

№3-4 | 2013

эстетика тела МАССАЖ

научно - практический методический журнал

ЛИЧНЫЙ ВКЛАД

Зарождение
и развитие
в русской системе
массажа спортивного
классического
массажа

ОБЗОРЫ И РЕЙТИНГИ

Медицинские
традиции тайского
массажа

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Типичные
миофасциальные
нарушения



Это всего лишь массаж...

*Он помогает почти во всех случаях,
когда помогают лекарства, и еще
во многих, когда лекарства
не помогают.*

Джек Лондон. «Мартин Иден»



Антицеллюлитные крем-сливки

Стимулирует процессы расщепления и сжигания жиров (липидов) в клетках.

Эффективно подтягивает, восстанавливает эластичность кожи.

Обеспечивает хорошую адгезию (зацепление) рук массажиста с кожей пациента.

Улучшает микроциркуляцию крови в коже и подкожно-жировой клетчатке.

Регенерирующий крем

Способствует лимфодренажу, быстро рассасывает гематомы и отеки.

Восстанавливает мышцы, связки, суставы и сосуды после травм.

Повышает эластичность сосудистой стенки.

Эффективная профилактика варикозного расширения вен.

Релаксantный гель

Быстро восстанавливает мышцы, связки и суставы после перегрузок.

Восстанавливает структуру кожи.

Эффективно снимает отеки.

Эффективная профилактика варикозного расширения вен.

Разогревающий крем

Обеспечивает хороший контакт рук массажиста с телом пациента.

Улучшает микроциркуляцию крови.

Стимулирует регенерацию тканей суставов и связочного аппарата, подготавливает их к нагрузке, значительно снижая вероятность травмирования.

Пептидные биорегуляторы входящие в состав VIVAX Sport, VIVAX Biologic

AK-1: Пептиды тимуса

(синтетический аналог тималина)

Ускоряют заживление ран, стимулируют процессы регенерации тканей в очаге повреждения, синтез тканеспецифических белков, пролиферативную и метаболическую активность клеток, активизируют функции клеток соединительной ткани, эндотелиоцитов, макрофагов и лейкоцитов, обладают противовоспалительным, антиоксидантным, иммуностимулирующим и антистрессорным действием

AK-3: Пептиды поджелудочной железы

Способствуют выведению избыточного количества молочной кислоты, нормализуя липидный и углеводный обмен в клетках кожи и мышечной ткани, уменьшают отечность тканей, сохраняют на оптимальном уровне процессы клеточного дыхания.

AK-7: Пептиды сосудов

Восстанавливают нарушенную микроциркуляцию при повышенных физических нагрузках, регулируют процессы метаболизма в сосудистой стенке, нормализуют тонус сосудов, препятствуют увеличению концентрации холестерина в крови и развитию гиперкоагуляции.

AK-8: Пептиды мышечной ткани

Повышают резервные возможности мышечной ткани и снижают утомляемость мышц при усиленных физических нагрузках, нормализуют обмен веществ в клетках мышечной ткани после повышенных физических нагрузок и травм путём регуляции процессов метаболизма в миоцитах, стимуляции процессов гликолиза и ресинтеза аденозинтри-фосфорной кислоты (АТФ), способствуя активации фермента аденозинтрифосфатазы.

AK-9: Пептиды эпифиза

Регулируют обменные процессы и усиливают синтез белка в клетках кожи, мышечной и хрящевой ткани, обладают высокой антиоксидантной активностью, нормализуют процессы перекисного окисления липидов в клетках кожи, мышечной и хрящевой ткани.

AK-12: Пептиды хрящевой ткани

Стимулируют регенерацию тканей суставов и связочного аппарата, регулируют процессы метаболизма, уменьшают деструктивные изменения при дегенеративно - дистрофических и воспалительных процессах в хрящевой ткани суставов и позвоночника.

WWW.VIVAX.RU

WWW.JUSTNANO.RU

тел.: 8(495)781-66 22

Под эгидой Российской ассоциации
по спортивной медицине
и реабилитации больных и инвалидов

Главный редактор
М.А.Ерёмушкин

Редакторы
А.И.Гребенников
А.И.Сырченко
Ю.В.Чиков

Редакционная коллегия
Бирюков Анатолий Андреевич, профессор
Героева Ирина Борисовна, профессор
Иванова Галина Евгеньевна, профессор
Журавлева Антонина Ивановна, профессор
Кузнецов Олег Федорович, профессор
Поляев Борис Александрович, профессор
Поляков Сергей Дмитриевич, профессор
Хрущев Сергей Васильевич, профессор
Цыкунов Михаил Борисович, профессор
Чоговадзе Афанасий Варламович,
профессор

Электронная версия в Интернете
www.massagemag.ru

Журнал может быть использован
в качестве учебного пособия
для учащихся средних специальных и высших
учебных заведений.

The magazine can be used as a reference book
for students of the secondary specialized and
higher educational institutions.

«МЕДИА МЕДИКА»

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

ООО «ОБЪЕДИНЁННАЯ РЕДАКЦИЯ»

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

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

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

Общий тираж: 10 тыс. экз.

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

Рег. номер ПИ № ФС77-44242

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ И ФАКТЫ	4
ЛИЧНЫЙ ВКЛАД	
Зарождение и развитие в русской системе массажа спортивного классического массажа	6
МАССАЖ	
ОБЗОРЫ И РЕЙТИНГИ	
Медицинские традиции тайского массажа.....	13
Русский эстетический массаж: что бы это значило?	16
Уход за больными в практике антропософской медицины	17
ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА	
Типичные миофасциальные нарушения	22
Ортосоматический массаж (авторская методика А.Е.Сыромятникова)	26
Влияние сегментарного массажа на некоторые показатели крови у больных с ишемической болезнью сердца	31
Соединительно-тканый массаж в восстановлении двигательных функций у больных, перенесших инсульт	31
Возможности рефлексорно-сегментарного массажа при комплексной реабилитации детей первого года жизни с перинатальным поражением центральной нервной системы	33
ЭСТЕТИКА ТЕЛА	
ЭКСКЛЮЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Способ коррекции массы тела и фигуры человека ручным массажем (по материалам патента РФ на изобретение №2383326)	35
Методика массажа и самомассажа молочных желез вне периода лактации	39
ТЕХНОЛОГИИ КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ	
Иновация лечебной физической культуры с методологией биоэкономического психофизического тренинга	44
Национальная федерация массажистов	56
УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ	60

НАШИ ПАРТНЕРЫ:

СПА МЕЖДУНАРОДНАЯ ШКОЛА

SCHOOL SPA
INTERNATIONAL



ЦЕНТР КАПРАЛОВА
нетрадиционные методы оздоровления



Западно-Сибирский Центр
Массажных Технологий

19–20 мая под патронатом Министерства здравоохранения Республики Молдова в Кишиневе в VIP-резиденции гостиницы Codru прошел II Международный чемпионат Молдовы по классическому и спа-массажу. Организатором мероприятия традиционно выступила Ассоциация массажистов и реабилитологов Республики Молдова.

