуба та кінцівок. Інтенсивні прийоми протипоказані. Ефективним є поєднання з лікувальною фізкультурою.



*Рис. 310. Погладжування грудної клітки дитини.*

При масажі дітей раннього віку необхідно остерігатись їх переохолодження, тому відкритими залишають лише ділянки, де проводиться масаж. Ефективним для них є масаж живота. Процедуру закінчують пасивними рухами кінцівок.

**Тривалість** масажу – 5-7 хв.

### **Масаж в період видужання**

**Завдання:** нормалізація емоційного стану, функціонального стану нервової системи; поліпшення кровообігу в легенях, зменшення застійних явищ, прискорення розсмоктування запальних інфільтратів у них; покращання дренажної функції бронхів, підвищення захисних сил організму.

**План** масажу: масаж спини, комірцевої зони, бічних та передніх ділянок грудної клітки.

**Методика** масажу: масаж проводиться в горизонтальному положенні дитини, якщо дозволяє її стан – з дещо опущеним головним кінцем.

Погладжування спини виконують тильною поверхнею кистей рук від сідниць до голови, від голови до сідниць – долонною. Розтирання: спіралеподібні розтирання спини пальцями обох рук по обидва боки хребта, далі розтирають лопаткові, підлопаткові ділянки, міжреброві проміжки. Розминання виконується трьома пальцями одночасно чи послідовно з обох боків, одночасно коловими чи поступальними рухами розминають глибокі м'язи спини, найширші м'язи спини, трапецієподібний м'яз (призначається після 6 місяців). Ніжні поплескування виконуються долон-

ною поверхнею напівзгнутих пальців кисті м'язів спини, починаючи від сідниць до шиї і зворотно. Так само проводять ніжні поплескування по міжребрових проміжках від хребта назовні. Призначають після 6 місяців.

Масаж комірцевої зони. Дитина кладе руки під голову (якщо дозволяє вік). Долонною поверхнею II-IV пальців обох рук виконується легке погладження задньої та бічних шийних ділянок. Руки рухаються симетрично від потилиці до плечових суглобів. У такому ж напрямку здійснюється легке прямолінійне та спіралеподібне розтирання. Декілька легких розтирань виконується в ділянці потилиці. Розминання верхньої частини трапецієподібного м'яза проводять поздовжнім та поперечним розминанням в напрямку від лопатки до потилиці. Закінчують масаж комірцевої зони погладженням.

Масаж бічної ділянки грудної клітки проводять послідовно з кожного боку в положенні дитини на боці. Погладження виконується однією чи двома руками в напрямку до пахвових ділянок. Розтирання: прямолінійне та спіралеподібне однією чи двома руками, особливу увагу приділяють розтиранню ребер та міжребрових проміжків, яке виконується кінцевими фалангами пальців у напрямку до хребта. Вібрація: поставивши пальці в міжреброві проміжки, здійснюючи часті коливальні рухи (200-250 коливань за 1 хв), пальці поступово рухаються в напрямку до хребта. Закінчують погладженням.

Масаж передніх ділянок грудної клітки проводиться в положенні дитини на спині. Необхідно пам'ятати, що ділянку сосків, особливо груді у дівчаток, масажувати не рекомендують. Погладження виконується в напрямку від нижнього краю грудної кістки догори по ній, потім по підключичних ділянках до пахвових лімфатичних вузлів.

У такому ж напрямку виконується розтирання, пальцями при цьому руки здійснюють короткі прямолінійні та колоподібні рухи. Далі проводиться погладження та розтирання в ділянці грудної кістки та вздовж нижніх ребрових країв. Закінчують масаж передніх ділянок грудної клітки погладженням.

Якщо стан та вік дитини дозволяє, проводять масаж в дренажному (колінно-ліктьовому) положенні дитини. Виконують прийоми переривчастої вібрації (ніжні поплескування, рубання (рис. 311), поколючування), вібраційні стискання грудної клітки під час видиху та покашлювання дитини (рис. 312).



**Рис. 311. Переривчаста вібрація (рубання) в дренажному (колінно-ліктьовому) положенні для покращання відходження мокротиння у дитини.**



*Рис. 312.* Стискання грудної клітки дитини в колінно-ліктьовому положенні під час покашлювання.

Ефективним є виконання дитиною загальнозміцнювальних та спеціальних вправ. У дітей першого півріччя життя проводять пасивні вправи кінцівками та масаж живота за загальноприйнятою методикою.

**Тривалість** процедури масажу – 10-15 хв.

#### **Масаж при бронхіальній астмі у дітей**

Бронхіальна астма – захворювання, яке характеризується нападами ядухи різної частоти та тривалості. Вона належить до числа захворювань, у виникненні яких вирішальну роль відіграє спотворена чутливість організму до дії певних подразників, тобто алергія. Бронхіальна астма у дітей може носити чисто алергічний характер, коли напади ядухи виникають при дії специфічного подразника (алергену) – певних видів їжі, лікарських препаратів, фарб, запахів, пилу та ін. Інша форма бронхіальної астми – інфекційно-алергічна, коли астматичні напади виникають після менш чи більш тривалих інфекційних захворювань органів дихання (респіраторні вірусні інфекції, бронхіти, пневмонії). У патогенезі бронхіальної астми важливу роль відіграють і зміни реактивності нервової системи.

У перебігу бронхіальної астми виділяють два основних періоди: нападний (астматичний стан) та позанападний.

Під час нападу ядухи настають: а) спазм бронхіальної мускулатури; б) набряк слизової бронхів; в) посилена секреція бронхіальних залоз. У дітей у зв'язку з анатомо-фізіологічними особливостями дихальної системи в механізмі нападу дещо менше значення має спазм відносно слаборозвинутої мускулатури бронхів. Звуження їх викликане переважно набряканням слизової бронхів та гіперсекрецією бронхіальних залоз. Анатомо-фізіологічні особливості носоглотки зумовлюють набряк слизової носа, що утруднює носове дихання.

Клініка бронхіальної астми характеризується нападами ядухи – дитина не може видихнути повітря, її грудна клітка розширюється, руки опираються на краї ліжка чи стільця, плечі підняті, всі допоміжні м'язи беруть участь у диханні. Шумне свистяче дихання чути на відстані. При вислуховуванні в легенях чути велику кількість свистячих хрипів, у дітей раннього віку безліч різнокаліберних вологих хрипів. При сильному спазмі дрібних бронхів та при їх obturacii

хрипи можуть не прослуховуватись і появлятися в процесі зменшення бронхоспазму. В момент нападу швидко настають ознаки дихальної недостатності, різко підвищується частота дихання, збільшується частота серцевих скорочень. Після нападу зберігається кваліть або підвищена збудливість. У дітей з частими нападами бронхіальної астми змінюється форма грудної клітки, порушується постава, що сприяє розвитку деформацій хребта.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану соматичної та вегетативної нервової системи, корекція психоемоційного стану, підвищення реактивності організму; зменшення та ліквідація напруження дихальних м'язів та м'язів бронхів; відновлення і покращання бронхіальної прохідності та евакуаційної функції бронхів; попередження і корекція деформацій опорно-рухового апарату та порушень постави.

**Показання** до призначення масажу: бронхіальна астма атопічної та інфекційно-алергічних форм, хронічний бронхіт з бронхоспастичним компонентом в позаприступний період.

**Противопоказання** до призначення масажу: важкий стан дитини, астматичний стан, висока температура, наростання дихальної та серцево-судинної недостатності, психоемоційне збудження, загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж ділянки носа, комірцевої зони, спини, бічних та передніх ділянок грудної клітки, живота.

**Методика** масажу. Масаж проводиться в горизонтальному положенні дитини.

Масаж ділянки носа можна проводити і в положенні дитини сидячи (якщо дозволяє стан та вік). У такому випадку масажист розміщується за спиною дитини. Бажано, щоб дитина перед масажем по можливості очистила носові ходи. Масаж носа включає погладжування спинки і крил носа та точковий масаж. Погладжування спинки носа проводять долонною поверхнею одного чи декількох пальців у напрямку від кінчика носа до його кореня послідовними рухами рук (рис. 313-1). Погладжування крил носа виконується долонною поверхнею одного чи декількох пальців одночасно з обох боків, починаючи від спинки носа, далі переходять на бічні поверхні та крила носа, потім на щічки дитини, і руки легко знімаються перед вухами (рис. 313-2). Точковий масаж: найчастіше використовують слідувачі точки (рис. 313-1,2,3,4,5): непарні – кінчика носа (1), кореня носа (2); парні: під крилом носа (3), над крилом носа (4), по краю носа над виличною кісткою (5). Точковий масаж виконують кінчиком вказівного пальця, який (не відриваючись від точки) спіралеподібно рухається за годинниковою стрілкою, з поступовим наростанням сили натискування заглиблюється в точку, затримується в ній на 1-2 і поступово, знову спіралеподібно рухається, зменшуючи натискування, виходить з цієї точки. Непарні точки можна масажувати будь-якою рукою, а парні – однойменною рукою при положенні масажиста позаду хворого і протилежною – при розміщенні масажиста перед дитиною. Кожну парну точку масажують послідовно з кожного боку. Після чого переходять до наступної парної точки. Закінчують масаж носа погладжуванням. Тривалість масажу носа – 3-5 хв.

При утрудненні носового дихання після масажу ефективним є проведення таких заходів.

Носове дихання: різкий вдих і видих через одну та дві ніздрі, одночасно чи послідовно. Видих повинен бути настільки сильним, щоб (по можливості) виводився слиз, що є в носі. Після цього під час видиху масажист періодично натискує послідовно на кожну з ніздрів. Ефективніше і цікавіше буде дитині, якщо вона в цей час промовлятиме носовим звуком “а-а-а”, “у-у-у”, “м-м-м”. Якщо при цьому має місце закладання у вухах, потрібно зробити декілька ковтальних рухів.

Водні процедури: вмивати дитину декількома пригорщами холодної (водопровідної, джерельної) води, добре розтираючи обличчя при цьому. Втягнення носом холодної води з пригорщі: дитина нахиляє голову, втягує воду носом, потримає декілька секунд, далі, залишаючись нахиленою, добре сякає носик. Полоскання горла холодною водою: набрати в рот води, закинути голову назад і якнайдовше полоскати горло, щоб вода “сильно булькала, мов кипіла” в горлі, потім, опустивши голову, виплюнути воду. Повторити 5-7 разів. В окремих випадках можна користуватись дещо теплішою водою, але ефективність при цьому нижча. При отиті необхідно утриматись від втягування води носом.

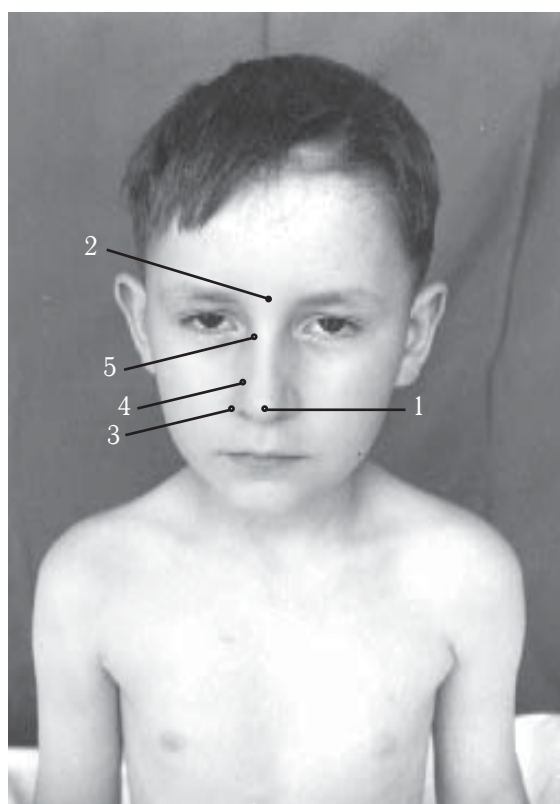




А



Б



*Рис. 313. Масаж носа при алергічних ринітах та бронхіальній астмі: А – погладжування спинки носа; Б – погладжування бічних поверхонь носа; 1, 2, 3, 4, 5 – основні точки на носовій ділянці, які підлягають точковому масажу.*



Масаж спини виконується в горизонтальному положенні дитини. Погладжування спини тильною поверхнею кистей рук від сідниць до голови, від голови до сідниць – долонною. Розтирання: прямолінійне розтирання спини в поздовжньому та поперечному напрямках долонними поверхнями кистей рук, які рухаються назустріч одна одній в повільному темпі, спіралеподібні розтирання пальцями ділянки спини (рис. 314). Розминання: трьома пальцями обох рук, одночасними поступальними та коловими рухами в повільному темпі ніжно розминають глибокі м'язи спини, найширші м'язи спини, трапецієподібний м'яз (призначається після 6 місяців). Вібрація: лабільна вібрація пальцями вздовж м'язових волокон (рис. 315), в міжребрових проміжках граблеподібно поставленими пальцями. Прийоми переривчастої вібрації при бронхіальній астмі можуть підсилити бронхоспазм, тому їх не рекомендують виконувати. Закінчують масаж спини погладжуванням.

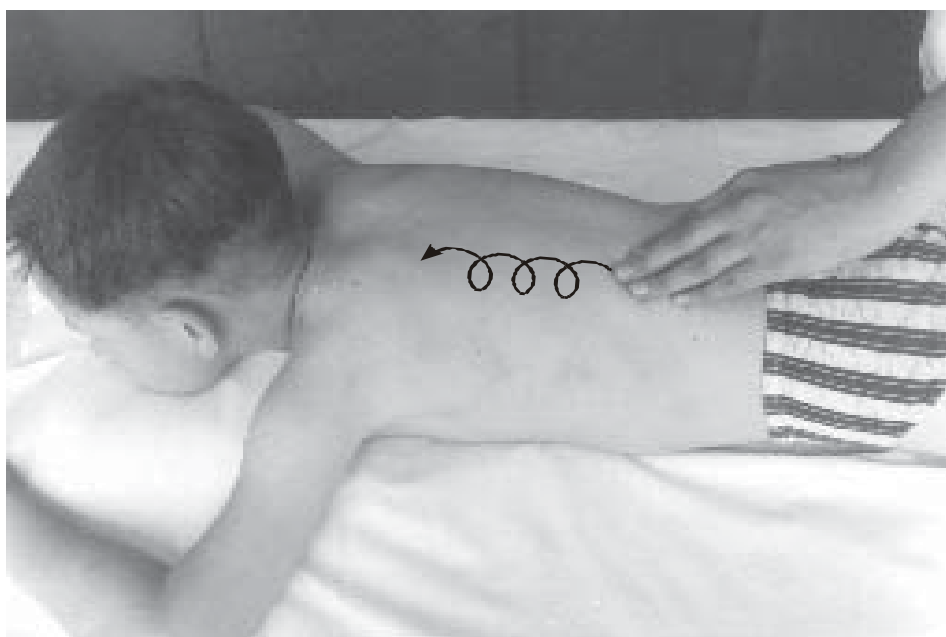


Рис. 314. Розтирання (розминання) пальцями м'язів спини дитини.

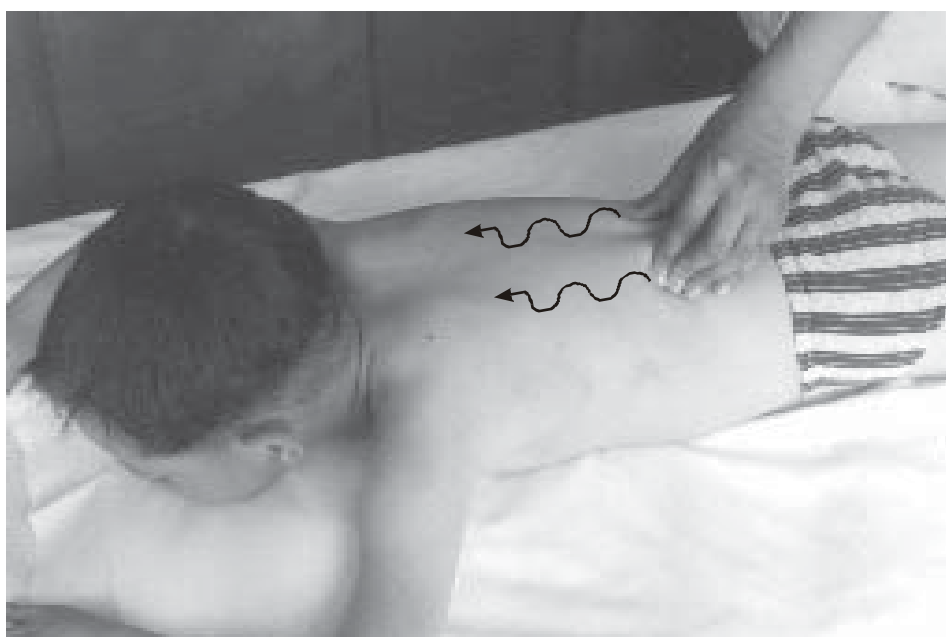


Рис. 315. Розтирання, вібрація I-II пальцями спини дитини.

Масаж комірцевої зони. Дитина кладе руки під голову (якщо дозволяє вік). Долонною поверхнею II-IV пальців обох рук виконується легке погладжування задньої та бічних шийних ділянок. Руки рухаються симетрично від потилиці до плечових суглобів. У такому ж напрямку проводиться прямолінійне та спіралеподібне розтирання. Декілька легких розтирань виконуються в ділянці потилиці. Розминання низхідної частини трапецієподібного та груднинно-ключично-соскоподібного м'язів проводять поздовжнім, щипцеподібним розминанням в повільному темпі, ніжно, без зусиль. Закінчують масаж комірцевої зони погладжуванням.