Во второй день мероприятия состоялся форум «Золотые руки в мире массажа», где были проведены эксклюзивные мастер-классы ведущих европейских мастеров массажа, членов судейской коллегии чемпионата, в которую вошли:



- Анна Герман (Кишинев, Молдова), главный судья, преподаватель кафедры реабилитации, физиотерапии, мануальной терапии медицинского университета;
- Михаил Еремушкин (Москва, Россия), доктор медицинских наук, профессор, президент НП «Национальная Федерация массажистов»;
- Алсу Разакова (Москва, Россия), главный редактор журнала Les Nouvelles Esthetiques/Russian Edition;
- Сергей Диордичук (Рига, Латвия), врач – мануальный терапевт, преподаватель и руководитель курса повышения квалификации массажистов, эстетистов и спа-специалистов учебного центра SPA School (Латвия);
- Влад Турчак (Израиль), врач-вертебролог, член Ассоциации альтернативной медицины Израиля;
- Antonio Cerrone (Италия), профессиональный массажист, автор уникальных методик массажа, владелец спа- и велнес-центров.

Непосредственно процедура проведения чемпионата была разделена на 2 части: «Классический массаж» и «Спа-массаж», а также на категории «Юниоры» и «Профи». В категории «Юниоры» в номинации «Классический массаж» участвовали 18 человек, в номинации «Спа-массаж» – 11. В категории «Профи» в номинации «Классический массаж» участвовали 9 человек, в номинации «Спа-массаж» – 13. Победителями II Международного чемпионата Молдовы по классическому и спа-массажу стали:

- Категория «Юниоры», номинация «Классический массаж»:
 - I место – Сандик Илона;
 - II место – Юрку Анна;
 - III место – Оларь Николета.
- Категория «Юниоры», номинация «Спа-массаж»:
 - I место – Колун Екатерина;
 - II место – Болдурату Евгения;
 - III место – Фокша Анастасия.
- Категория «Профи», номинация «Классический массаж»:
 - I место – Романович Александр;
 - II место – Колун Владимир;
 - III место – Грицик Татьяна.

- Категория «Профи», номинация «Спа-массаж»:
 - I место – Фомина Софья (ассистент – Романович Александр), программа «Тандем в 4 руки»;
 - II место – Горошенко Дарья, программа «Сахарный моделирующий массаж»;
 - II место – Spinius Lina (Италия), программа Candila massage.

Помимо призовых мест были присуждены следующие номинации:

- Категория «Юниоры»:
 - «Открытие года» – Чаглей Наталья;
 - «Приз зрительских симпатий» – Черней Валерия;
 - «Молодой спа-мастер» – Сырбу Эмиль;
 - «Лучший антураж» – Чумак Людмила.
 - Категория «Профи»:
 - «Мастерство и профессионализм» – Вовченко Виктор;
 - «Открытие года» – Гицу Ирина;
 - «Творческий подход» – Кессаева Агнесса;
 - «Лучший спа-реабилитолог» – Сорокин Владимир;
 - «Приз зрительских симпатий» – Кессаева Агнесса и Вовченко Виктор;
 - «Лучший этно-массаж» – Вовченко Виктор;
 - «Специальный приз жюри» – Гамер Борис;
 - «Мудрость и опыт» – Чалык Александр;
 - «Лучший тематический антураж» – Горошенко Дарья.
- Абсолютным чемпионом Молдовы по массажу стал Романович Александр.

16 мая в Краснодаре в рамках фестиваля красоты «Южное созвездие» выставки BEAUTY SHOW Krasnodar состоялось важнейшее событие года в спа-индустрии – V Чемпионат России по спа-массажу – «Лучший спа-мастер – 2013».

Организаторы этого мероприятия на протяжении всех лет существования чемпионата – «Компания "Лаки Хаус"» и НП «Национальная Федерация массажистов».

Победители чемпионата:

- I место – Сагдатуллин Айрат Алмасович (Набережные Челны);
- II место – Чуклов Евгений Анатольевич (Сочи);
- III место – Маметьев Антон Юрьевич (Кисловодск).

Номинанты:

- специальный приз «Открытие России 2013 г.» – Кубасова Венера Мансуровна (Нижнекамск);



- «Творческий подход и экзотичность» – Акпымар Мухиттин (Анталья);
 - «Виртуозность исполнения» – тандем «НуВи» – Есяян Нуна Сосовна и Бычик Виолетта Вячеславовна (Краснодар);
- Организаторы чемпионата благодарят партнеров, поддерживающих развитие чемпионатного движения в массажной индустрии России.

22 мая в Korston Hotel Moscow прошел финал конкурса красоты «Мисс Независимость – 2013» для девушек, пользующихся инвалидными колясками.

Конкурс «Мисс Независимость» проходит в Москве уже в третий раз. Автор идеи и главный организатор конкурса – РОО ПРИ «КАТЮША» при поддержке Правительства Москвы и Департамента социальной защиты населения г. Москвы.

В конкурсе приняли участие 11 девушек, пользующихся инвалидными колясками. В итоге корону победительницы и титул «Мисс Независимость – 2013» получила студентка Елена Пастухова. Второе место и титул «Вице-мисс Независимость – 2013» – студентка Нурсина Галиева, будущий ма-



тематик. Третье место жюри решило разделить между Светланой Тяпкиной и Анной Петуховой, показавшими зажигательный бой на рапирах (обе девушки занимаются паралимпийским фехтованием). Титул «Мисс зрительских симпатий» получила экономист Ольга Лоева. Именно за нее проголосовало большинство зрителей.

Девушки получили множество ценных призов и подарков от партнеров, спонсоров, в том числе и от редакции журнала «Массаж. Эстетика тела».

8 июня состоялся II Открытый чемпионат Крыма по массажу, проводившийся по правилам Единой консолидированной системы чемпионатов по массажу. Традиционно крымское мероприятие проходило в формате open-air, что позволило участникам, организаторам и зрителям чемпионата любоваться Черным морем, пляжой крымских гор, наслаждаться заповедным воздухом бухты Сотера (Алушта).

Массажисты из Симферополя, Севастополя, Евпатории, Днепропетровска, Одессы, Донецка и Москвы продемонстрировали свое мастерство и профессионализм в двух этапах чемпионата: обязательном (классическая техника массажа) и произвольном (экзотические и авторские методики).

В судейскую коллегию чемпионата вошли: Романенко Роман (главный судья), Овчаренко Андрей (Запорожье), Холодов Сергей (Одесса), Романенко Елена (Симферополь).

На Чемпионате Крыма родился новый тренд в индустрии красоты и здоровья «Baby Spa» – применение спа- и велнес-программ для детей школьного возраста. Дудкову Людмилу (Симферополь), автора этой программы, зрители Чемпионата назвали победителем в номинации «Приз зрительских симпатий». «Baby Spa» так же победил в номинации «Приз от спонсора» компании «Fagmopa».