Масаж бічних ділянок грудної клітки проводять послідовно з кожного боку в положенні дитини на боці. Погладжування однією чи двома руками в напрямку до пахвових ділянок. Розтирання: прямолінійно та спіралеподібно кінцями пальців однієї чи двох рук проводять розтирання окістя ребер; граблеподібно поставленими пальцями ніжно, в повільному темпі, розтирають міжреброві м'язи в напрямку до хребта. Вібрація: поставивши пальці в міжреброві проміжки, здійснюючи часті коливальні рухи (200-250 коливань за 1 хв), пальці поступово рухаються в напрямку до хребта. Закінчують погладжуванням.

Масаж передніх ділянок грудної клітки проводиться в положенні дитини на спині. Погладжування в напрямку від нижнього краю груднини догори по ній, під ключицею до пахвових ділянок. У такому ж напрямку виконується розтирання, при цьому руки здійснюють короткі прямолінійні чи колоподібні рухи. Погладжування та розтирання вздовж нижніх ребрових країв у напрямку від груднини до хребта. Розминання: великих грудних м'язів натискуванням та зміщенням ніжно, в повільному темпі. Закінчують погладжуванням.

Масаж живота виконується в положенні дитини лежачи на спині з дещо зігнутими ногами. Долонною поверхнею правої кисті масажист виконує колові рухи навколо пупка за годинниковою стрілкою, поглажуючи живіт дитини, не натискуючи на ділянку печінки. Розтирання: масажист підводить долоні обох рук під поперек дитини, потім обидві руки одночасно переміщує за ходом косих м'язів живота, починаючи з боків до з'єднання долонь над пупком. Прямі м'язи живота розтирають прямолінійними та спіралеподібними прийомами в напрямку від лобкової кістки до булавоподібного відростка та хрящів V-VII ребер долонною поверхнею II-IV пальців. Розтирання нижнього ребрового краю виконується в напрямку до хребта короткими прямолінійними чи спіралеподібними рухами. Закінчують погладжуванням.

Якщо дозволяють вік та стан дитини, у колінно-ліктьовому положенні проводять вібраційні стискання грудної клітки під час видиху та покашлювання для поліпшення дренажної функції бронхів.

Ефективним є виконання загальнозміцнювальних і спеціальних (дихальних, на розслаблення) вправ та звукової гімнастики, біг підтюпцем, танці.

**Тривалість** процедури – 10-15 хв на початку курсу лікування та 15-20 – під кінець. Курс лікування – 10-12 процедур. Масаж може використовуватись для попередження виникнення астматичних станів при появі алергічного риніту, загостренні хронічних захворювань дихальної системи, з профілактичною метою восени та весною.

### Масаж при рахіті

Рахіт – захворювання дитячого віку, яке характеризується порушенням кісткоутворення, глибоким порушенням всіх видів обміну речовин, змінами в нервовій, ендокринній, м'язовій системах. Хвороба зумовлена дефіцитом вітаміну D.

У клінічній картині звертають на себе увагу зміни кісткової системи: порушуються їх морфо-функціональні властивості, кістки стають мешн щільними, легко деформуються, в зонах росту посилено розвивається кісткоподібна остеїдна тканина. У результаті порушення процесів регуляції м'язового тонуусу виникає м'язова гіпотонія. Гіпотонія дихальних м'язів і деформація грудної клітки приводять до порушення функції дихання, воно стає більш поверхневим.

Для хворих на рахіт характерні кволість, загальмованість, інколи навпаки, надмірна плаксивість, вразливість, збудливість, порушення денного та нічного сну, пітливість, а також зміни в легенях, серці, печінці, часто поганий апетит, дисфункція кишок, зниження рівня гемоглобіну. Такі діти відстають у фізичному розвитку, ослаблені, часто хворіють.

Розрізняють три ступені рахіту: I – легкий, II – середньої тяжкості, III – тяжкий. Він може бути гострим, підгострим, рецидивним. Періоди хвороби – початковий, розпалу, виздоровлення, залишкових явищ.

**Завдання** масажу: нормалізація обмінних процесів за рахунок поліпшення всіх функцій шкіри (дихальної, видільної, терморегулюючої, стимуляції утворення в ній вітаміну D); відновлення тону та еластичності м'язів; покращання стану зв'язкового апарату; активація функціонального стану нервової, серцево-судинної, ендокринної систем та дихальної функції легень.

**Показання** до призначення масажу: рахіт у підгострий період або не швидше ніж через 2 тижні після початку лікування в період розпалу.

**Протипоказання** до призначення масажу: період розпалу захворювання та всі загальні протипоказання.

**План** масажу: масаж спини, передніх та бічних ділянок грудної клітки, верхніх та нижніх кінцівок, живота.

**Методика** масажу визначається віком дитини, психоемоційним розвитком, періодом захворювання та особливостями його клінічного перебігу. При гострому рахіті в період розпалу масаж призначається не швидше ніж через 2 тижні після початку медикаментозного лікування. Масаж проводять в горизонтальному положенні дитини, використовують тільки ніжні погладження, обминаючи зони росту кісток. Масажують спину, передні та бічні ділянки грудної клітки, верхні та нижні кінцівки, живіт. Масаж поєднують з рефлекторними та пасивними гімнастичними вправами в повільному темпі в межах фізіологічної амплітуди рухів у суглобах. Тривалість процедури не більше 10 хв.

У період видужання в зв'язку з поліпшенням стану дитини можливе збільшення кількості використовуваних прийомів масажу, у тому числі розтирання і розминання, які значно покращують лімфо- та кровообіг. Розтирання використовують в першу чергу для масажу дихальної мускулатури, розминання – для масажу спини, живота, сідниць. Методика виконання прийомів масажу описана в попередньому розділі.

У період залишкових явищ проводиться масаж, методика якого відповідає масажу здорової дитини цієї ж вікової групи. Крім цього, проводиться масаж та гімнастичні вправи, спрямовані на корекцію функціонального стану нервової, м'язової систем, відновлення рухів. Через 2-2,5 місяці від початку лікування масаж можна доповнити комплексом вправ для здорових дітей у відповідні періоди їх життя.

Ефективність масажу та лікувальної фізкультури підсилюється використанням лікувальних ванн (сольові, хвойні, з відвару трав – листя подорожника, трава череди, ромашка, шалфей, корінь айру, кора дуба). Їх можна призначати з 1-2 - місячного віку.

**Тривалість** масажу – 7-10 хв на початку курсу лікування та 10-15 хв у кінці його. Курс лікування тривалий і залежить від стану дитини і показань до масажу.

### **Масаж при гіпотрофії**

Гіпотрофія – захворювання, що розвивається в результаті тривалого розладу харчування дитини і характеризується зниженням маси тіла дитини. Найчастіше вона виникає в результаті незбалансованого змішаного або штучного годування, порушення режиму харчування, частих захворювань.

Клінічна картина гіпотрофії характеризується схудненням, зменшенням підшкірного жирового шару, порушенням функції нервової системи, виникненням морфологічних та функціональних змін в травній системі (зниження секреції, розлади моторики), зниженням м'язового тону (м'язи стають тоншими, скоротлива здатність їх знижується). Такі діти відстають у фізичному розвитку, у них утруднюється розвиток рухових навичок, сповільнюється розвиток мови.

Виділяють три ступені гіпотрофії. При I ступені втрата маси тіла до 20 %, при цьому загальний стан дитини практично не порушується; при II – на 30 %, відзначають затримку психомоторного розвитку та клінічні прояви порушення функції багатьох органів і систем; при III – втрата маси тіла більша ніж на 30 %, виникають тяжкі розлади водно-сольового обміну,

різке стоншення мускулатури, зникнення підшкірного жирового шару, шкіра суха, зморшкувата, еластичність її різко знижена.

Масаж є складовою комплексного лікування, яке включає дієту, медикаментозне лікування, лікувальну фізкультуру та інші методи (за показаннями). Фізичні вправи та масаж призначають із врахуванням віку дитини, стану її здоров'я та психофізичного розвитку. Під впливом масажу та гімнастичних вправ по нервових шляхах направляються імпульси, що мають тонізуючий та тренуючий вплив на центральну нервову систему, у зв'язку з чим покращується її функція регуляції та контролю над роботою всіх органів і систем, швидко відновлюється та нормалізується психомоторний розвиток, підвищується неспецифічний імунітет.

**Завдання** масажу: поліпшення та нормалізація нервових процесів, обміну речовин; підвищення опірності; нормалізація функції травної системи, її ферментативної діяльності; попередження затримки психомоторного розвитку, відновлення та нормалізація рухових навичок.

**Показання** до призначення масажу: гіпотрофія I, II, III ступенів, в останньому випадку – при відсутності тяжких порушень водно-сольового обміну та функціонального стану нервової системи.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий загальний стан, гіпотрофія III ступеня з порушенням водно-сольового обміну та функціонального стану нервової системи, загальні протипоказання.

**Методика** масажу. Масаж та фізичні вправи призначають з врахуванням віку дитини, психофізичного розвитку, періоду та тяжкості перебігу захворювання.

При гіпотрофії III ступеня, особливо при значному зниженні тону м'язів та підвищенні больової чутливості шкіри, дітям призначають погладжуючий масаж: спочатку рук, ніг, потім живота, спини та грудей. Використовують рефлекторні гімнастичні вправи та поступово вводять пасивні вправи. До 3 місяців пасивні вправи для кінцівок не рекомендуються. Тривалість занять – 5-8 хв. Для швидшого відновлення нормального розвитку моторики рекомендують 2-3 рази на день в період неспання проводити з дитиною невеликі, індивідуально складені комплекси гімнастичних вправ та масажу. Температура повітря повинна бути не нижче 26 °С, у противному разі дитину накривають пелюшкою, поступово відкриваючи необхідні для масажу місця.

При гіпотрофії II ступеня, покращенні стану та наростанні маси тіла при гіпотрофії III ступеня використовується погладжуючий масаж тулуба та кінцівок, вибірково – прийоми розтирання, рефлекторні гімнастичні вправи, а при виникненні активних рухів – активні рухи відповідно до рівня розвитку рухових навичок. Тривалість занять зростає до 12-15 хв.

При гіпотрофії I ступеня та при вираженій тенденції до відновлення маси тіла дитини при гіпотрофії II і III ступенів в процедуру масажу, крім прогладжування, включають розтирання та розминання. Використовують методику масажу здорової дитини. При повному відновленні маси тіла дитини використовують ніжне поплескування для стимуляції рухових навичок. З цією ж метою використовують і гімнастичні вправи.

Приблизний зміст процедури масажу та лікувальної фізкультури при гіпотрофії III ступеня для дитини 3-6 місяців:

1. Масаж рук (погладжування).
2. Масаж ніг (погладжування).
3. Масаж та рефлекторні вправи для ніг.
4. Масаж живота (погладжування).
5. Викладання на живіт.
6. Масаж спини (погладжування).

Приблизний зміст процедури масажу та лікувальної фізкультури при гіпотрофії II ступеня у дитини 5-9 місяців:

1. Погладжування живота та кінцівок.
2. Відведення рук в сторони та схрещування їх на грудях (пасивні рухи, при появі самостійних рухів – з допомогою).
3. Почергове згинання ніг.
4. Поворот зі спини на живіт з допомогою – вліво.

5. Масаж спини (погладжування та розтирання).
6. Стимуляція повзання.
7. Викладання на живіт на зменшеній площі опори.
8. Масаж спини (погладжування).
9. Поворот зі спини на живіт з допомогою (вправо).
10. Піднімання голови та плечей при підтримці за руки з положення на животі.
11. Масаж живота.
12. Присаджування при підтримці за відведені руки.
13. Масаж ніг (погладжування та розтирання).
14. Згинання ніг одночасно та поперемінно.
15. Масаж рук (погладжування).
16. Колові рухи руками.

**Тривалість** процедури масажу залежить від стану дитини, періоду, тяжкості перебігу захворювання, віку. Починають завжди з 6-10 хв. Поступово доводять процедуру масажу до 10-15 хв. Курс лікування тривалий і залежить від стану дитини і динаміки захворювання.

### **Масаж при нічному нетриманні сечі**

Нічне нетримання сечі (енурез) може бути результатом органічних пошкоджень в іннерваційних зв'язках сечового міхура чи анатомічних змін структури сечового міхура та хребта. Крім цього, нічне нетримання сечі може мати функціональний характер: пов'язане з порушенням нормальної діяльності нервових центрів, які регулюють акт сечовиділення; після перенесеного циститу, арахноїдиту; при ураженні нервових корінців у попереково-крижовому відділі хребта; у разі слабкості змикального апарату сечового міхура. Таке нетримання сечі носить назву неврозоподібного енурезу. Зустрічається у дітей 2-15 (інколи і більше) років.

В одних випадках енурез буває непостійно, лише при несприятливих зовнішніх умовах (після фізичного перевтомлення, хвилювань, підвищення температури тіла, вживання надмірної кількості рідини перед сном та ін.). У більш складних випадках енурез являє собою постійне явище.

Нерідко у цих дітей одночасно спостерігаються нічні страхи, скрегіт зубами, сноходіння, дратівливість, нестійкість настрою, капризи, заїкання та ін.

Масаж є складовою комплексного лікування, яке включає відповідну дієту (обмеження пиття на ніч, вживання солоного огірка перед сном), медикаментозну терапію, лікувальну фізкультуру, фізіотерапевтичні процедури, психотерапію та ін.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану нервово-психічної сфери, підвищення фізичної працездатності, зміцнення змикальної функції сфінктера сечового міхура і сечівника.

**Показання** до призначення масажу: нетримання сечі функціонального характеру.

**Протипоказання** до призначення масажу: загальні.

**План** масажу: масаж комірцевої зони, сегментарних та рефлексогенних зон куприкових, крижових, поперекових та нижньогрудних (XII-X) спинномозкових сегментів, живота, стегон.

**Методика** масажу. Положення хворого – лежачи. Масаж комірцевої зони починають з масажу прихребтових зон сегментів D<sub>1</sub>-C<sub>5</sub>: площинне погладжування, розтирання напівколовими рухами кінцями пальців, пиляння, штрихування; розминання поздовжнє, зміщення; вібраційні погладжування. Масаж потилиці, задньої та бічних шийних ділянок: погладжування охоплює долонною поверхнею кистей в напрямку від потилиці до пахових лімфатичних вузлів; розтирання пальцями прямолінійне з обох боків одночасно, руки рухаються в протилежних фазах, спіралеподібне розтирання кінцями пальців послідовно з кожного боку; розминання трапецієподібного м'яза прийомами поперечного розминання, зміщення, розтягування; розминання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів щипцеподібне. Закінчують масаж погладжуванням.

Масаж прихребтових зон куприкових, крижових, поперекових спинномозкових сегментів: площинне поверхневе та глибоке погладжування; розтирання кінцями пальців – поздовжнє, поперечне, циркулярне, штрихування, пиляння; розминання – поздовжнє, зміщення,



натискування; безперервна стабільна та лабільна вібрація пальцями та долонею. Розтирання пальцями ребрових дуг та гребенів клубових кісток.

Масаж сідничних ділянок: поверхнєве та глибоке погладження від куприкового та крижового відділів хребта, клубових гребенів до пахвинних лімфатичних вузлів долонною поверхнею пальців чи кисті; розтирання спіралеподібне кінцями пальців, штрихування, пиляння в ділянках куприкової, крижової кісток, гребенів крижової кістки – спіралеподібно. Розтирання сідничних м'язів гребенеподібне, штрихування, пиляння, пересікання. Розминання сідничних м'язів: поздовжнє та поперечне розминання, стискання, натискування, зміщення. Вібрація: ніжне потрушування м'язів.

Масаж передньої черевної стінки: площинне поверхнєве та глибоке погладження справа наліво навколо пупка; розтирання тканин передньої черевної стінки: спіралеподібне розтирання (рис. 316), штрихування, пиляння, пересікання; розминання поздовжнє прямих м'язів живота в напрямку від лобкового зрощення до груднини. Погладження та розминання косих м'язів живота. Розтирання передньої поверхні гребенів клубових кісток, лобкової ділянки.



Рис. 316. Спіралеподібне розтирання передньої черевної стінки дитини.

Масаж стегон проводиться в положенні хорого лежачи на спині, під колінами валик. Переважному впливу підлягають передня та внутрішня поверхні стегна. Погладження площинне та обхоплююче, хрестоподібне усього стегна в напрямку від колінного суглоба до пахвинних лімфатичних вузлів. Розтирання пальцями чи долонною поверхнею однієї чи двох рук прямолінійне, спіралеподібне, пиляння, пересікання. Розминання поздовжнє, поперечне окремо м'язів переднього, заднього та при середнього відділів стегна, стискання, валяння. Безперервна лабільна вібрація. Інтенсивні прийоми масажу, особливо, переривчаста вібрація, не показані. Закінчують погладженням усього стегна.

**Тривалість** процедури масажу – 15-20 хв. Курс лікування – 10-15 процедур. При необхідності курс лікування можна продовжити чи повторити.

Важливе значення має поєднання масажу з фізичними вправами. З цією метою використовуються загальнозміцнювальні та спеціальні вправи. Останні в першу чергу включають вправи для привідних м'язів стегна (відведення, приведення стегон, вправи з покладеним між колінами чи стопами м'ячем, ходьба напівприсядки з м'ячем між колінами), сідниць, передньої черевної



стілки, плавання способом “брас”. Рекомендують затримувати періодично сечу під час сечовипускання. Для досягнення більш поверхневого сну ефективним є використання бігу підтюпцем перед сном.

### **Масаж при уродженій дисплазії кульшових суглобів**

Причина народження дітей з недорозвитком (дисплазією) кульшових суглобів повністю не з'ясована. Відомо, що у дівчаток вона зустрічається в 3 рази частіше, ніж у хлопчиків, у 25 % випадків вона поєднується з іншими уродженими вадами. Частіше зустрічається в сім'ях, члени якої страждають від уродженого вивиху стегна, деформівного артрозу кульшових суглобів. Часто дисплазія буває у дітей від першої вагітності, у недоношених, при маловодді, у дітей, які народилися в сідничному положенні, у дітей, що перебувають на ранньому штучному вигодовуванні.

Симптоми уродженої дисплазії: відчуття клацання в суглобі при відведенні ніг на 45-60°, потім ноги відводяться вільно, а при приведенні приблизно в тому ж положенні знову відчувається клацання; кут відведення стегна в нормі досягає 70-80°, при дисплазії він стає меншим; асиметрія складок на стегнах та сідницях, укорочення стегна.

Ефективність лікування дітей з уродженою дисплазією кульшових суглобів з віком різко знижується, причому має значення запізнення з призначенням лікування на місяці і навіть тижні.

**Завдання** масажу: стимулювати трофічну функцію вегетативної нервової системи, сприяти поліпшенню лімфо- та кровообігу в ділянці кульшових суглобів для прискорення їх формування, нормалізувати тонус м'язів, що забезпечують функцію кульшових суглобів.

**Показання** до призначення масажу: дисплазія кульшових суглобів.

**Протипоказання** до призначення масажу: загальні.

**План** масажу залежить від віку дитини. Найбільш доцільним є масаж прихребтових зон куприкових, крижових, поперекових хребців, масаж сідничних ділянок, кульшових суглобів, нижніх кінцівок.

**Методика** масажу також значною мірою залежить від віку дитини. До 3 місяців використовуються поглажуючий масаж спини, стоп, гомілок, стегон, сідниць. Після 3 місяців включають розтирання. Звертають особливу увагу на розтирання привідних м'язів стегна. З 6 місяців масаж доповнюють розминанням м'язів спини, нижніх кінцівок та сідниць (рис. 317). Проводять розслаблююче розминання привідних м'язів стегна. Після розслаблення сідничних м'язів використовують розтирання ділянки кульшових суглобів (рис. 318). Закінчують процедуру поглажуванням указаних ділянок. Причому масажувати треба, не знімаючи ортопедичних пристосувань.

Після масажу виконуються загальнозміцнювальні та спеціальні вправи. Спеціальні вправи спрямовані в основному на збільшення кута відведення ніг. Для цього ноги згинають на 90° у кульшових суглобах і 10-15 разів розводять їх з незначним зусиллям, ніжно розтягуючи привідні м'язи стегна. З цією ж метою використовують короткочасну фіксацію широко розведених стегон. Корисні колові рухи ногами в один, потім інший бік по 8-10 разів, попеременні згинання ніг в розведеному положенні, по 12-15 разів кожною ногою.

Діти, які пройшли курс лікування з приводу дисплазії кульшових суглобів чи уродженого вивиху стегна, повинні дотримуватись певного режиму, не допускаючи перевантажень. Корисна їзда на велосипеді, на конях. Стрибки, біг, катання на лижах протипоказані.

**Тривалість** процедури – 10-15 хв, курс лікування – за показаннями.

### **Масаж при плоскостопості**

Плоскостопість – часткове або повне опущення поздовжнього чи поперечного склепіння стопи. Поперечне склепіння стопи несе основне навантаження, а поздовжнє – виконує ресорну функцію. Для визначення ступеня проявів плоскостопості використовують різні методи. Найпростіший з них – співвідношення найширшої та найвузчої частин відбитка стопи. При співвідношенні 1:4 склепіння вважається нормальним, 2:4 – сплосченим, 3:4 – плоским.



*Рис. 317.* Розминання сідничних м'язів дитини спіралеподібним натискуванням пальцями.



*Рис. 318.* Спіралеподібне розтирання пальцями в ділянці кульшового суглоба дитини.

Плоскостопість нерідко супроводжується пронацією п'ятки та супінаційною контрактурою переднього відділу стопи. При пронації внутрішній край її опускається, а зовнішній піднімається. При супінації – навпаки, її внутрішній край піднімається. У зв'язку з цим під час стояння чи ходи основне навантаження падає на внутрішнє, сплющене склепіння стопи.

Плоскостопість буває уродженою та набутою. Перша – зустрічається рідше і є результатом вад внутрішньоутробного розвитку. Набута – результат слабкості м'язів, яка найчастіше буває

зумовлена рахітом, гіпотрофією, травмою. Сплющення стопи, як правило, буває у малорухомих дітей, з ослабленим м'язово-зв'язковим апаратом, при надмірній масі тіла, носінні нерационального взуття, тривалому перебуванні в теплому взутті в приміщенні. Плоскостопість нерідко поєднується з порушенням постави.

Клінічно плоскостопість проявляється швидкою втомлюваністю ніг, болем в стопах, п'ятках, колінних суглобах, м'язах гомілок, стегон, в попереку, зниженням фізичної працездатності. Нерідко виникає і головний біль як результат зниження ресорної функції стоп.

Внаслідок плоскостопості хода дитини стає незграбною та скутою: дитина ходить, розставивши ноги, дещо зігнувши їх у колінних суглобах, розвівши стопи, посилено розмахуючи руками. Можливе порушення положення таза.

Масаж є складовою частиною комплексного лікування, яке включає в першу чергу: фізичні вправи, фізіотерапевтичні процедури, загартовуючі заходи.

У зв'язку з тим, що плоскостопість легше попередити, ніж лікувати, масажист повинен знати і вміти виконувати заходи, спрямовані на профілактику цього захворювання, які необхідно починати з раннього віку.

1. Рефлекторні вправи для стоп: почухування підошви, згинання та розгинання пальців ніг.
2. Масаж стоп – погладжування.
3. Масаж стоп – розтирання.
4. Тупцювання – пасивне.
5. Масаж ніг – погладжування, розтирання.
6. Піднімання ніг та зведення стоп.

Не можна ставити дитину на ноги заздалегідь, вона сама навчиться цьому. Не рекомендують купувати дитині взуття з м'якою підошвою. Воно повинно відповідати розміру ноги, мати невеликий каблук висотою 0,5-0,8 см, пружну устілку, міцний задник.

Коли дитина навчиться ходити, підбирають спеціальні вправи, які сприяють зміцненню м'язів гомілки, стопи, пальців: ходьба на пальцях, п'ятках, зовнішній поверхні стопи, по ребристій дошці, палці, лазіння по канату, захоплювання пальцями ніг дрібних предметів. Влітку дитині рекомендують ходити босоніж по землі, траві, піску, негострих камінцях. Підвищує профілактичну спрямованість фізичних вправ масаж нижніх кінцівок. Для самомасажу стоп підприємства випускають різноманітні пристосування. Дитині можна використовувати з цією метою і рахівниці, краще зроблені з дерев'яних коліщаток.

**Завдання** масажу: поліпшення функціонального стану нервової системи; підвищення фізичної працездатності, м'язового тону; покращання кровопостачання та функціонального стану нервово-м'язового апарату; урівноваження тону м'язів, що утримують стопу в правильному положенні; корекція постави, координації рухів.

**Показання** до призначення масажу: часткове та повне опущення поздовжнього чи поперечного склепіння стопи.

**Протипоказання** до призначення масажу: загальні.

**План** масажу: масаж ділянок спини, сідниць, стегон, гомілок, стоп.

**Методика** масажу зумовлена віком дитини, її психічним та фізичним розвитком. Масаж проводять у горизонтальному положенні дитини. Масаж спини: погладжування від сідниць до голови тильною поверхнею кисті масажиста, від голови до сідниць – долонною; розтирання спіралеподібне кінцями пальців паравертебральних зон; розминання натискуванням та зміщенням довгих м'язів спини від нижче- до вищерозміщених сегментів. Масаж сідниць: погладжування долонною поверхнею кисті прямолінійними та спіралеподібними рухами в напрямку від хребта назовні; розтирання однією чи обома руками, які рухаються назустріч; розминання поперечне та попереминим натискуванням.

При однаково вираженому тонусі глибоких м'язів спини та сідниць з обох боків – інтенсивність масажу однакова. При нерівномірному – на боці підвищення тону прийом використовують менш інтенсивно, на боці з пониженим тонусом – більш інтенсивно, можлива переривчаста вібрація кінцями пальців розслабленої кисті.

Масаж нижніх кінцівок проводиться в горизонтальному положенні дитини: масажист лівою рукою підтримує ногу, а правою проводить її масаж. Внутрішні відділи стегна масажувати не рекомендують. Погладжування: обхоплююче поздовжнє в напрямку від пальців до кульшового суглоба. Розтирання: прямолінійне та спіралеподібне стопи, гомілки, стегна. Розминання поздовжнє та поперечне м'язів гомілки та стегна проводять диференційовано, залежно від клінічних проявів захворювання. Якщо дитина ходить на дещо зігнутих ногах, то для нормалізації тону м'язів відділ згиначів стегна та гомілки масажують менш інтенсивно (рис. 319), розгиначів – більш інтенсивно. Якщо дитина ставить стопу більше на внутрішню поверхню її – проводять розслаблюючий масаж бічної групи м'язів гомілки, якщо на зовнішню – більш інтенсивний масаж цих м'язів. З метою підвищення тону м'язів можна використовувати ніжну переривчасту вібрацію у вигляді рубання чи поколювання кінцями пальців. Для зниження тону – безперервну лабільну та стабільну вібрацію.



Рис. 319. Розминання м'язів заднього відділу гомілки дитини.

При масажі підшовної поверхні стопи використовують площинне прямолінійне та спіралеподібне погладжування, грабле- та гребенеподібне розтирання, розминання натискуванням та зміщенням зовнішніх, присередніх та середніх груп м'язів стопи спочатку менш, потім – більш інтенсивно. Використовують прийоми переривчастої вібрації: поколювання кінцями пальців, рубання.

Закінчують масаж нижніх кінцівок погладжуванням та пасивними рухами, спрямованими на корекцію положення стопи.

**Тривалість** процедури – 10-15 хв. Курс лікування – 10-15 процедур 3-4 рази на рік. Заняття лікувальною гімнастикою – постійне, довготривале.

### **Масаж при сколіотичній хворобі**

Сколіоз – викривлення хребта вліво або вправо. Визначають сколіоз за напрямком випуклості дуги викривлення хребта та ділянки хребта, де локалізується викривлення. Розрізняють простий сколіоз, коли є одна дуга викривлення, та складний – з утворенням двох або більше викривлень в різні боки. До основних зовнішніх проявів сколіозу відносять: викривлення хребта, асиметрію шийно-плечових кутів, асиметрію положення нижніх кутів лопаток за відстанню від хребта та

за висотою їх розміщення, асиметрію трикутників талії, асиметрію стояння гребенів клубових кісток, асиметрія тонуусу глибоких м'язів спини. За тяжкістю сколіозу поділяються на IV ступені. I ступінь – асиметрія зникає в положенні “струнко” чи при підтягуванні за підборіддя у положенні лежачи. При II ступені сколіозу асиметрія зникає в положенні вису. При сколіозі III ступеня асиметрія не зникає повністю, більш виражені всі клінічні ознаки сколіозу. На боці ввігнутості різко западають м'язи і часто реберна дуга наближається до гребеня клубової кістки. Розслаблюються м'язи живота. Збільшується кіфоз у грудному відділі хребта. При сколіозі IV ступеня рентгенологічно кут відхилення більше  $30^\circ$  не змінюється в положенні лежачи в положенні вису. Відзначають підсилення усіх вищевказаних симптомів. У хворих на сколіоз має місце порушення функції серцево-судинної, дихальної систем, нерідко реєструється плоскостопість, тому правильніше говорити не про сколіоз, а про сколіотичну хворобу. Профілактика прогресування сколіозу і лікування сколіотичної хвороби полягає перш за все в ліквідації причин, що викликали її, в проведенні загальнозміцнюючих заходів, корегуючої лікувальної гімнастики та масажу.

**Завдання** масажу: покращання загального стану дитини, лімфо- та кровообігу; зміцнення м'язів спини, живота, таза та нормалізація їх тонуусу; корекція стану хребта, положення таза та постави.

**Показання** до призначення масажу: масаж показаний при всіх ступенях сколіозу.

**Протипоказання** до призначення масажу: загальні.

**План** масажу: прихребтові зони хребта, спина, задня та бічні шийні ділянки, передні та бічні ділянки грудної клітки, живіт, за показаннями – верхні та нижні кінцівки.

**Методика** масажу. Положення хворого має велике значення. Воно залежить від клінічних проявів захворювання, і тому його треба підбирати індивідуально. Так, при правобічному сколіозі грудного відділу хребта в положенні на животі необхідно праву руку покласти за спину, а голову нахилити вліво. При правобічному сколіозі в поперековому відділі хребта рекомендують ліву ногу покласти на праву. Голова повинна бути повернена в правий бік.

Масаж виконують в положенні лежачи на животі чи на боці. Спочатку проводять погладжування і розтирання. Потім приступають до диференційованого масажу на боці скорочених м'язів (ввігнутість), використовують погладжування, розтирання, розминання, безперервну вібрацію, всі рухи виконуються плавно, без різкого впливу. На розтягнутих м'язах масажують обхоплюючим і площинним погладжуванням, пилянням, штрихуванням, натискуванням, рухи повинні бути дещо інтенсивнішими. При сколіозі II і III ступенів переривчаста вібрація не використовується. Методика масажу шиї, передніх та бічних ділянок грудної клітки, живота, як і на спині, також залежить від тонуусу м'язів: для напружених м'язів – розслаблюючий вплив, для розтягнутих – більш тонізуючий.

При сколіозі IV ступеня показаний тільки загальний масаж у вигляді погладжування і розтирання.

Значно складніше масажувати подвійне (S-подібне) викривлення хребта. У цьому випадку спину рекомендують поділити на 4 ділянки: дві грудних (з боку ввігнутості та випуклості) та дві поперекових. Кожну ділянку масажують з урахуванням ввігнутості чи випуклості викривлення та стану м'язів цих ділянок.

Якщо сколіоз поєднується з округлою спиною, то на ділянку кіфозу впливають погладжуванням, розтиранням, розминанням (особливо натискуванням), легким поплескуванням. Великі грудні м'язи при цьому необхідно масажувати за розслаблюючою методикою: погладжування, спокійне розтирання, ніжне натискування, країв-поздовжнє та поперечне розминання, безперервна вібрація.

При всіх ступенях сколіозу необхідно зміцнити трапецієподібний (особливо висхідну та поперечну частини) та ромбоподібні м'язи. Для цього масажист однією рукою приводить лопатку до середньої лінії, дещо відводить плече назад, підклавши під нього валик, а другою масажує м'язи міжлопаткової та лопаткової ділянок. Масаж поєднується з механічним натискуванням на випуклу частину ребрових дуг. Для цього тильною поверхнею кисті (з розігнутими і розведеними пальцями) м'якими рухами натискують на виступаючі ребра. Кисть рухається в напрямку



бічної поверхні грудної клітки і при кіфозі згладжує і знижує висоту горба. Масажувати необхідно з обох боків. Більш інтенсивний масаж проводять на випуклому боці, де м'язи розтягнуті.

На передніх ділянках грудної клітки на боці сколіозу плече виступає вперед. Масажист повинен розслабити ці м'язи та відновити нормальне положення плеча. Для цього однією рукою він захоплює і відтягує плече, намагаючись відновити симетричне положення відносно іншого плеча. Використовують погладження і розтирання, ніжне розминання та безперервну вібрацію. На протилежному боці масаж повинен бути більш інтенсивним. При I та II ступенях сколіозу можна використовувати переривчасту вібрацію.

Обов'язково необхідно масажувати кінцівки: при сколіозі грудного відділу – верхні, поперекового – нижні. При асиметричному розміщенні гребенів клубових кісток ефективним є масаж ділянки таза, особливо сідничних м'язів, та нижніх кінцівок. У зв'язку з тим, що сколіоз часто поєднується з плоскостопістю, необхідно масажувати гомілки та ступні. Масаж треба поєднувати з лікувальною фізкультурою.

**Тривалість** масажу – 20-25 хв. Курс лікування – 20 процедур щоденно або через день.

### **Масаж при дитячому церебральному паралічі**

Формування рухових функцій у людини являє собою складний процес, де на зміну одним формам руху приходять інші, більш цілеспрямовані та досконалі. Проте під час внутрішньоутробного розвитку, в момент пологів, у період новонародженості під впливом найрізноманітніших причин (інфекції, травми, інтоксикації та ін.) порушуються складні взаємовідношення, що здійснюються в процесі дозрівання нервових структур. Природний хід формування рухових функцій при цьому змінюється, виникають різні патологічні прояви, що призводять до розвитку дитячого церебрального паралічу (ДЦП). Основу захворювання складають рухові розлади у вигляді парезів та паралічів, дистонічних проявів та гіперкінезів, що нерідко супроводжуються порушенням психіки, мови.

Залежно від проявів тих чи інших рухових розладів розрізняють різні форми ДЦП. Найчастіше зустрічається диплегічна форма, для якої характерна симетричність ураження, страждають переважно ноги і, меншою мірою, руки. Відзначається різке підвищення м'язового тону, особливо у згиначах та привідних м'язах нижніх кінцівок, що призводить до розвитку контрактур. Ця форма відома під назвою хвороби Літтла.