Атлетически сложенный Румилов Денис (Днепропетровск), демонстрируя ювелирную работу с женским лицом, получил номинацию «Профессионализм».

Павлыш Константин (Одесса) победил в номинации «Лучший этнический массаж» за грамотное исполнение приемов русского спа-массажа и выраженный славянский колорит.

Очарование и доброжелательность Евгении Саенко (Донецк) с методикой релакс-массажа судьи единогласно наградили номинацией «Артистизм».

Антураж и тщательность исполнения медового массажа лица позволило Дарье Глушич (Симферополь) победить в номинации «Открытие года».

По сумме баллов определились призеры, которым благодаря победе на региональном чемпионате представилась воз-

можность выступить в финале VII Чемпионата Украины по массажу, который пройдет весной 2014 г. в Киеве (Украина). III место – Фролова Татьяна (Днепропетровск) – методика Багуа-массажа.

II место – Гуляев Владимир (Москва) – программа «Коррекция фигуры».

Чемпионом Крыма по массажу 2013 г. стал представитель столицы Крыма Демьяненко Андрей – тайский традиционный массаж.

На следующий день после чемпионата начал свою работу Фестиваль массажа «АВТОНОМИЯ ЗДОРОВЬЯ». Организаторы Фестиваля создали уникальные условия совмещения таких необходимых событий для профессионалов массажа, как обучение и отдых.

Запомнились участникам доклады массажистов, которые благодаря профессиональному выступлению на региональных и национальных первенствах по массажу заслужили возможность прочитать сообщения для своих коллег в рамках Фестиваля. Особенно вызвали резонанс аудитории выступления Олега Короленкова (Москва) со спа-программой для мужчин «Геркулес», Волик Николая (фрилансер, Киев) с докладом «Я массажист. Что дальше?», Румилова Дениса (Днепропетровск, центр «Дар Здоровья») с программами «Perfecta фигура» и «Коррекция позвоночника», Марины Шоп и Инны Кушнирук (Одесса, студия массажного искусства «Grasa») – Ломи-Ломи массаж в 4 руки, Павла Щенятского (Днепропетровск) с методикой аппаратного массажа «Удивительное преображение» и замечательный тандем-массаж в исполнении Светланы Присяжной (Одесса) и Яны Яцевской (Киев). Яркие доклады прочитали и продемонстрировали члены судейской коллегии чемпионатов по массажу: Овчаренко Андрей (Запорожье, Украинская Школа СПА) – «Массаж в постинсультном состоянии», «Самурайский массаж», Романенко Роман (Симферополь, «АВТОНОМИЯ ЗДОРОВЬЯ») – «Стоун-терапия», Холодов Сергей (Одесса, студия массажного искусства «Grasa») – «Эргономика массажа», «Спа-массаж ног»,



Бобков Андрей (Запорожье, Украинская школа СПА) – «Коррекция фигуры» и Романенко Елена (Крым, «АВТОНОМИЯ ЗДОРОВЬЯ») – авторская программа «оЛИЦТворение».

Почетный гость Фестиваля Субботин Фидель Александрович (Ялта, Крымский медицинский университет) провел мастер-классы по темам «Мягкие мануальные техники», «Кинезиотейпинг», а Волкова Людмила (Одесса, Школа гавайского массажа) продемонстрировала полинезийский массаж «Маури» и гавайский ритуал «Ломи-Ломи Нуй», состоящий из обрядового гавайского танца и сакральных массажных техник.

Завершение Фестиваля массажа «АВТОНОМИЯ ЗДОРОВЬЯ» прошло у костра с хороводами, ручейками, танцами, прыжками через костер и прощальными песнями под гитару и барабан.

До новой встречи 1–6 июня 2014 г. на Фестивале массажа «АВТОНОМИЯ ЗДОРОВЬЯ».

Зарождение и развитие в русской системе массажа спортивного классического массажа

В 2013 г. исполняется 90 лет русской системе классического массажа. Статья посвящена созданию нового – спортивного – направления в классическом массаже. Исследования и разработка новой техники видов приемов спортивного массажа, видов спортивного массажа (тренировочного, восстановительного и т.д.), частных методик принадлежат основоположнику русской системы массажа, заслуженному деятелю наук, доктору медицинских наук, профессору **И.М.Саркизову-Серазини**.

После того как в 1950 г. Хельсинкский организационный комитет Олимпийских игр – 1952 направил в Москву приглашение советским спортсменам принять участие в Олимпиаде-1952, сразу же была дана команда спорткомитета СССР ректору Б.И.Никитину (выпускнику ГЦОЛИФК 1929 г.) и профессору кафедры лечебной физкультуры (ЛФК), массажа и врачебного контроля (ВК) И.М.Саркизову-Серазини сформировать группу по подготовке массажистов для работы со спортсменами сборной команды СССР, готовящейся к Олимпийским играм в Хельсинки.

Занятия по массажу со слушателями курса вели профессора И.М.Саркизов-Серазини и В.К.Стасенков. Курсы окончили 22 человека, в том числе В.Соболев, В.Свешников, А.Бирюков, Э.Шадзевский, Н.Подрез, А.Сенаторов, С.Рябинин и его жена, А.Шум, А.Морозов, Е.Матвеев. Это было в начале 1950-х годов, а зарождение советской системы классического массажа (за границей ее называют «русской системой») датируется 1921 г. Но прежде чем обратиться к истокам русского классического массажа и в первую очередь спортивного массажа, нельзя не вспомнить и не сказать о замечательном ученом, умном, гуманном человеке, учителе, а затем и старшем товарище автора статьи, с которым он проработал 16 лет. Это крупнейший ученый, основоположник научных школ ЛФК, массажа,

ВК, закаливания, курортологии и физиотерапии, климатологии, климатотерапии, гомеопатии и т.д., почетный член Международной Федерации спортивной медицины, заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор Иван Михайлович Саркизов-Серазини (1887–1964). Он трудился красиво и с удовольствием, умел не только постигать неизвестное, утверждать новое в науке и передавать свои знания бесчисленным ученикам, но и пропагандировать прогрессивные идеи науки живо, увлекательно, доходчиво и популярно. Он любил людей, дарил им тепло и дружбу с удивительной щедростью истинно талантливого человека.

Родился И.М.Саркизов-Серазини в Ялте, в 5-летнем возрасте переехал с родителями в Феодосию. В гимназию Ванечку (так его называли) не взяли – отец работал возчиком, – и он поступил в 6-классное училище. Жили очень бедно, после занятий приходилось торговать шашлыком на базаре. Однажды уставший Ванечка прилег отдохнуть, но лай злых собак и крик о помощи подняли его с топчана. Выскочив на улицу, он увидел у одного мальчика на ноге кровь. Ванечка впервые выступил в роли врача: осторожно облил рану водой и неумело перевязал. Впоследствии этот мальчик – Максимилиан Александрович Волошин, поэт, художник – стал большим другом Саркизова-Серазини. На 16-м году Ванечка потерял родных и поступил юнгой на парусник «Святой Николай». После гибели шхуны и его случайного спасения, одного из всего экипажа, после долгих скитаний по Одессе он был принят на пароход «Юпитер». Однако за потасовку с английскими моряками в Генуе (Италия) Саркизов-Серазини был списан с «Юпитера». Несколько месяцев искал работу.