Геміплегічна форма проявляється порушенням рухів у руці та, меншою мірою, в нозі на боці, протилежному ураженій півкулі. При активних рухах, наприклад під час ходи, у них виникають різні синкінезії – рука напружується і відхиляється вбік, м'язи тулуба напружуються. При “подвійній геміплегії” (спастичному тетрапарезі) з однаково вираженими змінами на верхніх та нижніх кінцівках часто виникає порушення інтелекту. Мозочкова форма супроводжується порушенням координації в поєднанні з помірно вираженими спастичними паралічами.

Частота захворювання – 1,7-2 випадки на 1000 народжених. Важлива роль у лікуванні ДЦП відводиться лікувальній фізкультурі та масажу, які повинні проводитись під керівництвом досвідчених спеціалістів. Лікування потрібно розпочинати по можливості в більш ранні терміни, бо мозок дитини має великі компенсаторні можливості, які зменшуються з часом. У ранньому віці ще нерізько виражені спастичні феномени, патологічні пози, не встигли розвинути контрактур та деформації, відзначається висока реактивність рефлекторної сфери. Все це сприяє отриманню більш сприятливих результатів.

**Завдання** масажу: вироблення рухових навичок, які не розвиваються у хворого природним шляхом через ураження тих чи інших відділів головного мозку. Масаж використовується з метою поліпшення трофічних процесів у головному мозку, пониження рефлекторної збудливості м'язів, попередження розвитку контрактур, зменшення синкінезій, стимулювання функції паретичних м'язів, покращання лімфо- та кровообігу, попередження вестибулярних розладів.

**Показання** до призначення масажу: масаж призначається для лікування рухових розладів у хворих на дитячий церебральний параліч.



**Протипоказання** до призначення масажу: загальні.

**План** масажу: масаж прихребтових зон  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  хребців для впливу на нижні кінцівки та  $D_4-D_1$ ,  $C_7-C_3$  – для впливу на верхні кінцівки, масаж спини, грудної клітки, м'язів пояса нижніх кінцівок та вільних нижніх кінцівок, м'язів пояса верхніх кінцівок та вільних верхніх кінцівок, живота.

**Методика** масажу. Для зниження збудливості рухових клітин спинного мозку та впливу на трофічні процеси проводиться масаж паравертебральних зон спинномозкових сегментів у ділянці  $S_5-S_1$ ,  $L_5-L_1$ ,  $D_{12}-D_{10}$  для впливу на нижні кінцівки та  $D_4-D_1$ ,  $C_7-C_3$  для впливу на верхні кінцівки. Виконують його від нижче- до вищерозміщених сегментів. Використовують прийоми погладжування, розтирання, розминання. У першому півріччі життя застосовують ніжно виконані прийоми погладжування та легкого розтирання. Для зміцнення, поліпшення кровопостачання і трофіки в ослаблених м'язах спини, грудної клітки, живота у першому півріччі життя використовують поверхневі ніжні, виконані в повільному темпі прийоми погладжування, розтирання, розминання, стабільну та лабільну вібрацію, потрушування м'язів, далі масаж призначають більш диференційовано.

Особливу увагу необхідно звернути на масаж м'язів, що прикріплюються до лопатки та підлопаткової ділянки. Послаблення функції м'язів, які фіксують лопатку до хребта (ромбоподібні, задні зубчасті, підлопаткові та ін.), супроводжується спастичним станом великих грудних м'язів, що сприяє зміщенню лопатки і плечового поясу. Правильне положення лопатки, в свою чергу, необхідне для скорочення м'язів, які забезпечують розгинання голови, що визначає тонус м'язів спини. Підвищення тону великого грудного м'яза може призвести до неправильного положення кінцівок, голови та сповільнення вертикалізації тіла дитини. Тому потрібно розслабити великий грудний м'яз і провести стимулюючий масаж м'язів лопатки та підлопаткової ділянки.

У хворих на ДЦП порушується функція м'язів, що беруть участь в акті дихання (діафрагмальний м'яз, великий та малий грудні, міжреброві м'язи та м'язи живота). Масаж цих м'язів проводять у положенні лежачи на спині. Виконують погладжування і легке розминання передньобічної поверхні грудної клітки, косих м'язів живота, прямих м'язів живота. Окремо масажу підлягають великий грудний м'яз та міжреброві м'язи з метою розслаблення їх при підвищеному тонусі і для збільшення сили скорочення під час дихання. Діафрагма часто перебуває в спастичному стані. Для її розслаблення проводять точковий масаж за ходом ребрових дуг: продавлюючи м'язи передньої стінки живота, заводять пальці під краї ребер. О.Е. Штеренгерц та Н.А. Белая (1996) звертають увагу на позитивний вплив інтенсивного масажу трапецієподібного м'яза, на рефлекторну стимуляцію дихання.

На кінцівках масаж проводять чітко диференційовано. Погладжування, розтирання, розминання скорочених м'язів з проводять ніжно, плавно, в повільному темпі, ритмічно. Дещо глибший, енергійніший масаж з прийомами безперервної вібрації (ніжного рубання, поколючування) виконується на розтягнутих м'язах. Суглобові поверхні і зв'язково-сухожилковий апарат масажують ніжними неглибокими циркулярними та коловими і спіралеподібними прийомами погладжування та розтирання подушечками пальців.

Перед початком масажу необхідно добитися максимального розслаблення м'язів. З цією метою використовують спеціальні положення, вправи на розслаблення і окремі види та прийоми масажу.

Для нормалізації тону м'язів важливе значення має розміщення окремих частин тіла зокрема та їх взаєморозміщення. У першу чергу це стосується положення голови у просторі та її положення відносно шиї, тулуба.

З метою нормалізації тону перед розтягуванням спазмованих м'язів можна виконати рух у бік дії напружених м'язів до кінця, тобто до повного об'єму зігнути кінцівку чи повернути голову в бік спастичної кривошиї, таким чином максимально наблизивши місця прикріплення м'язів. Потримавши скорочені м'язи в такому положенні декілька секунд і провівши легке потрушування м'язів, ніжно, без зусиль виконують максимальний рух у зворотному напрямку і фіксують його.

З масажних прийомів для розслаблення м'язів використовують валяння, потрушування, безперервну лабільну та стабільну вібрацію. Добре зарекомендувало себе використання портативних електровібраторів. Високоєфективним засобом зниження м'язового тону є погойдування дитини на м'ячі в положенні лежачи на спині, на животі, на боці в поєднанні з масажем спини, шиї, сідниць.

Ефективним методом підготовки хворого до масажу та лікування при ДЦП є точковий масаж – метод рефлекторного впливу в певних точках загального, сегментарного та локального значення. Залежно від завдань та особливостей клінічної симптоматики в підібраних точках виконують масаж гальмівного чи збудливого характеру. Його проведення вимагає спеціальної підготовки масажиста. Методика масажу і точки впливу широко висвітлені в літературі (С.А. Бортфельд, Г.Ф. Городецкая, Е.И. Рогачева. Точечный массаж при детских церебральных параличах. – Л.: Медицина, 1979. –133 с.).

Конкретна методика масажу підбирається лікарем кожній дитині індивідуально. Вона залежить від клінічних проявів захворювання, індивідуальних особливостей дитини, професійної майстерності спеціаліста з масажу. Так, в гострій та ранній стадії захворювання використовують щадні прийоми масажу (площинне поверхнєве погладжування, гладіння, ніжне розтирання подушечками пальців у повільному темпі, ритмічно). Надалі до вказаних прийомів додається глибоке погладжування та його допоміжні прийоми, розтирання (за винятком щипцеподібного), валяння, стискання, натискування.

О.Е. Штеренгерц, Н.А. Белая (1996) при спастичній геміплегії рекомендують загальний масаж з акцентом на розгиначі. При геміпаретичній формі – використовувати всі прийоми масажу, окрім вібрації. При атонічно-астенічній формі ДЦП дозволяються всі прийоми. Масаж повинен бути енергійним, глибоким. Використовують прийоми щипцеподібного розминання, рубання, поплескування, поколючування, чергуючи з погладжуванням. При гіперкінетичній формі – легкі прийоми (поверхнєве погладжування, гладіння, штрихування, пиляння) для скорочених м'язів і дещо інтенсивніше – для розтягнутих м'язів. Хворим з подвійною геміплегією – диференційований загальний масаж.

Ефективним є поєднання масажу з лікувальною фізкультурою, бальнеогрязелікуванням, фізіотерапевтичними процедурами, ортопедичними заходами.

**Тривалість** лікування 20-25 процедур. Рекомендують в один день проводити масаж ніг та спини, на другий – масаж рук, спини, грудної клітки. Живіт масажують за показаннями. При вестибулярних розладах масажують комірецьову зону. Тривалість масажу поступово збільшують від 5-7 до 15-20 хв. Повторюють курс лікування по 3-4 рази на рік. Інтервал не повинен бути більшим, ніж місяць.

### **Масаж при уродженій кривошії**

Кривошия – деформація шиї, яка супроводжується неправильним положенням голови. Кривошії поділяються на уроджені та набуті. Серед вроджених розрізняють міогенні, артрогенні, остеогенні, дермато- та десмогенні форми. До набутих форм кривоший, крім вищевказаних, відносять ще неврогенні та вторинні (компенсаторні).

Поміж уроджених форм кривоший найчастіше зустрічається природжена м'язова кривошия, зумовлена невідповідністю між довжиною одного з груднинно-ключично-соскоподібних м'язів (рідше двох) та шийним відділом хребтового стовпа. Нерідко вона поєднується з гіпопластичною формою кривоший – результатом уродженого недорозвинення трапецієподібного м'яза на одному боці. Рідше зустрічаються уроджені кривошії, зумовлені патологією розвитку шийного відділу хребтового стовпа.

Вкорочення груднинно-ключично-соскоподібного м'яза (рідше двох) виникає переважно внаслідок його уродженого недорозвинення і наступних змін, які виникають під час пологів та після них під впливом зовнішніх причин, що сприяють сповільненню або припиненню росту м'яза в довжину. При цьому частина недорозвинених м'язових волокон може заміщуватися волокнистою сполучною тканиною, яка за будовою нагадує сухожилки. В окремих випадках у

м'язі може виникнути рубцевий процес, який збільшує його уроджену неповноцінність. Недостатня довжина м'яза зумовлює нахил голови в бік вкороченого м'яза і вперед та поворот її в протилежний бік. Це супроводжується вторинними змінами хребта, ключиць, черепа. При пальпації визначається потовщення та ущільнення ураженого м'яза в його середній, або середньонижній частині. Зменшується об'єм рухів голови, можлива атрофія м'язів лица на ураженому боці. У віці 3-4 років, коли дитина починає рости швидше, деформація помітно збільшується.

Метод лікування – консервативний, при відсутності ефекту – оперативний. Серед консервативних методів лікування важливу роль відіграє масаж.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану соматичної та вегетативної нервової системи, поліпшення крово- та лімфообігу, стимуляція обмінних процесів, запобіганню рубцювання уражених м'язів, відновлення їх функціонального стану, попередження деформацій хребта, ключиць, черепа, атрофії м'язів лица та шиї на боці ураження, підвищення тону м'язів на протилежному (здоровому) боці, відновлення та збереження об'єму рухів у шийному відділі хребтового стовпа.

**Показання** до призначення масажу: уроджена кривошия. Призначають масаж з 2-3 тижня життя дитини.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий загальний стан дитини, захворювання шкіри, загальні протипоказання.

**План** масажу залежить від віку дитини і включає масаж комірцевої зони, спини, голови, лица.

**Методика** масажу також залежить від віку дитини. Призначають масаж з часу встановлення діагнозу, з 2-3 тижня від народження, при відсутності протипоказань. Масаж проводять у положенні дитини на спині. Використовують ніжне погладження пальцями бічної шийної ділянки з обох боків і підключичних ділянок в напрямку до підключичних та пахових лімфатичних вухлів. Вибірковому впливу підлягає груднинно-ключично-соскоподібний м'яз на боці ураження та його ущільнення: використовують щепцеподібне погладження. Для кращого доступу до масажованої ділянки голову дитини повертають у протилежний нахилу бік.

Після 4-5 тижнів ділянка масажу розширюється. Положення дитини – лежачи на животі. Краще, коли мати займає напівлежаче положення в кріслі, кладе дитину обличчям вниз собі на груди, щоб вона (підборіддям) опиралась на її плече. Голову мати притискає рукою до своєї щоки. Масажист виконує ніжні погладження задньої та бічних шийних ділянок, голови та спини дитини в напрямку до підключичних та пахових лімфатичних вузлів. Окремо проводять щипцеподібне погладження ураженого грудино-ключично-соскоподібного м'яза з більш тривалим повторенням прийому в місцях ущільнень. Напрямок рухів – за ходом м'яза, від соскоподібного відростка скроневої кістки до ключиці. У місцях початку та прикріплення м'яза виконують ніжне спіралеподібне погладження.

Потім дитину кладуть в положення лежачи на спині на масажний столик і масажист після повторного миття і дезінфекції рук проводить погладження лица в напрямку до кута нижньої щелепи, бічних ділянок шиї, підключичних ділянок в напрямку до пахових лімфатичних вузлів. Масаж ураженого м'яза проводять за вищевказаною методикою, доповнюючи легким розтиранням місць початку і прикріплення м'яза та його ущільнень.

З 6-7 тижнів масаж доповнюють рефлекторним розгинанням хребтового стовпа з метою зміцнення м'язів спини та шиї. Для цього в положенні дитини на правому, потім лівому боці масажист, розмістивши II-III пальці по обидва боки хребта, з легким натискуванням переміщує їх вздовж хребта від крижів до шиї. На це подразнення дитина прогинає спинку вперед і розгинає голову назад. Якщо ж дитину покласти на уражений бік і здійснювати вказаний прийом лише з одного боку, на боці здорового м'яза дитина буде згинати голову (піднімати від постелі) у здоровий бік.

Починаючи з 3 місяців, у процедуру масажу включають ще і розтирання комірцевої зони, голови, лица, спини. Положення дитини і напрямок рухів – попередній. Розтирання проводиться прямолінійними та спіралеподібними рухами рук як на боці ураження, так і на протилежному.

На здоровому боці прийом виконується дещо інтенсивніше. Окремому впливу підлягають трапецієподібний та груднинно-ключично-соскоподібний м'язи з обох боків. Для масажу першого використовують спіралеподібне розтирання пальцями, другого – щипцеподібне розтирання з більш тривалим впливом в місцях ущільнень. Потім проводять спіралеподібне розтирання і штрихування в місцях початку та прикріплення вказаних м'язів. При масажі уражених м'язів різкі рухи не показані. На здоровому боці прийоми виконують дещо інтенсивніше.

Починаючи з 4-5 місяця в процедуру масажу вводять розминання натискуванням пальцями м'язів задньої та бічних шийних джілянок, спини і щипцеподібне розминання груднинно-ключично-соскоподібного м'яза. На боці ураження вони проводяться дуже ніжно, на здоровому – дещо інтенсивніше. Включають також безперервну лабільну вібрацію та вібраційне погладження ураженого м'яза і ніжне натискування та пунктування пальцями на протилежному (здоровому) боці.

З дня встановлення діагнозу дитині призначають лікування положенням (за допомогою ватно-марлевого комірця чи чепчика) з метою розтягнення ураженого м'яза. Виконують пасивні корегуючі вправи, стимулюють активні повороти голови дитини в бік ураженого м'яза та нахили голови в здоровий бік. Для останнього використовують звукові подразники (звернення до дитини чи брязкіт іграшки) та зоровий рефлекс (повертання голови дитини за яскравою іграшкою, яка рухається). Рефлекторному розтягненню уражених м'язів сприяє вертикальне утримання дитини на руках з нахиланням тулуба (до кута 45°) в бік ураження. При цьому дитина намагається надати голові вертикальне положення, відповідно розтягуючи уражені м'язи. У старшому віці діти самостійно виконують необхідний комплекс вправ корегуючої гімнастики.

**Тривалість** процедури масажу наростає поступово: від 5-7 хв на початку курсу лікування до 10-15 хв у кінці. Курс лікування – 10-15 процедур. Перерва між курсами – 2-3 тижні. Корегуючу гімнастику необхідно проводити постійно. Ефективним є поєднання масажу та лікувальної фізкультури з фізіотерапевтичними процедурами.

### **Масаж при пологових травматичних пошкодженнях плечового сплетення**

Ураження плечового сплетення, як правило, виникає внаслідок патологічного перебігу пологів. Воно найчастіше зустрічається у великих плодів при сідничному та ножному передлежанні, при утрудненому виведенні головки та плечей, закиданні рук. При витягуванні плода можуть бути сильні бічні згинання голови, стискання плечей, неправильне накладання щипців, перелом ключиці та плечової кістки. Ступінь ураження нервів плечового сплетення може бути різним: від легкого розтягнення нервів і набряку до відриву корінців від спинного мозку, травми спинного мозку.

Клінічні прояви залежать від рівня пошкодження. Верхній параліч Ерба-Дюшена виникає при пошкодженні нервових волокон, які йдуть від С5–С6 шийних сегментів. При цьому порушується функція м'язів які відводять плече, згиначів та супінаторів передпліччя. Уражена кінцівка розігнута у всіх суглобах, повернута до середини в плечі та передпліччі, кисть зігнута. Відсутні рухи в плечовому та ліктьовому суглобах, а в суглобах пальців та кисті – збережені. При таких формах верхнього парезу руки може спостерігатися підвивих або вивих головки плечової кістки внаслідок різкого зниження тону м'язів плечового суглоба.

При захопленні в процес С3–С4 шийних сегментів спостерігається ураження діафрагми, виникають дихальні розлади. Верхній тип акушерського парезу може поєднуватися з кривошиєю внаслідок одночасного травмування при пологах додаткового нерва та груднинно-ключично-соскоподібного м'яза.