1928 г. И.М.Саркизов-Серазини с коллегами и учениками.

Наконец ему повезло: он был принят на большой океанский пароход «Кострома» помощником судового врача. Во время стоянки на Цейлоне у старика-индейца Саркизов-Серазини купил потрепанную, грязную книгу, оказавшуюся пособием по древней индийской медицине. Книга была бесценной. В Сингапуре ему опять повезло, в его руках оказалась книга по тибетской медицине. В другой раз в Гонконге он так же приобрел за гроши книгу, посвященную древней китайской медицине. После длительного плавания по морям и океанам он вернулся в Ялту с книжным багажом.

В 1905 г. он сдал экзамен за 4 класса гимназии и получил право числиться аптекарским учеником в ялтинской аптеке И.Гофшнейра, но за участие в работе либеральной газеты «Крымская Ривьера» Саркизова-Серазини выслали в Екатеринодар. Время с 1910 по 1913 г. было годами скитания в борьбе за кусок хлеба по городам юга России. В 1913 г. он приехал в Москву и поступил в аптеку №1 В.К.Феррейна на Никольской улице. В 1917 г. сдал экзамен на аттестат зрелости, а осенью поступил на медицинский факультет Московского университета.

«Несколькими годами раньше, – рассказывал Иван Михайлович, – просматривая газеты, я обратил внимание на объявление, выделенное жирным шрифтом в газете “Известия Всероссийского центрального исполнительного комитета” от 24 августа 1918 г., о приеме учащихся в институт физкультуры. И тогда я подумал, что это, должно быть, самый интересный и нужный институт, который будет противостоять заболеваниям и совершенствовать здоровых людей». Работая в престижной аптеке В.К.Феррейна, Иван Михайлович, так же как и другие сотрудники, должен был ходить в спортивный клуб.

В 1915 г., побывав на хорошо организованных соревнованиях по лыжам, а в другой раз – по водному поло, он заметил массажистов, которые массировали участников после соревнований, причем напоминали неучей, которых Иван Михайлович видел, будучи еще юнгой в первые годы XX столетия, когда плавал в Индии, Сингапур, Гонконг, и вызывали чувство брезгливости.

В 1921 г., будучи студентом медицинского института, И.М.Саркизов-Серазини уже читал лекции в институте физкультуры по гимнастике и массажу. В этом же году он организовал кружок по классическому массажу из числа студентов старших



1929 г. И.М.Саркизов-Серазини и В.К.Стасенков и выпускники первых курсов по спортивному массажу

курсов института физкультуры. В январе 1922 г. он проводит месячный курс по спортивному и лечебному массажу для преподавателей, тренеров и врачей института. И особенно обращает внимание на технику, которая должна применяться в спортивном массаже. Узнав о проведении курсов, медики Москвы обратились к руководству института, и Саркизов-Серазини был вынужден повторить месячный курс для медработников, тренеров и массажистов. Особенно поразил Ивана Михайловича массажист, когда в феврале 1922 г. он присутствовал на первенстве республики по конькобежному спорту. Он писал: «Где надо было поглаживать, там применяли поколачивание, а где необходимо разминать – поглаживали». А иногда применяли такие «приемы», что у Саркизова-Серазини возникали опасения о повреждении мышц, несложно было понять, что в массаже царил эмпиризм.

В то время он и сам четко не понимал и не представлял себе, каким должен быть современный массаж, осо-

бенно спортивный, о котором практически никто ничего не написал и не сказал, какие должны быть приемы спортивного массажа, сколько приемов и т.п. Но он был твердо уверен, что необходимо было создавать русскую массажную систему, отличную от других, и в первую очередь систему спортивного массажа.

Несколькими годами ранее, еще будучи юнгой, плавая на паруснике «Юпитер» в Турции, он обратил внимание на грека-массажиста, который за три сеанса вылечил повара от боли в спине, чего не смог сделать врач. Это глубоко запало ему в память, и Ванечка решил во что бы то ни стало научиться такому волшебству – лечить людей.

Учась в медицинском институте, Саркизов-Серазини проанализировал всю имевшуюся литературу на русском, немецком, французском языках по массажу и смежные с ним науки и четко представил себе, каким должен быть классический массаж на самом деле и как его использовать в медицине и спорте.



В апреле 1923 г. И.М.Саркизов-Серазини был приглашен преподавателем на кафедру научного контроля над физическим развитием. С этого года массаж стал обязательной дисциплиной для всех студентов института и составлял 90 аудиторных учебных часов. Также он проводит двухмесячные курсы по спортивному и лечебному массажу для тренеров и врачей Москвы. В октябре 1923 г. в выделенной новой массажной аудитории им проводится недельный семинар по теории и практике массажа для врачей, методистов, работающих в санаториях Москвы, и приезжих из других городов СССР.

Если в Западной Европе массаж развивался с уклоном в сторону медицины, то на российской почве создавалась самобытная русская массажная технология, руководствующаяся научными принципами, выраженными в трудах русских ученых И.М.Сеченова, И.П.Павлова. Но при всем различии техники приемов и методик выполнения массажа, существующих в мире, Саркизов-Серазини понимал, что их роднило то, что они использовались утилитарно, для массажа, без учета тканей тела, положения, направления массажных движений, состояния человека и т.д.

Трудно переоценить вклад в мировую науку о массаже профессора И.М.Саркизова-Серазини. По его инициативе и при большой организаторской способности в 1925 г. при институте физкультуры была создана первая в нашей стране поликлиника массажа и ЛФК. Там амбулаторно лечились больные, страдавшие болезнями нервной системы, нарушением обмена веществ и т.д., а также велись исследования влияния разных методик массажа не только на больных, но и на студентов, занимающихся спортом. На основании этих исследований в дальнейшем были созданы частные методики массажа при различных заболеваниях, разработаны методики сеансов восстановительного массажа для спортсменов и занимающихся физической культурой. Поликлиника института послужила образцом для аналогичных учреждений в других уголках Союза.

В 1930 г. в Москве был создан Институт усовершенствования врачей. «А читать продолжали мои ученики, – писал Саркизов-Серазини, – профессора В.Н.Машков и Б.А.Ивановский, доцент Т.Г.Никитин и др.» Огромная заслуга в развитии русской системы массажа в СССР при-

надлежит И.М.Саркизову-Серазини, а затем и его ученикам. Благодаря большой продолжительной научно-исследовательской и практической работе с больными и в спорте массаж получает четкие самостоятельные направления: спортивный, лечебный, гигиенический и косметический, т.е. появляется классификация видов массажа.