Нижній параліч (Дежерин-Клюмпке) є результатом травматичного пошкодження корінців С7–С8, D1–D2 сегментів. У процес захоплюються нерви, які іннервують м'язи передпліччя та кисті. Рука приведена до тулуба, повернута досередини, відсутні рухи в передпліччі та кисті, кисть звисає. Рухи в плечовому суглобі збережені. Спостерігаються трофічні розлади: набряк, гіперемія чи блідість кисті, дистрофічні зміни нігтів.

Тотальний параліч настає при пошкодженні всіх шийних та першого грудного корінців. Це найтяжчий тип паралічу, при якому нерідко в процес захоплюється і спинний мозок. В ураженій

кінцівці різко виражена гіпотонія, рука пасивно звисає вздовж тулуба, як батіг, активні рухи відсутні, спостерігаються вегетативні розлади: рука бліда, холодна на дотик, інколи набрякла. Рано розвиваються м'язові атрофії, особливо в дистальних відділах.

З метою профілактики м'язових контрактур паретичну кінцівку з перших днів життя укладають в спеціальну шину, щоб надати їй правильного фізіологічного положення (рис. 320): плече відведене під прямим кутом, рука повернута назовні, ліктьовий суглоб зігнутий під кутом 100-110°, передпліччя повернуте назовні (супіноване), кисть в положенні тильного згинання. У перші 2-3 тижні шину знімають лише під час масажу, лікувальної гімнастики, купання, в міру відновлення рухів – частіше.

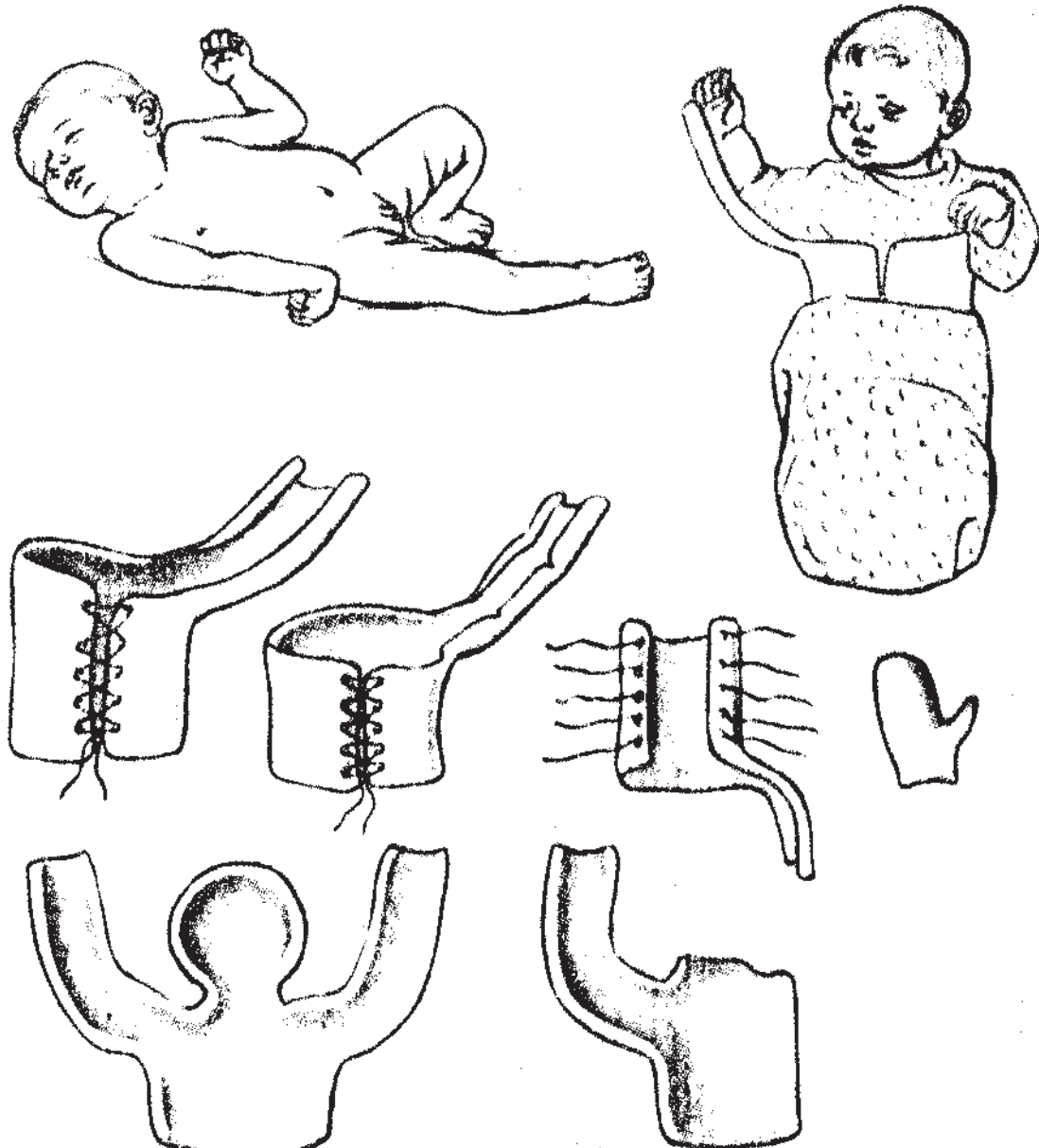


Рис. 320. Види лікувальних укладок при пологовому травматичному плечовому плекситі.

**Завдання** масажу: нормалізація функціонального стану соматичної та вегетативної нервової системи, корекція психоемоційного стану, покращання лімфо- та кровообігу і трофічних процесів в ураженій кінцівці, підтримання та подальше відновлення функціональної здатності уражених м'язів.



**Показання** до призначення масажу: пологові травматичні пошкодження плечового сплетення. Призначають масаж з 2-4 тижня життя дитини.

**Протипоказання** до призначення масажу: тяжкий загальний стан дитини, захворювання шкіри, загальні протипоказання.

**План** масажу. Залежить від віку дитини. Починаючи з 2-4 тижня до 2 місяців виконують масаж здорової та ураженої верхніх кінцівок. Після 2 місяців включають масаж комірцевої зони. Масаж поєднують з активними та пасивними рухами ураженою кінцівкою, стимулюють активну діяльність здорової руки.

**Методика** масажу. Положення дитини – лежачи, ногами до масажиста. Великий палець масажист вкладає в руку дитини, притримуючи її іншими пальцями. Другою рукою проводить погладжування внутрішньої та зовнішньої поверхонь передпліччя та плеча в напрямку від кисті до плеча. При масажі лівої руки дитини тримати її правою, масаж проводити лівою рукою. Починають зі здорової руки, не порушуючи фізіологічного гіпертонусу в ній. Повторюють 8-10 разів на кожній руці. Після першого місяця життя масаж доповнюють легкими ніжними вібраційними погладжуваннями рук, які повторюють 2-3 рази. Закінчують погладжуванням. Процедуру масажу повторюють 2-3 рази протягом дня. Тривалість процедури – 5-7 хв.

Після 2 місяців, коли дитина зможе самостійно утримувати головку, масаж рук доповнюють масажем комірцевої зони. Положення дитини – лежачи на животі, ніжками до масажиста. Виконують легкі погладжування пальцями задньої та бічних шийних ділянок, лопаткових ділянок у напрямку до пахвових лімфатичних вузлів.

Після трьох місяців масаж указаних ділянок поступово доповнюється ніжними прийомами розтирання, після 4 місяців – розминання на ураженій кінцівці та ніжно виконаними прийомами переривчастої і безперервної вібрації.

Розтирання проводиться в такому ж положенні, як і погладжування, лише дещо інтенсивніше, супроводжується незначним зміщенням шкіри. Рухи можуть бути прямолінійними та спіралеподібними. Напрямок рухів – до пахвових лімфатичних вузлів.

Розминання м'язів верхніх кінцівок проводять також у положенні дитини лежачи на спині. Однією рукою масажист фіксує за кисть руку дитини, другою – виконує розминання, захопивши м'язи між першим та другим чи першим та II-IV пальцями. Проводить ніжне зміщення, стискання, щипцеподібне розминання за ходом м'язових волокон в напрямку до плечового суглоба. На ураженій кінцівці розминання виконується дещо інтенсивніше. Для стимуляції м'язів пасивні розтягування чергують із ніжними пасивними рухами в напрямку їх скорочення.

У цьому ж положенні проводиться масаж підключичних ділянок: погладжування, розтирання, розминання. Напрямок руху – від груднини до плечових суглобів. На ураженому боці масаж великого грудного м'яза проводиться дещо інтенсивніше.

Розминання м'язів шиї та пояса верхніх кінцівок виконують в положенні дитини лежачи на животі. Якщо дитина занадто рухлива, її кладуть на груди матері, яка сидить у кріслі з відхиленим назад тулубом і притискає головку дитини до щоки. Масаж м'язів проводять спіралеподібним натискуванням та зміщенням, а їх країв – щипцеподібним розминанням. На ураженому боці прийоми виконуються дещо інтенсивніше.

Вібрація: вібраційні погладжування, потрушування м'язів, ніжне пунктування, поколючування, струшування ураженої кінцівки.

Закінчують погладжуванням. Після цього виконують пасивні та стимулюють активні рухи в суглобах здорової та ураженої кінцівок.

**Тривалість** процедури поступово збільшується: від 5-7 хв у перший місяць життя, досягаючи 10-15 хв у другій половині першого року життя. Масаж повторюють 2-3 рази на день. Курс лікування – 10-15 процедур, який можна повторювати неодноразово (в міру потреби) через 2-3 тижні. Ефективним є поєднання масажу з лікувальною фізкультурою та фізіотерапевтичними процедурами. Батьки повинні навчитися виконувати з дитиною активні та пасивні вправи. Причому, амплітуда рухів в уражених суглобах не повинна перевищувати фізіологічного об'єму рухів у них. Заняття лікувальною фізкультурою постійне, по 2-3 рази в день, краще після масажу.



## Контрольні питання і завдання до розділу

**“ОКРЕМІ МЕТОДИКИ І ТЕХНІКА ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖУ”***Контрольні питання***1. Масаж при травмах опорно-рухового апарату.**

1.1. Клінічна характеристика пошкоджень, завдання масажу, показання, протипоказання до призначення масажу, методичні особливості масажу.

1.2. Масаж після окремих пошкоджень опорно-рухового апарату, показання, протипоказання до призначення масажу, план, методика масажу, тривалість процедури масажу, курс лікування:

- при закритих травмах м'яких тканин;
- при пошкодженнях м'яких тканин;
- при переломах кісток кінцівок;
- при пошкодженнях та вивихах суглобів;
- при компресійних переломах хребців;
- при травмах спинного мозку.

**2. Масаж при захворюваннях суглобів.**

2.1. Клінічна характеристика захворювань суглобів, завдання масажу, показання, протипоказання до призначення масажу, методичні особливості масажу.

2.2. Масаж при окремих захворюваннях суглобів, показання, протипоказання до призначення масажу, план, методика масажу, тривалість процедури, курс лікування:

- при захворюваннях суглобів верхніх кінцівок;
- при захворюваннях суглобів нижніх кінцівок;
- при захворюваннях суглобів хребта.

**3. Масаж при захворюваннях та травмах нервової системи.**

3.1. Клінічна характеристика захворювань нервової системи, завдання масажу, показання, протипоказання до призначення масажу, методичні особливості масажу.

3.2. Масаж при окремих захворюваннях та травмах нервової системи, показання, протипоказання до призначення масажу, план, методика масажу, тривалість процедури масажу, курс лікування:

- при невралгії трійчастого нерва;
- при невриті лицевого нерва;
- при невралгії потиличних нервів;
- при невралгії міжреберних нервів;
- при невралгіях та невритах плечового сплетіння;
- при невралгії та невриті сідничного нерва;
- при поліневритах, полірадикулоневритах;
- при неврозах;
- при розсіяному склерозі;
- при травмах периферичних нервів;
- при наслідках порушення мозкового кровообігу;
- при атеросклерозі судин головного мозку;
- при неврологічних проявах остеохондрозу хребтового стовпа;
  - при неврологічних проявах остеохондрозу шийного відділу хребта;
  - при неврологічних проявах остеохондрозу поперекового відділу хребта;
- при захворюваннях вегетативної нервової системи:
  - при дієнцефальному синдромі,
  - при вегетативних поліневритах;
  - при синдромі вегето-судинної дистонії.

**4. Масаж при захворюваннях серцево-судинної системи.**

4.1. Клінічна характеристика захворювань серцево-судинної системи, завдання масажу, показання, протипоказання до призначення масажу, методичні особливості масажу.

4.2. Масаж при окремих захворюваннях серцево-судинної системи, показання, протипоказання до призначення масажу, план, методика масажу, тривалість процедури масажу, курс лікування:

- при вадах серця;
- при ішемічній хворобі серця:
  - при стенокардії,

- при інфаркті міокарда:
  - на стаціонарному етапі лікування;
  - у відділенні реабілітації;
  - на поліклінічному етапі лікування;
- при гіпертонічній хворобі;
- при артеріальній гіпотонії;
- при захворюваннях периферійних судин:
  - при захворюваннях артерій верхніх кінцівок;
  - при захворюваннях артерій нижніх кінцівок;
  - при захворюваннях вен нижніх кінцівок.

#### **5. Масаж при захворюваннях дихальної системи.**

5.1. Клінічна характеристика захворювань системи дихання, завдання масажу, показання, протипоказання до призначення масажу, методичні особливості масажу.

5.2. Масаж при окремих захворюваннях системи дихання, показання, протипоказання до призначення масажу, план, методика масажу, тривалість процедури, курс лікування:

- масаж при бронхітах та пневмоніях;
- масаж при бронхіальній астмі:
  - інтенсивний масаж асиметричних зон за методом О.Ф. Кузнецова.

#### **6. Масаж при захворюваннях травної системи.**

6.1. Клінічна характеристика захворювань системи травлення, завдання масажу, показання, протипоказання до призначення масажу, методичні особливості масажу.

6.2. Масаж при окремих захворюваннях системи травлення, показання, протипоказання до призначення масажу, план, методика масажу, тривалість процедури, курс лікування:

- при захворюваннях шлунка та дванадцятипалої кишки:
  - при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки;
  - при хронічному гастриті;
- при захворюваннях кишківника;
- при опущенні органів черевної порожнини.

#### **7. Масаж при захворюваннях ендокринної системи та порушення обміну речовин.**

7.1. Клінічна характеристика захворювань ендокринної системи та порушень обміну речовин, завдання масажу, показання, протипоказання до призначення масажу, методичні особливості масажу.

7.2. Масаж при окремих захворюваннях ендокринної системи та порушеннях обміну речовин: показання, протипоказання до призначення масажу, план, методика масажу, тривалість процедури, курс лікування:

- при цукровому діабеті;
- при хворобі Аддісона;
- при ожирінні.

#### **8. Масаж після оперативних втручань на органах черевної та грудної порожнин.**

8.1. Клінічна характеристика хворих після оперативних втручань на органах черевної та грудної порожнин, завдання масажу, показання, протипоказання до призначення масажу, методичні особливості масажу.

8.2. Масаж після оперативних втручань на органах черевної та грудної порожнин: показання, протипоказання до призначення масажу, план, методика масажу, тривалість процедури, курс лікування:

- після оперативних втручань на органах черевної порожнини;
- після оперативних втручань на органах грудної порожнини.

#### **9. Масаж при захворюваннях статевої системи.**

9.1. Клінічна характеристика захворювань статевої системи, методичні особливості масажу.

9.2. Масаж при окремих захворюваннях статевої системи, завдання масажу, показання, протипоказання до призначення масажу, план, методика масажу, тривалість процедури, курс лікування:

- при розладах статевої діяльності у чоловіків;
- при захворюваннях жіночої статевої системи:
  - при сполучнотканинних зрощеннях зв'язкового апарату матки;
  - при ретрофлексії матки;
  - при безплідності;
  - при болючих місячних;
  - при клімактеричному неврозі.

9.3. Масаж в період лактації:

- для стимуляції лактації та попередження лактостазу;
- при лактостазах.

### **10. Масаж в урології.**

Клінічна характеристика захворювань, завдання масажу, показання, протипоказання до призначення масажу, план, методичні особливості масажу.

### **11. Масаж при захворюваннях шкіри.**

11.1. Клінічна характеристика захворювань шкіри, завдання масажу, показання, протипоказання до призначення масажу, методичні особливості масажу.

11.2. Масаж при окремих захворюваннях шкіри, показання, протипоказання до призначення масажу, план, методика масажу, тривалість процедури, курс лікування:

- при передчасному випаданні волосся голови;
- при сверблячці шкіри;
- при псоріазу та екземі;
- при слоновості;
- при склеродермії.

### **12. Масаж у дитячій практиці.**

12.1. Масаж здорової дитини.

12.2 Масаж при окремих захворюваннях у дітей: клінічна характеристика захворювань, завдання масажу, показання, протипоказання до призначення масажу, план, методика масажу, тривалість процедури, курс лікування:

- масаж при захворюваннях органів дихання;
  - масаж при пневмонії;
  - масаж при бронхіальній астмі;
- масаж при нічному нетриманні сечі;
- масаж при уродженій дисплазії кульшових суглобів;
- масаж при плоскостопості;
- масаж при дитячому церебральному паралічі;
- масаж при кривошії;
- масаж при пологових травматичних пошкодженнях плечового сплетення.

#### *Завдання*

1. Теоретично обґрунтуйте план та методику масажу при кожному з вищеназваних захворювань.
2. Навчіться проводити процедуру масажу при кожному з указаних захворювань.
3. Зверніть увагу на значну залежність методики масажу як від клінічного діагнозу, так і від стадії чи періоду захворювання. Наведіть приклади.