В феврале 1928 г. на пленарном заседании Совета научных работников при Наркомздраве по инициативе И.М.Саркизова-Серазини было предложено открыть четырехмесячные курсы по физической культуре для врачей, приехавших со всего Союза. Программа курсов предусматривала 600 академических часов, 1/3 программы отводилась на МК, который проходил под лозунгом: «Без врачебного контроля нет советской физкультуры», из них 90 ч – на массаж.

Много сил и времени было затрачено доцентом И.М.Саркизовым-Серазини, чтобы убедить руководство Спорткомитета и Наркомздрава в необходимости получения разрешения на проведение курсов по спортивному массажу. Чиновники Минздрава, которые абсолютно не знали этого вопроса, говорили, что «только что проводили курсы», они не видели разницы между лечебным массажем и спортивным (надо сказать, что и нынешние чиновники Минздрава далеки от важного метода, каким является массаж).

«С большим трудом, – пишет Саркизов-Серазини, – я все же с января 1929 г. в Институте физкультуры открыл трехмесячные курсы по спортивному массажу – первые в истории русского и советского спорта». Эти курсы были для всех желающих врачей, преподавателей физической культуры, тренеров, командированных из всех республик СССР. Для обучения массажу приняли 30 человек, курс сопровождался практическими занятиями. Выпускников курсов немедленно разобрали по спортивным обществам и лечебным учреждениям.

Желающих овладеть массажем оказалось так много, что в сентябре того же года Саркизову-Серазини пришлось повторить курс обучения. В журнале «Физическая культура и спорт» №39 от 28 сентября 1929 г. он выступил со статьей «Забывтый участник в нашей системе физвоспитания», в которой, в частности, писал: «...еще раз приходится напоминать о забытом участке физической культуры – спортивном массаже в практике

спортивной жизни на стадионах, площадках, в клубах и домах отдыха». Статью Саркизов-Серазини заключает важной фразой: «Было бы желательно, чтобы по нашему примеру подобные же курсы были организованы в Ленинграде и других вузах». Работа была иллюстрирована фотографиями первых выпускников курсов по спортивному массажу, занятия вели И.М.Саркизов-Серазини и В.К.Стасенков.

При проведении упомянутых курсов по спортивному массажу Саркизов-Серазини необходимо было изучить основы теории спорта и знать особенности физической и психической нагрузки, утомляемости при выполнении тренировочных и соревновательных работ. Чтобы знать эти нюансы, Иван Михайлович постоянно принимал самое активное участие во всех спортивно-педагогических, научных и научно-практических конференциях (по легкой атлетике, борьбе, гиревиков и др.), а на конференциях выступали известные, авторитетные тренеры, врачи по разным видам спорта: Денисов, Бухаров, Катулин, Соколов, Иванов и многие другие. Иван Михайлович сам проводил массаж перед выходом спортсменов на помост, ринг и т.д.

Саркизов-Серазини ознакомился со многими системами массажа и взял только термины из римской – «растирание» и «разминание», а технику приема массажа сопоставлял с другими системами и разрабатывал свою более совершенную технику приемов (видов) впоследствии, которые стали использовать в разных странах мира.

Забегая вперед, нельзя не сказать, что, выезжая впервые со сборной командой СССР за границу, автор статьи увидел там различные техники приемов массажа, методики сеансов массажа и сразу понял, что нет методик сеансов, а только одни хаотичные манипуляции, во всех случаях, при которых массировали спортсменов, было одно и то же. И автор был убежден, что советская система русского классического массажа – лучшая в мире.

Побывав более чем в 70 странах, автор увидел лучших массажистов мира на Олимпийских играх, чемпионатах мира и Европы, читал лекции и проводил практические занятия по массажу в разных странах, в престижных клубах по футболу, теннису и школах массажа и убедился, что был прав, когда еще в 1950-е годы говорил о том, что советская школа русского классического массажа бы-

ла лучшей как по технологии видов приемов массажа, так и по физиологическому и методическому обоснованию всех аспектов массажа – спортивного, лечебного, гигиенического массажа, методов и гигиенических основ.

Но вернемся в 20-е годы прошлого века.

В 1921–1924 гг. студенты проводили массаж на партах и низких медицинских кушетках. В 1925 г. кратковременные курсы по массажу для врачей и методистов по физической культуре, работающих в санаториях, проводились на новых специальных кушетках по чертежам Саркизова-Серазини, а изготовил их институтский столяр Степан Федорович.

Эти замечательные «вечные» кушетки – массажные столы прослужили надежностью, устойчивостью и удобством аж до 2008 г., т.е. 83 года. И прослужили бы еще минимум 20–30 лет, если бы не одно «но». Готовясь к юбилею по случаю 90-летия института, пришлось поменять старые кушетки на современные мас-

ный курс «Медицинский массаж» после медицинского училища, поступившие в университет физкультуры (где курс массажа – 54 аудиторных часа) студенты, имеющие сертификат «Медицинский массаж», просят «перезачесть» им предмет «Массаж». После беседы по теории массажа и демонстрации практического материала выясняется, что знания по теории и практике массажа не позволяют преподавателю «перезачесть» предмет.

Позор всем тем, кто как-то связан с классическим массажем, что довели его до такого состояния в последние 15–20 лет! Автору стыдно перед покойным И.М.Саркизовым-Серазини, что мы не смогли сохранить мировую школу советской системы классического массажа, которая ныне зовется «русской системой классического массажа».

В 1932 г. на базе института была открыта школа тренеров с двухгодичным обучением, на курс массажа отводилось по учебной программе 100 аудиторных часов.



А.А.Бирюков с коллегами А.А.Бахарева, Н.А.Власовой и П.Н.Левашовым.

сажные столы, которые к 95-летней дате, увы, стали шататься и портить пол в массажной аудитории.

«В начале 1935 г. меня пригласил нарком здравоохранения М.Ф.Владимирский, – пишет Саркизов-Серазини, – и предложил в Государственном институте физиотерапии и ортопедии возглавить новое отделение «Лечебная физкультура и массаж». Те массажисты, которые окончили курсы в ГЦИФК, быстро вошли в повседневную работу без поправок, а вот массажисты, которые где-то оканчивали и работали в больницах и институте курортологии, – были смешны». Обучать их пришлось доктору Т.Р.Никитину, который окончил курсы по массажу вместе В.Н.Машковым в институте физкультуры. Кстати, окончившие сертификацион-

Серьезной проверкой всех разработок и методик в области классического массажа, используемых в реабилитации различных поврежденных и заболеваний, стали годы Великой Отечественной войны. Особо следует отметить работу коллектива института по внедрению методов ЛФК и массажа в госпиталях, больницах и батальонах выздоравливающих, а также на фронте: многие методики по ЛФК и массажу были впервые опробованы и применены еще во время боев у озера Хасан и на Халхин-Голе, а также в войне с Финляндией.

Институт тем временем продолжал работать. Лекции по дисциплине «Массаж» проводил В.К.Стасенков, который рассказывал: «Многие студенты занимались освоением мас-



сажа по 4–5 ч в день, а вечерами ходили в госпитали и больницы массировать ампутированных и раненых бойцов».