## Розділ 10

### ТЕРМІНАЛЬНІ СТАНИ, ЇХ КЛАСИФІКАЦІЯ, ОСНОВИ РЕАНІМАЦІЇ

Термінальний стан – етапи вмирання організму, коли внаслідок впливу різноманітних патологічних процесів різко пригнічується скоординована діяльність життєвих функцій органів та систем, які підтримують гомеостаз. У цей момент компенсаторні механізми різко виснажуються або набувають пошкоджуючого впливу. Без спеціального лікування організм не здатний самостійно справлятися з порушеннями, що виникли.

Причини, що можуть сприяти виникненню термінальних станів: первинне ураження серцевого м'яза та його провідної системи; накопичення рідини та крові в перикарді; порушення функції дихання, газообміну при гемо- та пневмотораксі; виражений бронхоспазм, астматичний статус, емболія легеневої артерії; гостра крововтрата, тяжка травма, отруєння; вплив низьких та високих температур; асфіксія при утопленні, повішенні, аспірації сторонніх тіл; водно-електролітні розлади; алергічний і бактеріальний шок; гіпоглікемічна, гіперглікемічна, апоплексична, діабетична, печінкова коми та ін.

У термінальних станах розрізняють: передагональний стан, термінальну фазу, агональний стан, клінічну та біологічну смерть. До термінальних станів відносять і ранні стадії постреанімаційного періоду.

Основні принципи реанімації:

- забезпечення вільної прохідності дихальних шляхів;
- штучна вентиляція легень і відновлення дихання;
- підтримання адекватного штучного кровообігу з подальшим його відновленням;
- медикаментозне лікування, електрична дефібриляція (при необхідності електрокардіостимуляція);
- лікування постреанімаційної хвороби, спрямоване на нормалізацію процесів гомеостазу і діяльності основних життєво важливих органів та систем. Паралельно до комплексу вищезазначених заходів включають лікувальні заходи, спрямовані на ліквідацію основного захворювання.

Забезпечення вільної прохідності дихальних шляхів:

- а) хворого покласти на спину на тверду основу;
- б) під шию покласти валик і максимально закинути голову;
- в) висунути вперед нижню щелепу, запобігти западанню язика;
- г) очистити носоглотку і рот за допомогою тупфера, відсмоктувача, груші.

Штучна вентиляція легень (вдування повітря в легені хворого через рот чи ніс) проводиться за методом “рот до рота” чи “рот до носа”. Частота вдувань залежить від віку: дітям до року – 30, 5 років – 25, 6-14 років – 20, старшим – 16-18 разів за 1 хв. У міру можливостей проводять інтубацію трахеї.

Підтримання адекватного штучного кровообігу досягається поєднанням штучної вентиляції легень із непрямим масажем серця. При зупинці серця використовують зовнішній (непрямий) ручний масаж серця, який полягає в ритмічному стисканні його між грудниною і хребтом.

Техніка виконання непрямого масажу серця. Для проведення масажу хворого необхідно покласти на тверду поверхню і підкласти під його плечі валик. Масажист розміщується зліва від хворого, накладає на нижню третину його груднини долоню лівої руки, а поверх неї – долоню правої руки і виконує ритмічні натискування у вигляді поштовхів у напрямку до хребтового стовпа, налягаючи на руки всією своєю масою. Стискання повинно бути максимальним, але при цьому необхідно намагатись не натискувати сильно на ребра, щоб не полатати їх. Повторювати натискування необхідно не рідше 1 разу за секунду. Після кожного натискування руки швидко знімаються з грудної клітки, щоб не заважати розправленню серця.

При натискуванні на груднину серце, розміщене між грудниною та хребтовим стовпом, стискається настільки, що кров з його порожнин надходить в судини. Після припинення натискування серце розправляється і до нього надходить венозна кров. Для полегшення притоку венозної крові до серця ногам надають підвищеного положення.

Непрямий масаж серця необхідно поєднувати з штучним диханням “рот до рота” або “рот до носа”. Масаж серця і штучне дихання краще виконувати двом особам. При цьому одна з них проводить вдювання повітря в легені, після чого інша виконує п’ять стискань грудної клітки. При проведенні оживлення однією людиною необхідно після кожних двох вдювань повітря провести 10 натискувань на грудну клітку. Їх треба виконувати до відновлення діяльності серця або робити протягом періоду, поки вдається забезпечити кровообіг, достатній для підтримання функціонування вищих відділів центральної нервової системи, в побутових умовах – до прибуття лікаря. Найбільш важливими ознаками ефективності штучного дихання і непрямому масажу серця є поява самостійних пульсації і дихання, звуження зіниць, стан свідомості хворого.

Непрямий масаж серця – простий і ефективний засіб, який нерідко дає можливість врятувати життя хворого.

Медикаментозне лікування. Для корекції метаболічного ацидозу необхідно негайно ввести внутрішньовенно бікарбонату натрію 7,5 % – 50 мл на початку лікування. Таку ж дозу бікарбонату натрію потрібно вводити кожні 5-10 хв протягом всього періоду лікування. На фоні непрямому масажу серця внутрішньосерцево вводять адреналін 0,1 % – 0,3 мл (в III-IV міжребер’ї зліва на відстані 1,5 см від краю груднини голкою довжиною 10-12 см 10-20-грамовим шприцом). Одночасно можна ввести еуфілін 2,4 % – 3 мл і кальцію хлориду 10 % – 2,3 мл.

Якщо серцевий ритм не відновлюється – дефібриляція, кардіостимуляція, підключення ЕКГ-монітора.

Якщо, незважаючи на лікування і дефібриляцію (більше 3-4 раз), серцевий ритм не відновився, показано внутрішньосерцеве або внутрішньовенне введення новодрину, спочатку одноразово внутрішньо серцево, розведеного в ізотонічному розчині натрію хлориду у співвідношенні 1:10, не більше 0,02 мг, а потім внутрішньовенно з швидкістю 0,5-2,5 мг/хв (5-25 крапель за 1 хв) 0,4 мг новодрину, розведеного в 200 мл 5 % розчину глюкози. Якщо серцевий ритм не відновився, переходять до прямого масажу серця.

Лікування при відновленні кровообігу. Безперервний (24-48 год) електрокардіографічний і гемодинамічний контроль. Внутрішньовенне краплинне введення лідокаїну 2-3 г на добу протягом 2 діб. Внутрішньовенне вливання натрію гідрокарбонату (до 30 мг). Киснева терапія. Якщо при відновленні серцевої діяльності спостерігається артеріальна гіпотонія, вводять норадреналін внутрішньовенно краплинно в дозі 4-8 мг в 500 мл 5 % розчину глюкози (20-40 крапель за 1 хв).

Відразу після відновлення діяльності серця лікувальні заходи мають бути спрямовані на профілактику ускладнень з боку головного мозку. Цьому сприяють такі фактори:

- артеріальна гіпертензія – середній артеріальний тиск у перші 10 хвилин після припинення кровообігу має досягати 130 мм рт. ст., що необхідно для відновлення мозкового кровообігу;

- гемодилуція зі зниженням гематокритного числа до 0,3-0,35, що зумовлює поліпшення реологічних властивостей крові (цього досягають введенням 5 % розчину альбуміну, плазми, реополіглюкіну – з розрахунку 10 мл/кг); підтримання центрального венозного тиску на рівні 10-12 см вод. ст.;

- гіпервентиляція – створювана при цьому гіпокапнія сприяє зниженню внутрічерепного тиску;

- гепаринізація – запобігає внутрішньосудинному згортанню крові та ішемії мозку (час згортання крові треба підтримувати в межах 8-10 хв).

Інші реанімаційні заходи. Крім штучної вентиляції легень, непрямому масажу серця, дефібриляції, при наданні невідкладної допомоги може виникнути потреба в застосуванні інших реанімаційних заходів – інтубації трахеї, трахеостомії, спинення зовнішньої кровотечі, катетеризація вен та ін.

Кожна медична сестра, спеціаліст з масажу, повинна знати основні принципи реанімації і вміти виконувати реанімаційні заходи.

**Контрольні запитання і завдання до розділу****“ТЕРМІНАЛЬНІ СТАНИ”***Контрольні питання*

1. Визначення поняття “термінальний стан”.
2. Причини, що можуть сприяти виникненню термінальних станів.
3. Періоди термінального стану.
4. Основні принципи реанімації.
5. Штучна вентиляція легень.
6. Непрямий масаж серця.
7. Медикаментозне лікування.
8. Електрична дефібриляція
9. Лікування постреанімаційної хвороби.





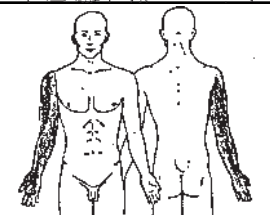
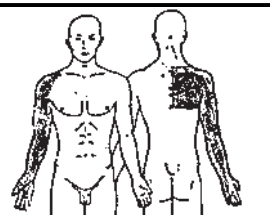
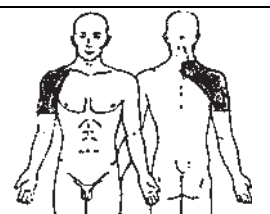
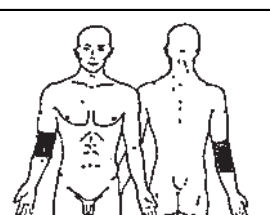
*Завдання*

1. Навчіться проводити на ляльці штучне дихання “рот до рота” чи “рот до носу”.
2. Навчіться проводити на ляльці непрямий масаж серця.
3. Навчіться на ляльці поєднувати штучне дихання та непрямий масаж серця.

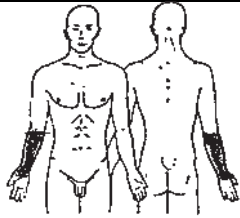
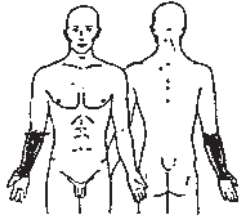
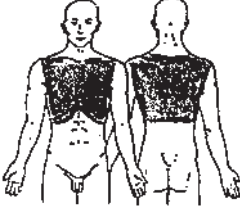
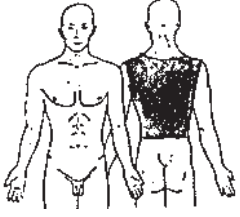
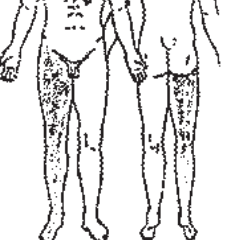
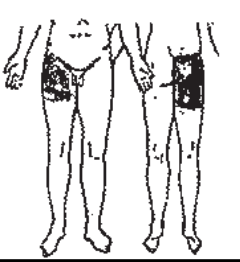
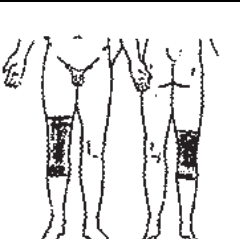


## Додаток 1

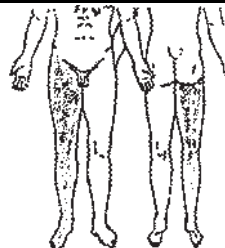
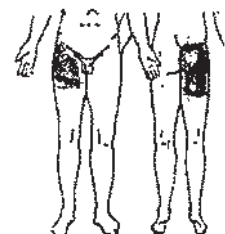
**РОЗРАХУНКОВІ НОРМИ ЧАСУ В УМОВНИХ ОДИНИЦЯХ НА  
ВИКОНАННЯ МАСАЖНИХ ПРОЦЕДУР**

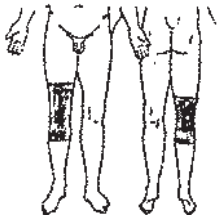


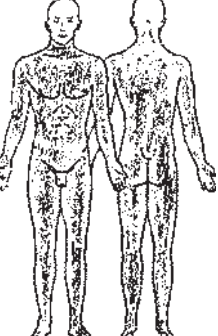
№ п/п	Найменування масажної процедури	Кількість умовних масажних одиниць при виконанні процедури дорослим і дітям	
		3	4
1	Масаж голови (лобно-скроневої та потилично-тім'яної ділянок)	1,0	
2	Масаж обличчя (лобової, приочної, верхньо- і нижньощелепної ділянок)	1,0	
3	Масаж шиї	1,0	
4	Масаж комірцевої зони (задньої поверхні шиї, спини до рівня IV грудного хребця, передньої поверхні грудної клітки до II ребра)	1,5	
5	Масаж верхньої кінцівки	1,5	
6	Масаж верхньої кінцівки, надпліччя та ділянки лопатки	2,0	
7	Масаж плечового суглоба (верхньої третини плеча, ділянки плечового суглоба та надпліччя однойменної сторони)	1,0	
8	Масаж ліктьового суглоба (верхньої третини передпліччя, ділянки ліктьового суглоба та нижньої третини плеча)	1,0	

Продовження дод. 1

1	2	3	4
9	Масаж променево-зап'ясткового суглоба (проксимального відділу кисті, променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя)	1,0	
10	Масаж кисті та передпліччя	1,0	
11	Масаж ділянки грудної клітки (ділянки передньої поверхні грудної клітки від передніх меж надпліч до ребрових дуг в ділянці спини від VII шийного до I поперекового хребця)	2,5	
12	Масаж спини (від VII шийного до I поперекового хребця і від лівої до правої середньої аксиллярної лінії), у дітей – включаючи попереково-крижову ділянку	1,5	
13	Масаж м'язів передньої черевної стінки	1,0	
14	Масаж попереково-крижової ділянки (від I поперекового хребця до нижніх сідничних складок)	1,0	
15	Сегментарний масаж попереково-крижової ділянки	1,5	

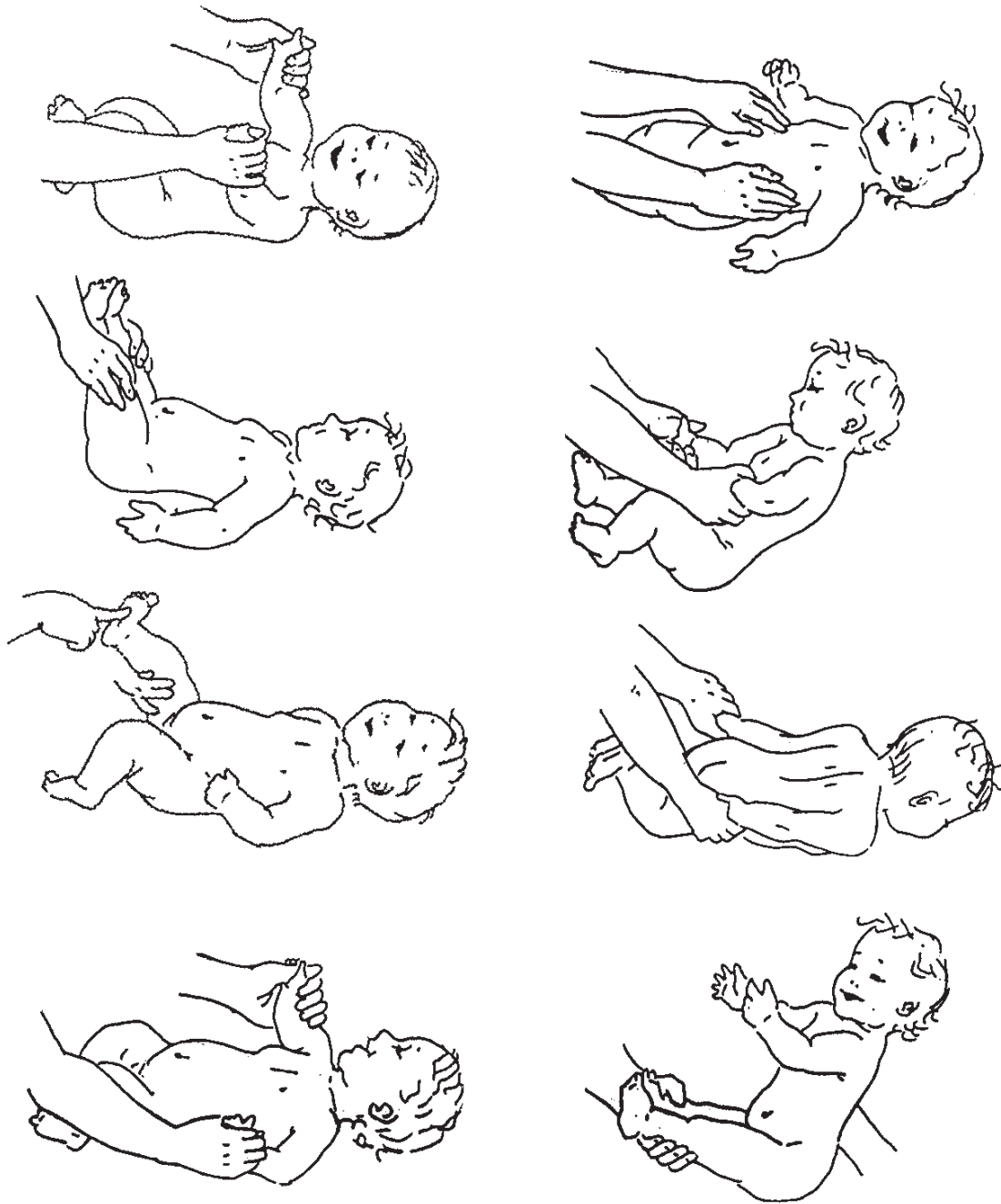
Продовження дод. 1

1	2	3	4
16	Масаж спини і поперекового відділу (від VII шийного хребця до крижів, від лівої до правої середньої аксилярної лінії)	1,5	
17	Масаж шийно-грудного відділу хребта (ділянки задньої поверхні шиї та ділянки спини до I поперекового хребця, від лівої до правої задньої аксилярної лінії)	2,0	
18	Сегментарний масаж шийно-грудного відділу хребта	3,0	
19	Масаж ділянки хребта (ділянки задньої поверхні шиї, спини і попереково-крижової ділянки, від лівої до правої задньої аксилярної лінії).	2,5	
20	Масаж нижньої кінцівки та попереку (ділянки стопи, гомілки, стегна, сідничної та попереково-крижової ділянки)	2,0	
21	Масаж нижньої кінцівки	1,5	
22	Масаж кульшового суглоба (верхньої третини стегна, ділянки кульшового суглоба та сідничної ділянки однойменної сторони)	1,0	