После войны в институте, на кафедре не сразу все складывалось так, как хотелось. И все же в этом же году вернулись на кафедру опытные преподаватели по массажу – Н.Полежаев, Н.Подрез, В.Шум. Переосмысливаются учебные планы, пишутся новые программы по массажу с учетом современных требований к знаниям студентов физкультурных вузов и того большого практического опыта, который был накоплен во время работы в военные годы в больницах и при фронтовых госпиталях при восстановлении раненых посредством массажа и ЛФК. Студенты с большим интересом приступили к занятиям по массажу под руководством профессора В.К.Стасенкова и, не овладев еще навыками техники, шли в больницы, где долечивались бойцы.

Возобновила набор «Школа тренеров», где на дисциплину «Массаж» было отведено 90 аудиторных часов. После ее окончания многие стали работать в медучреждениях и в системе спорта. В 1948 г. проводятся первые послевоенные месячные курсы для врачей и методистов по ЛФК и массажу.

С 1949 г. на кафедре стали проводиться ежемесячные недельные стажировочные курсы по ЛФК, массажу и ВК. Почетно было для кафедры, когда Спорткомитет СССР поручил профессору И.М.Саркизову-Серазани проводить семинары по ВК и спортивному массажу для специалистов по медицине, приехавших из Венгрии, Румынии, Польши, ГДР, Болгарии и других соцстран. Впоследствии между этими людьми подерживались дружеские связи как на

соревнованиях, так и на научных конференциях.

Курсы в ГЦОЛИФК по массажу проводились по 5 направлениям:

- повышение квалификации для преподавателей, читающих дисциплину «Массаж» в физкультурных вузах. В эту же группу иногда зачислялись преподаватели, читающие дисциплины ЛФК, «Анатомия», ВК, которые периодически читали и «Массаж»;
- повышение квалификации тренеров-массажистов, работающих в системе физической культуры и спорта;
- повышение квалификации преподавателей, работающих в физкультурных вузах на спортивно-педагогических кафедрах (бокс, гимнастика и т.п.), где на массаж отводилось от 18 до 20 ч;
- на повышение квалификации тренеров, работающих в системе спорта по разным видам спорта, отводилось 20–24 ч. Следует подчеркнуть, что преподаватели спортивно-педагогических кафедр и тренеры по различным видам спорта, работающие в спорткомитетах СССР, Москвы, Ленинграда и других республик, очень серьезно относились к овладению искусством массажа, и особенно к частным методикам массажа (восстановительному, разминочному и т.д.), как средству профилактики повреждений;
- особый курс массажа для начинающих, желающих им овладеть, состоял из студентов 4-го курса, прошедших массаж по вузовской программе и показавших глубокие знания и интерес к данной дисциплине. И.М.Саркизов-Серазани когда-то назвал этот курс «благодарительным»: он не входил в нагрузку преподавателям и проводился по особой программе – 200 аудиторных часов. На первую часть программы отводи-

лось 140 ч – основы теории и практики классического массажа. Затем курсанты отправлялись на двухмесячную стажировку в Спорткомитет СССР, Спорткомитет г. Москвы, клубы ДСО. Вернувшись с положительной характеристикой, продолжали осваивать частные методики спортивного и лечебного массажа – 60 ч. После этого – экзамен по теории и практике массажа, который принимал И.М.Саркизов-Серазани, иногда на нем присутствовали В.Е.Васильева, Д.Ф.Дешин и А.А.Бирюков.

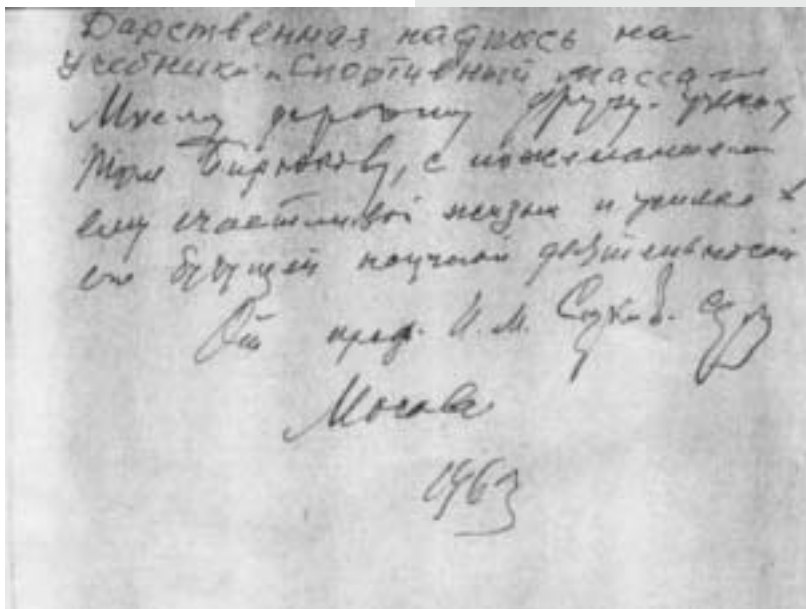
Этот курс впервые был проведен в 1958 г. по инициативе И.М.Саркизова-Серазани, в период подготовки сборной команды СССР к Римской Олимпиаде. Преподаватели: И.М.Саркизов-Серазани, В.М.Свешников и А.А.Бирюков. Начиная с 1959 г. курсы такого уровня проводились вплоть до 1980 г. Удостоверение №1 было выписано И.М.Саркизову-Серазани (чему он был очень рад), а подписал его ректор ГЦОЛИФК И.И.Никифоров.

В 1956 г. на стажировку приехали специалисты по ВК и массажу из Пекина. И.М.Саркизов-Серазани читал лекции по массажу и проводил практические занятия (помогал ему в этом А.А.Бирюков). ВК читали И.М.Саркизов-Серазани и Д.Ф.Дешин.

Что касается дисциплины «Массаж», то следует отметить, что студенты всех специализаций исключительно добросовестно и с большим интересом ее осваивали. То же самое можно сказать и о нынешних студентах, которые понимают, что им это необходимо не только в процессе подготовки к соревнованиям, но и в жизни. В их числе были великие спортсмены: Е.Гришин, В.Куц, И.Артамонова, Н.Симонян, И.Исаев, Л.Яшин, Г.Горохова, И.Роднина, Р.Плюкфельдер, Э.Стрельцов, М.Воронин, В.Харламов, А.Древаль, П.Болотников. Многие спортсмены, олимпийские чемпионы – Б.Латутина, А.Иваницкий, В.Долгушин, В.Жмудский, М.Тихомиров и многие другие – до сих пор квалифицированно пользуются приобретенными навыками массажа.