1	2	3	4
23	Масаж колінного суглоба (верхньої третини гомілки, ділянки колінного суглоба та нижньої третини стегна)	1,0	
24	Масаж гомілковостопного суглоба (проксимального відділу стопи, ділянки гомілкового суглоба та нижньої третини гомілки)	1,0	
25	Масаж стопи та гомілки.	1,0	
26	Загальний масаж (у дітей грудного та молодшого дошкільного віку)	3,0	

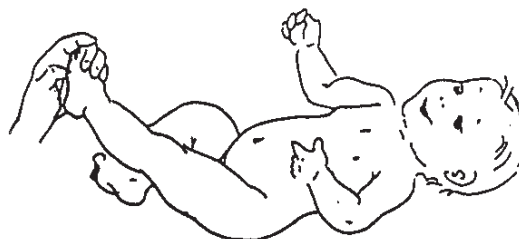
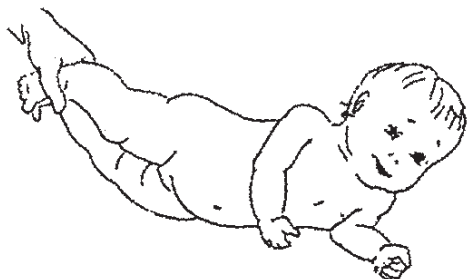
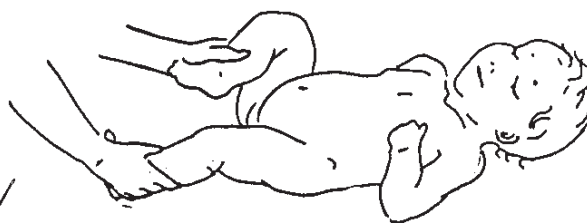
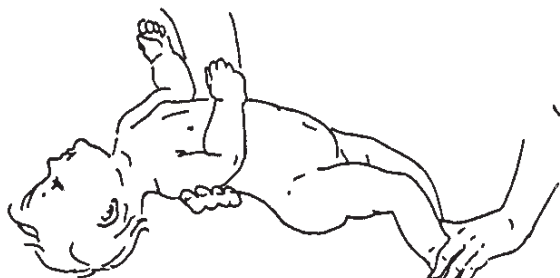
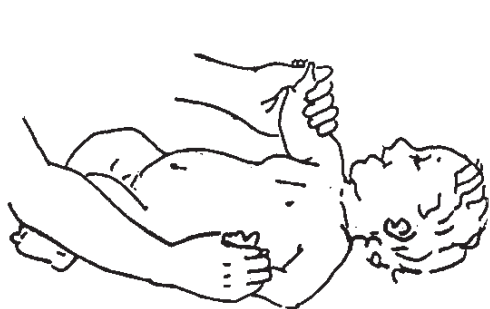
## Додаток 2

## КОМПЛЕКС ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ДЛЯ ДІТЕЙ 6-9 МІСЯЦІВ. КОМПЛЕКС ІV



Додаток 2 (продовження)

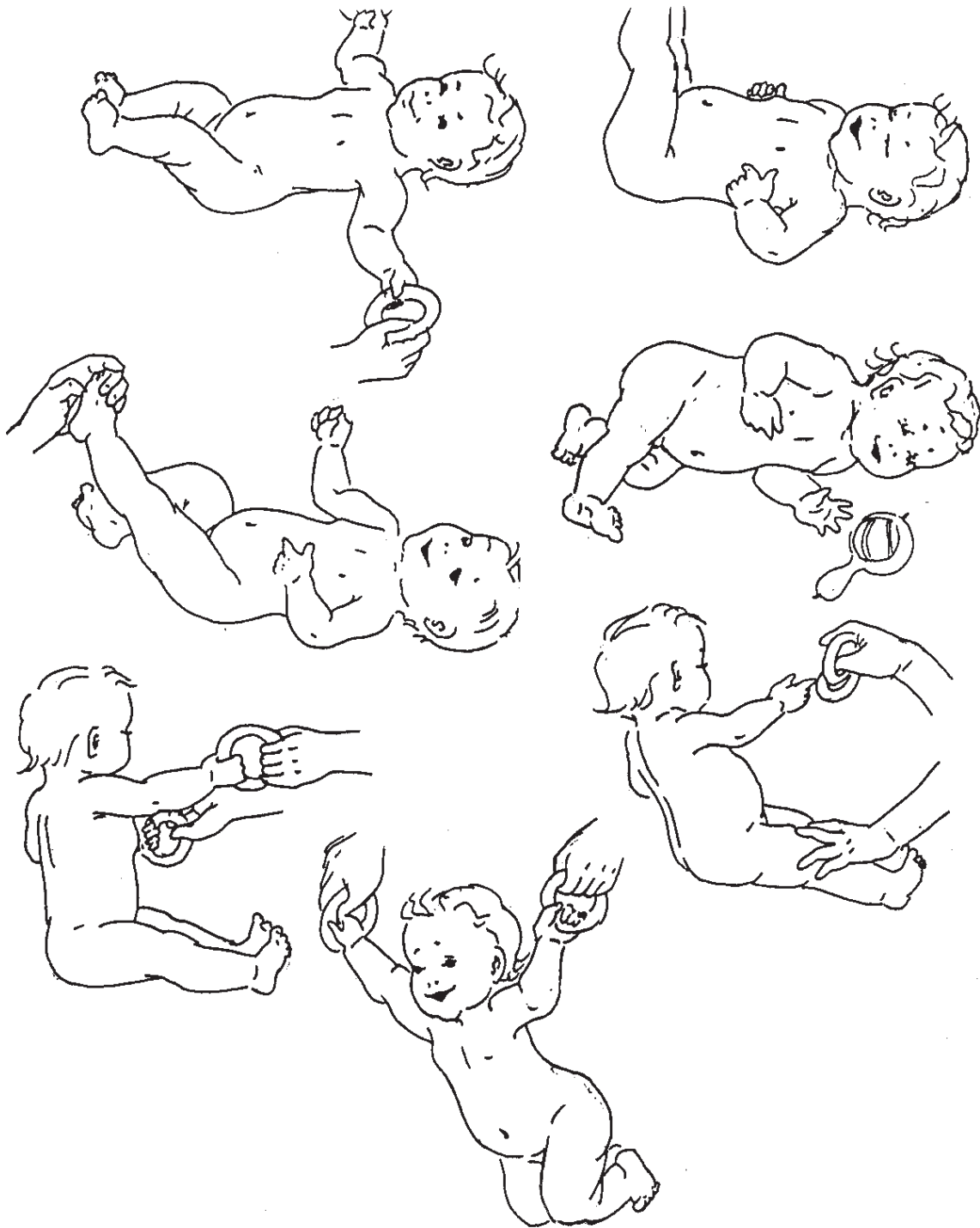
**КОМПЛЕКС ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ДЛЯ ДІТЕЙ 6-9 МІСЯЦІВ. КОМПЛЕКС ІV**





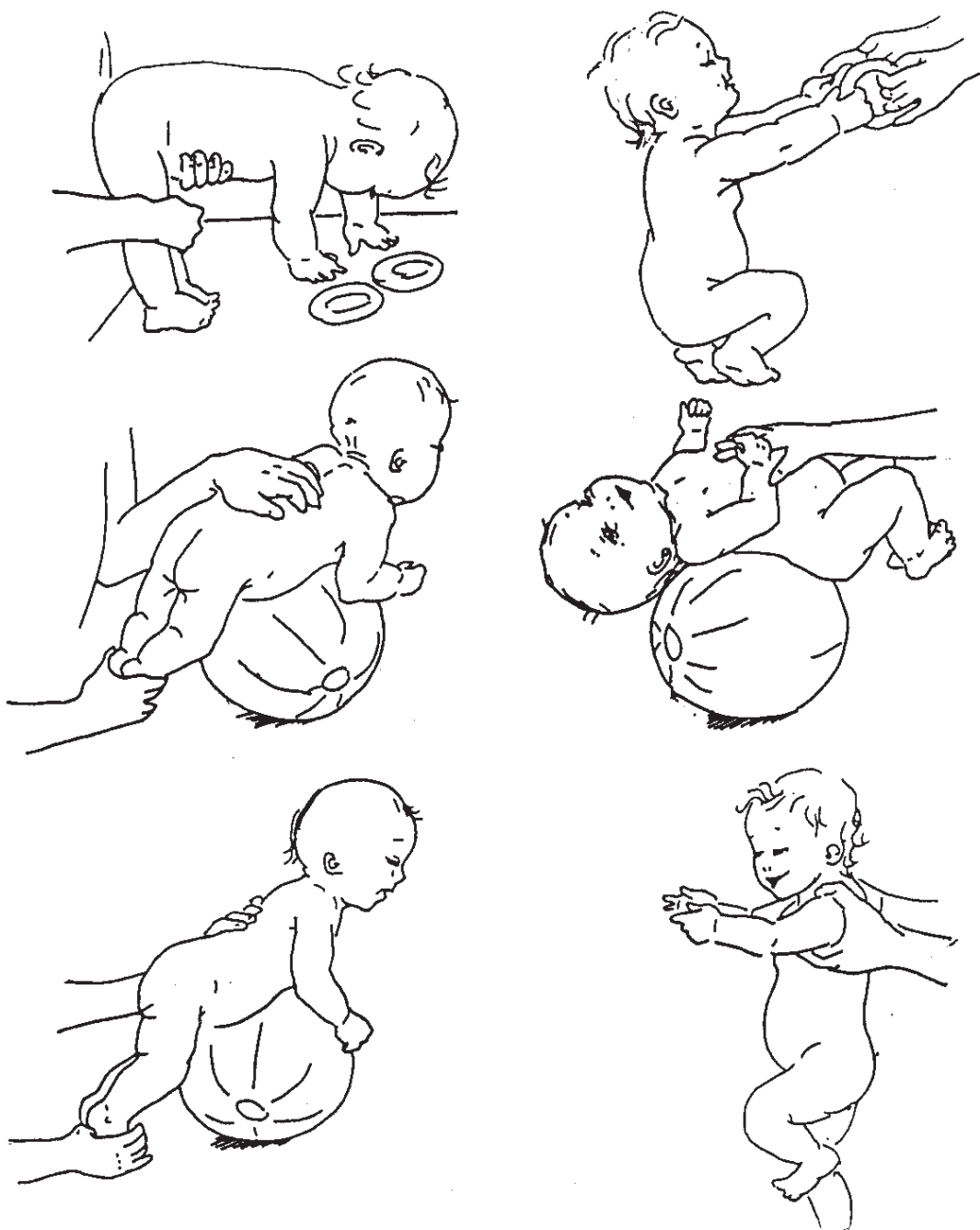
## Додаток 3

## КОМПЛЕКС ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ДЛЯ ДІТЕЙ 9-12 МІСЯЦІВ. КОМПЛЕКС V



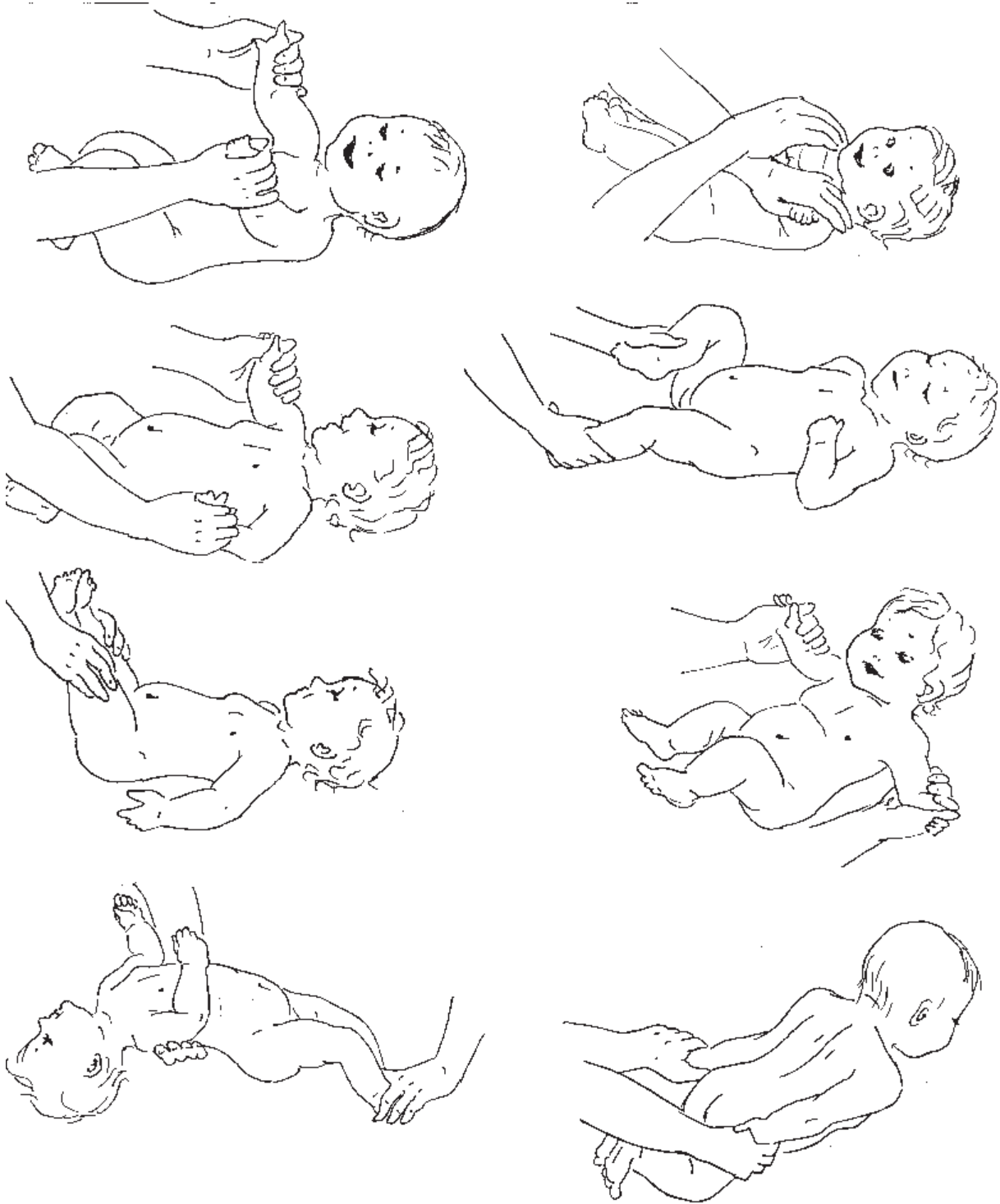
Додаток 3 (продовження)