В связи с проведением Олимпийских игр в Москве в 1979–1980 гг. по решению Спорткомитета г. Москвы и Московского комбината бытовых и коммунальных услуг было проведено два самостоятельных курса с разными учебными программами по классическому массажу для работающих массажистов в банях:

- а) классический массаж – 100 аудиторных часов (теория и практика



проводились на кафедре ЛФК и массажа в ГЦОЛИФК и в красном уголке Сандуновских бань);

б) на банный (мыльный) классический массаж по программе было отведено 60 ч, из них 40 аудиторных часов – на классический массаж, который проводили в ГЦОЛИФК, и 20 ч – на банный, который осваивали в Центральной и Сандуновских банях.

Массаж всегда пользовался особой любовью И.М.Саркизова-Серазини: с первых дней введения этой дисциплины в учебный план института и на курсах он преподавал массаж сам. Вести практические занятия И.М.Саркизову-Серазини помогал профессор В.К.Стасенков (с 1919 по 1956 г., до ухода на пенсию). Ассистентами в разные годы были: финн В.И.Канерва – с 1932 по 1937 г. (в 1937 г. был репрессирован как враг народа, в 1961 г. реабилитирован, умер в 1962 г.), В.И.Дубровнин – с 1934 по 1937 г. (затем также был репрессирован), Н.Полежаев – с 1938 по 1946 г., Н.А.Подрез – с 1945 по 1948 г., В.М.Свешников – с 1955 по 1973 г., С.С.Пасечников – с 1949 по 1951 г., А.А.Бирюков с 1954 г. Именно автору данной статьи в 1960 г., еще при жизни, передал руководство любимым предметом И.М.Саркизова-Серазини.

Все преподаватели массажа (кроме профессора В.К.Стасенкова и В.И.Канервы) были хорошими спортсменами, мастерами спорта по борьбе. И.М.Саркизов-Серазини говорил: «У борцов есть особая чувствительность, которая очень важна для массажистов, такой чувствительностью не обладает ни один спортсмен других видов специализации, в том числе и врачи».

В отсутствие В.Свешникова или А.Бирюкова (командировки в сборные страны) помогали вести массаж канд. пед. наук К.Березкина и канд. мед. наук доцент Ф.А.Завилейский (главный врач медсанчасти ГЦОЛИФК). Основы, заложенные И.М.Саркизовым-Серазини по массажу, получили дальнейшее развитие в трудах и деятельности его многочисленных учеников.

Одним из наиболее известных его учеников (так он говорил и писал при жизни) является его последователь профессор А.А.Бирюков, им издано более 450 научных и научно-методических и популярных работ по массажу (спортивному, лечебному, гигиеническому), в том числе учебники для вузов, монографии не только по массажу, но и по использованию высоких температур (парной) в подготовке спортсменов к соревнованиям и в процессе выступлений. Ряд работ были изданы за рубежом – учебники по спортивному и лечебному массажу в Болгарии, Японии, Алжире, Корее, Вьетнаме, Испании, Мексике, Йемене и на Кубе, монографии в Польше, Болгарии, Испании и других странах.

На основании анализа многочисленных научных и методических исследований сотрудниками отделения теории и методики массажа канд. пед. наук, доцентами А.А.Бахаревой, Н.А.Власовой, П.Н.Левашовым и профессором А.А.Бирюковым были созданы частные методики массажа в отдельных видах спорта. Впервые была разработана классификация видов массажа (спортивный, лечебный, косметический применительно к спортивной практике и т.д.), на научной основе созданы и внедрены новые массажные приемы и их виды,

проведено их разделение в зависимости от физиологического и механического воздействия на разные органы, системы и организм в целом. Даны научные обоснования видов массажных приемов и определено место для их применения (мышцы, связки, кожа и т.п.). Разработана методика чередования массируемых частей тела в случае применения общего массажа.

В 1973 г. была создана предметная комиссия из преподавателей по массажу физкультурных вузов при Спорткомитете СССР, который возглавлял профессор А.А.Бирюков. Комиссия по массажу определяла научно-исследовательскую и научно-методическую работу по массажу на кафедрах физкультурных вузов и факультетах физической культуры и физкультурных техникумах и оказывала им методическую и практическую помощь.

Комиссия принимала активное участие при аттестации тренеров-массажистов, а также при приеме на работу массажистов в Спорткомитет СССР, проводила повышение квалификации тренеров-массажистов на кафедре ЛФК и массажа в ГЦОЛИФК. Комиссия совместно с преподавателями массажа физкультурных вузов (а их было 24) коллегиально формировала терминологию (понятийный аппарат) по дисциплине «Массаж». Это давало возможность сохранять единообразие при написании научных и научно-методических статей и общаться на едином научно-массажном языке, а не «птичьим». Так было до 1990 г. Студенты всех физкультурных вузов, факультетов физической культуры изучали дисциплину «Массаж» по учебному пособию «Массаж» профессора И.М.Саркизова-Серазини и по учебнику «Массаж» для физкультурных вузов А.А.Бирюкова.

С появлением большого количества книг по массажу стало сложно даже опытным специалистам разобраться в технике приемов массажа, в видах массажа, таких как спа-массаж, велнес-массаж, интенсивный массаж, силовой массаж и т.п.

Практически все массажисты, окончившие курсы по массажу в ГЦОЛИФК, работали со сборными командами СССР, а теперь работают со сборными России в различных футбольных клубах, больницах, санаториях. В их числе В.И.Крылов, В.М.Журавов, А.А.Панченко, А.Н.Клюйков, О.В.Кученев, Д.Н.Савин, В.И.Заиченко и др. Опыт школы русского массажа широко известен во всем мире; на



кафедру приезжают повышать квалификацию массажисты из Финляндии, Колумбии, Кореи, Канады, Америки и других стран. Многие выпускники курсов работают за рубежом. В 1976 г. при ГЦОЛИФК была открыта Высшая школа тренеров ввиду важности овладения методами массажа; курсу массажа было отведено 60 ч. Специалисты по массажу, работающие преподавателями в институтах физической культуры, внесли огромный вклад в становление как спортивного, так и лечебного массажа. Первая в СССР монография по спортивному массажу была издана А.А.Бирюковым в 1972 г., а в 1975 г. авторским коллективом кафедры в составе В.Е.Васильевой, А.А.Бирюкова, В.М.Свешникова был впервые за всю историю массажа написан и издан учебник по спортивному массажу для институтов физкультуры. В 1985 г. издан учебник для техникумов физической культуры, а в 1988 г. – учебник для институтов физической культуры (автор А.А.Бирюков). В результате научных исследований по массажу в последние годы и большого практического опыта работы со спортсменами высокого класса А.А.Бирюковым был написан и издан в 2008 г. учебник «Спортивный массаж» для физкультурных вузов.

В 2002–2008 гг. впервые были проведены научно-исследовательские работы по эргономике рабочих поз массажиста и технике массажа. На основании полученных данных было написано и издано методическое пособие (А.А.Бирюков и Д.Н.Савин) «Эргономические и гигиенические основы русской системы классического массажа».