**КОМПЛЕКС ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ДЛЯ ДІТЕЙ 9-12 МІСЯЦІВ. КОМПЛЕКС V**



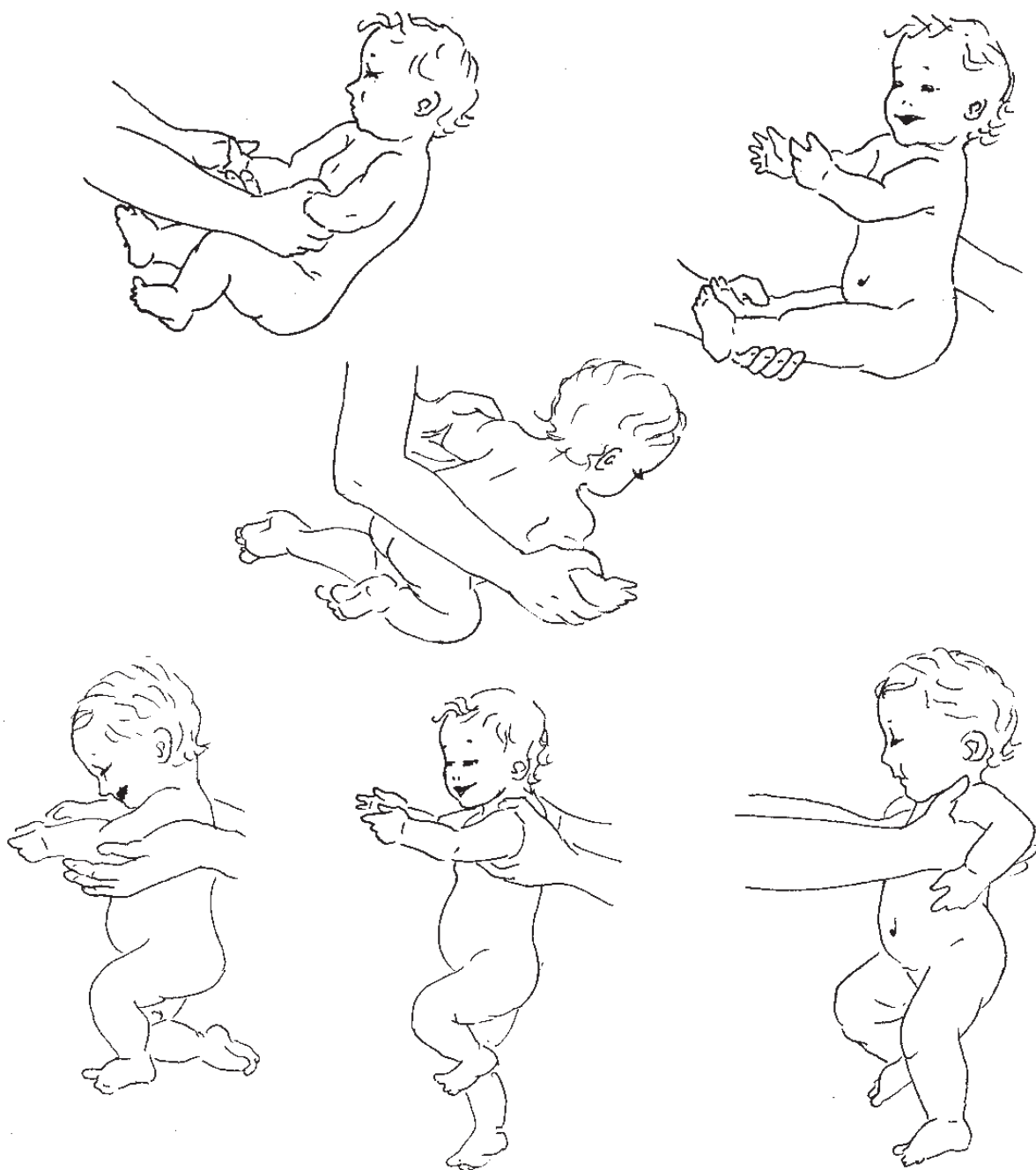
Додаток 4

**ПАСИВНІ ВПРАВИ ДЛЯ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ**



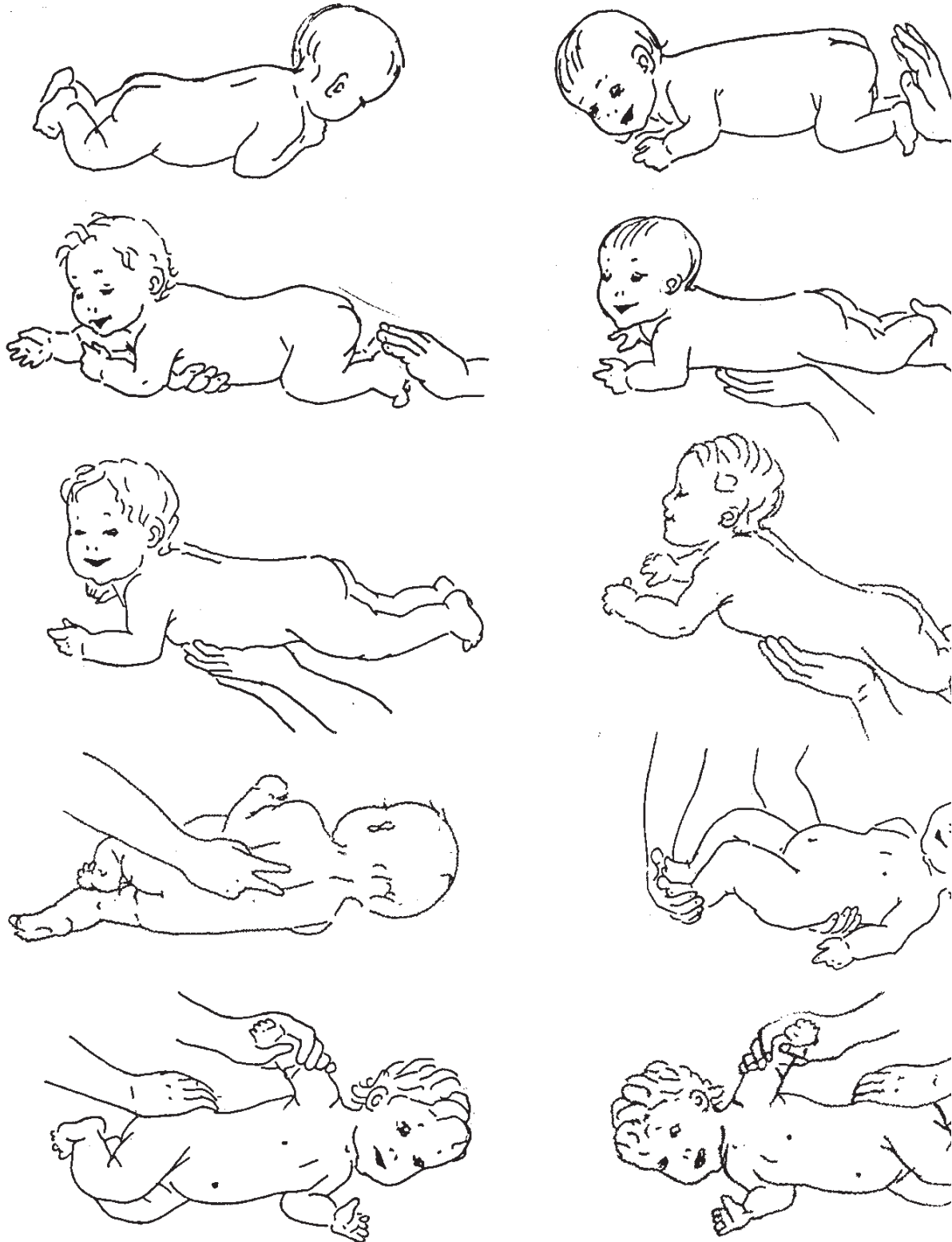
Додаток 5

**АКТИВНІ ВПРАВИ ДЛЯ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ**



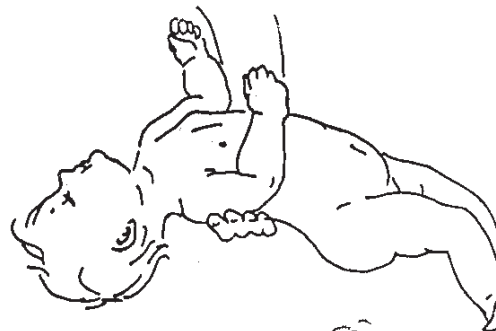
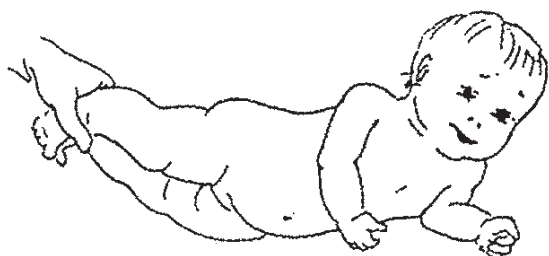
## Додаток 6

## РЕФЛЕКТОРНІ ВПРАВИ ДЛЯ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ



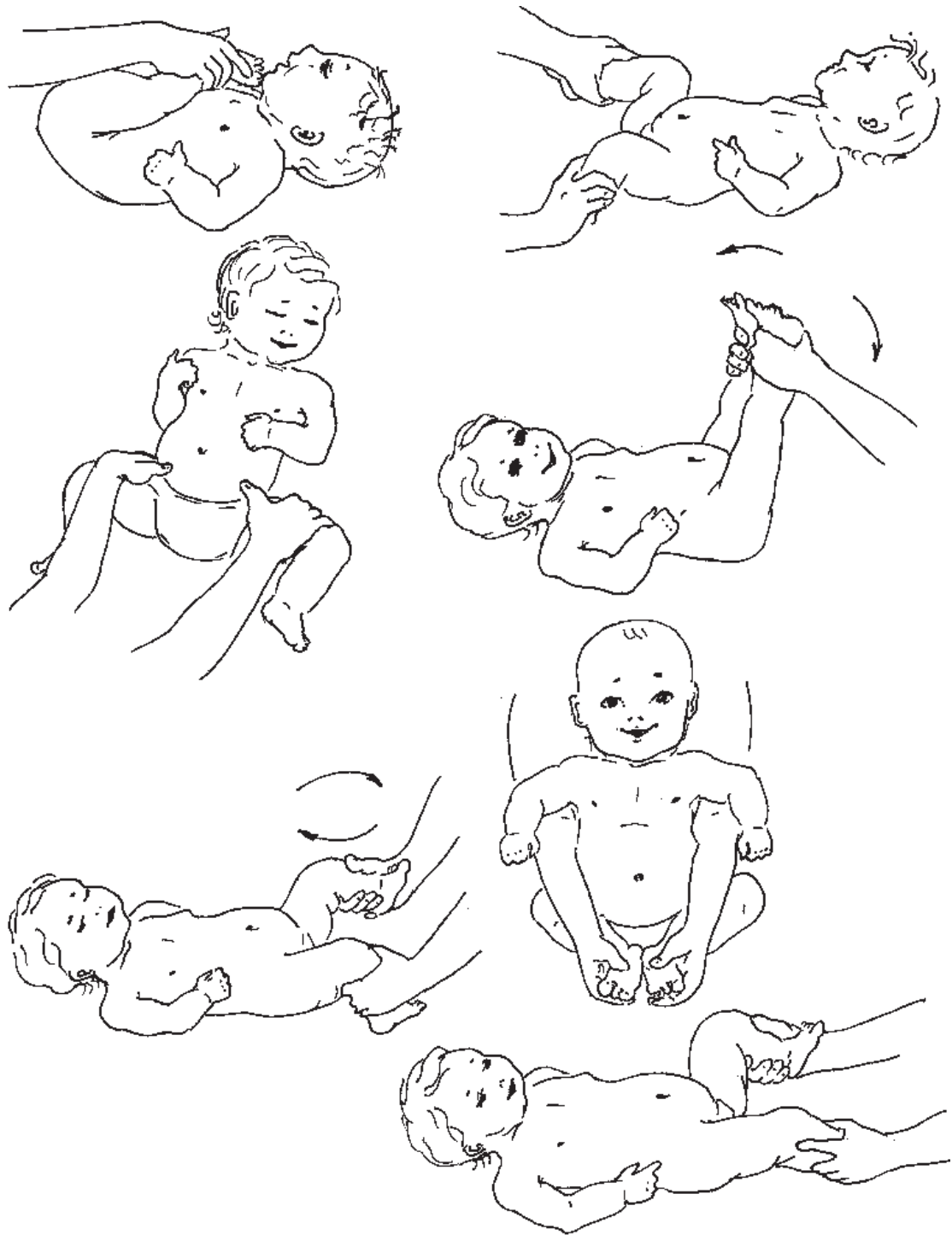
Додаток 6 (продовження)

**РЕФЛЕКТОРНІ ВПРАВИ ДЛЯ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ**





## Додаток 7

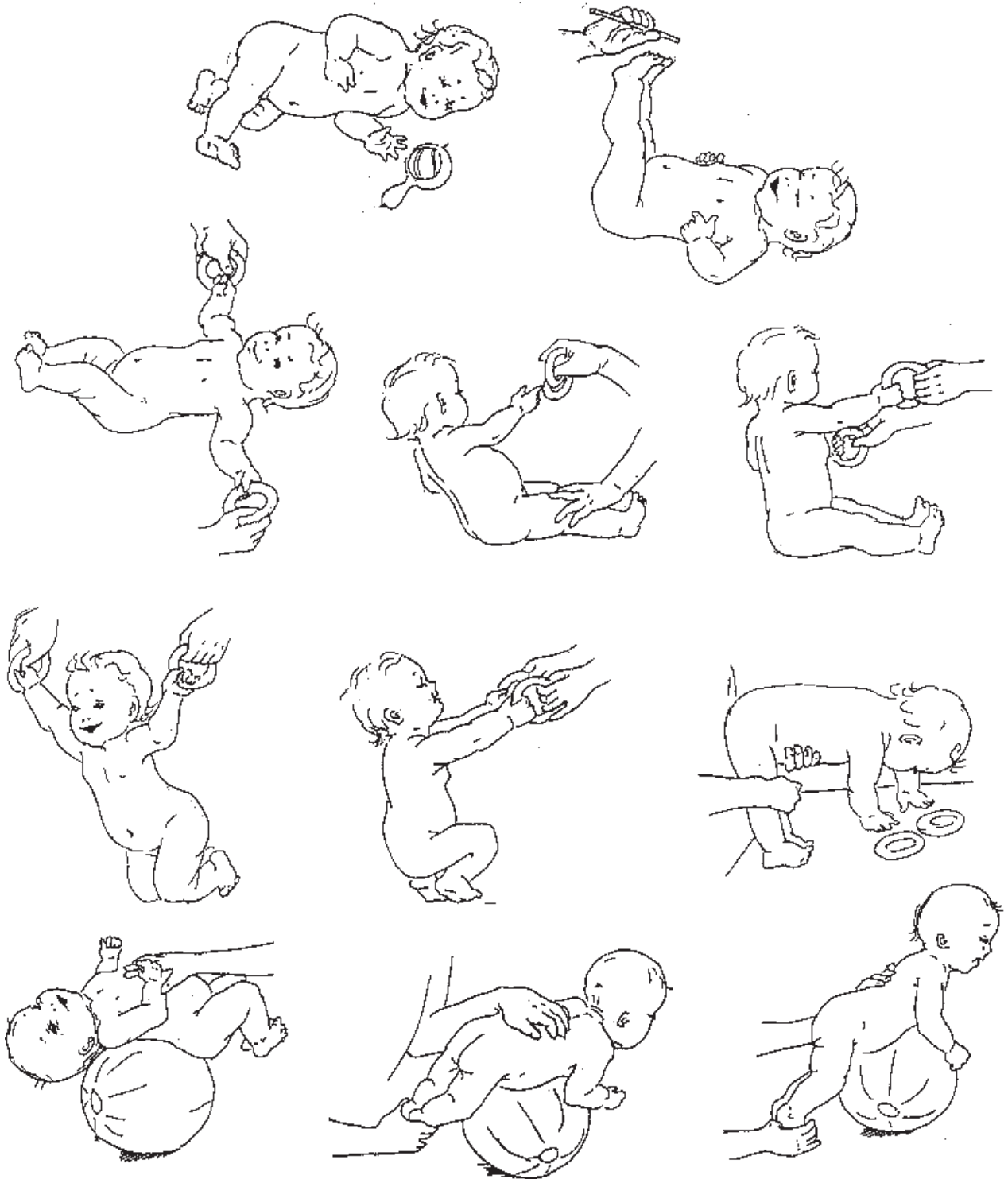
**КОМПЛЕКС ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ДЛЯ ЗМІЦНЕННЯ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ**

Додаток 8

**ВПРАВИ ДЛЯ ЗМІЦНЕННЯ М'ЯЗІВ СКЛЕПІННЯ СТОПИ**



## Додаток 9

**ВПРАВИ З ІГРАШКАМИ, КІЛЬЦЯМИ, НА М'ЯЧІ ДЛЯ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ**

## Додаток 10

**ПЕРЕЛІК ЕФІРНИХ МАСЕЛ, ЯКІ НАЙЧАСТІШЕ ВИКОРИСТОВУЮТЬ ПІД ЧАС МАСАЖУ ПРИ ОКРЕМИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТА СИМПТОМАХ**

Захворювання чи їх симптоми	Ефірні масла																	
	Аніс	Васильки	Гвоздика	Герань	Евкаліпт	Кедр	Кориця	Лаванда	Лавр	Лимон	Модрина	М'ята	Полин	Роза	Ромашка	Сосна	Чебрець	Шавлія
Нежить (точковий масаж)	+			+		+				+	+					+	+	
Кашель	+	+			+			+			+	+				+		+
Бронхіт	+	+			+	+		+		+	+	+		+		+	+	+
Бронхіальна астма	+				+			+		+	+	+	+			+	+	+
Пневмонія	+	+			+	+		+			+		+			+	+	
Відхаркуючі						+							+				+	+
Печія										+		+	+					+
Гикавка		+	+					+					+					
Пронос	+			+								+		+			+	+
Закреп	+		+					+	+			+				+	+	
Виразкова хвороба шлунка		+				+				+				+	+			
Кишкові спазми	+							+				+		+	+	+		+
Ревматизм		+			+	+		+	+	+	+		+			+	+	
Артрит			+		+	+	+								+	+		+
Міозит			+		+	+			+	+					+	+	+	
Остеохондроз											+					+	+	
Люмбаго									+	+	+	+				+		
Рахіт											+		+			+		+
Астенія		+	+		+							+					+	+
Невралгія, неврити		+	+	+		+		+				+		+	+			
Вегето-судинна дистонія		+		+						+		+						
Болючі місячні	+							+				+	+	+	+			
Клімактеричний невроз				+				+				+		-	+			+
Безпліддя				*				+						+				+
Простатит					+						+				+	+		+
Імпотенція	+		+			+	+							+		+	+	
Цукровий діабет				+	+				+									
Відновний період після хвороби	+					+				+	+	+		+	+	+		

*Навчальний підручник*

**Вакуленко Людмила Олексіївна,  
Прилуцька Галина Вікторівна,  
Вакуленко Дмитро Вікторович**

## **ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖУ**

Літературний редактор

Технічний редактор

Коректор

Оформлення обкладинки

Комп'ютерна верстка

*Світлана Демчишин*

*Павло Кушик*

*Світлана Левченко*

Підписано до друку 2005. Формат 60×84/8.

Папір офсетний №1. Гарнітура Antiqua.

Друк офсетний. Ум. др. арк. . Обл.-вид. арк. .

Наклад . Зам. № .

Оригінал-макет підготовлено у відділі комп'ютерної верстки  
видавництва "Укрмедкнига"

Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського.

Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Надруковано у друкарні видавництва "Укрмедкнига"

Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського.

Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру  
суб'єктів видавничої справи ДК № 348 від 02.03.2001 р.