В последние годы на кафедре ЛФК, массажа и реабилитации ГЦОЛИФК, а затем РГУФКСМиТ защищены 20 кандидатских диссертаций по массажу. Под руководством автора данной статьи проведена работа, которая является важным звеном в решении проблемы научного обоснования воздействия массажа на организм человека с позиции современной теории нервно-рефлекторных связей. Это принципиально новое и доминирующее в настоящее время положение нашло свое отражение в уже упоминавшемся первом учебнике по массажу для институтов физической культуры, в котором изложены практические и теоретические сведения не только по спортивному массажу, но и по массажу при повреждениях и заболеваниях, связанных со спортом.

В физкультурных университетах, академиях и институтах были откры-

ты новые и весьма важные специализации – такие, например, как «Физическая реабилитация и рекреация» – и введена специальность «Адаптивная физическая культура», в учебный план которых входит не только спортивный, но и лечебный массаж. Впервые был издан учебник для вузов «Лечебный массаж» (автор А.А.Бирюков).

Что касается большого спорта, то без массажа его сегодня невозможно представить. Массаж стал если не решающим, то очень важным «аргументом в споре» на тяжелоатлетическом помосте и борцовском ковре, на ринге и беговой дорожке, где даже малейшая «фора» приобретает особое значение. А скольких атлетов, получивших сильные травмы, с помощью массажа удалось вернуть в строй!

Сегодня уже каждому из нас ясно, что столь престижная победа на Олимпийских играх в любом виде спорта – это результат таланта и огромного труда не только спортсмена и тренера, но и массажиста. Массажист не покладая рук с первого дня тренировочного процесса и до конца соревнований следит за тем, чтобы спортсмен был восстановлен, а его работоспособность с каждым днем повышалась, чтобы не было травм, а если таковые и случаются, стремится вылечить в кратчайший срок.

Труд тренеров-массажистов был высоко оценен как спортсменами, так и тренерами и правительством, о чем свидетельствуют награды, врученные массажистам.



А.А.Бирюков,
д-р пед. наук, проф., кафедра ЛФК, массажа и реабилитации,
Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодежи и туризма, Москва

Медицинские традиции тайского массажа

Расположенное в Юго-Восточной Азии Королевство Таиланд (или Сиам – по-тайски «прекрасный») лежит между двумя древнейшими мировыми цивилизациями – Индией и Китаем. На протяжении веков культурное наследие этих регионов смешивалось, и в результате появилась на свет оригинальная сиамская культурная традиция. Наиболее очевидным доказательством тому является тайская традиционная медицина (ТТМ), где китайская медицина и индийская Аюрведа сошлись с тайской мудростью, наблюдательностью и медицинской практикой.

ТТМ состоит из четырех главных разделов, которые составляют тайская фармация, тайская медицинская практика, тайское акушерство и тайский массаж. Древняя история ТТМ корнями восходит ко временам жизни Будды, когда доктор Дживака (Shivaga Komagara), по легенде – личный врач Будды, определил основы лечения, передающиеся от учителя к ученику до сегодняшнего дня. С тех самых пор именно он почитается отцом-основателем ТТМ. Краткая история развития ТТМ может быть представлена несколькими периодами, связанными непосредственно с историей страны, которая ведет свое начало с королевства Сукхотай, образованного в 1238 г., когда тайцы добились независимости от Кхмерской империи (кхмерское феодальное государство, существовавшее в IX–XIII вв. на территории современных Камбоджи, Вьетнама, Таиланда и Лаоса, с центром в Ангкоре). Его преемником в 1350 г. стало королевство Аюттайя, которое сменило королевство Тхонбури с 1768 по 1782 гг. Королевство Раттанакосин, или Королевство Сиам, с центром в городе Бангкок существовало с 1782 по 1932 г. С 1932 г. Королевство Таиланд стало конституционной монархией.

Первое свидетельство о ТТМ представлено каменной надписью короля Кхмерской империи Чайворамана VII, датированное приблизительно 1182–1186 гг. Король заслужил признание по всем канонам буддийской веры тем, что приказал выстроить



102 больницы по всей империи, которые назывались Arokaya Sala – общественные клиники, или центры здоровья. Некоторые из них находились в северо-восточной части современного Таиланда.

Во время Сукхотайского периода, приблизительно в 1320-х годах, король Рамкамхенг Великий воздвиг на горе огромный сад целебных трав Khoa Saraya. Это было место, куда люди приходили в поисках нужных им трав для приготовления лекарственных средств.

В 1455 г., во времена правления короля Боромотрайлоканата, вступил в силу первый письменный закон Таиланда, который назывался «Kotmhai Tra Sam Duang» – закон трех печатей. Закон также определял статус Департамента тайской медицины и Департамента тайского массажа на королевской государственной службе. Оба департамента подчинялись непосредственно королю.

Во время правления короля Нарая Великого для общественности было установлено управление медицинским процессом, которое включало организацию производства трав и их поставки, службы оказания медицинской помощи. В 1661 г. тайские врачи объединили свои усилия для создания первой книги тайских лекарственных препаратов «Tamra Phra Osod Phra Narai» – формуляра лекарственных средств короля Нарая Великого. Симон де Любер – в то

время французский дипломат при дворе тайского королевства – в своих мемуарах писал, что в Сиаме когда кто-нибудь заболевает, то начинает лечение с того, что его тело мнет и давит специально сведущий в этом деле человек, который даже садится на больного и сдавливает его ногами.

После краха государства Аюттайя город был практически уничтожен. Не только огромное число офицеров, знати и простого народа были захвачены в плен, большинство документов, включая медицинские учебники и массажные руководства, было сожжено.

В 1788 г. король Рама I Великий, основатель ныне правящей династии Чакри, объявил город Бангкок новой столицей Таиланда. Король приказал восстановить Wat Phodharam – древний монастырь Аюттайского периода, расположенный рядом с Великим Дворцом, и учредить его как королевский монастырь первой степени с официальным названием Wat Phra Chetuphon Vimolmangklararm – Храм Будды, лежащего в ожидании нирваны (обычно называемый Wat Pho, или Храм лежащего Будды).

Медицинские знания, в том числе о лекарственных препаратах на травах, и священные книги по массажу, техники самовытяжения для монахов, техники отшельников, тайская литература, пословицы и поговорки были собраны и перенесены на декоративные

каменные плиты, установленные в Sala Rai – павильонах вокруг храма Wat Pho. Именно благодаря образованности и прозорливости короля эти знания дошли до народа. Вот почему Wat Pho называется Первым открытым университетом Таиланда.

Во время великой реставрации Wat Pho в 1831 г. король Рама III приказал собрать и обработать знания о медицине и массаже со всего королевства. Собранный дополнительный материал был высечен на колоннах монастыря и павильонов. 80 каменных статуй, изображающих позиции Rue-Si Dutton – гимнастики отшельников, было приказано установить вместо глиняных, построенных при короле Раме I. Rue-Si Dutton, или тайская йога, использовалась для растяжения и вытяжения мышц, связок и сухожилий после долгих медитаций, не прерывая при этом процесс очищения разума и духовного роста. В тайской традиции, согласно преданиям, в лесах Rue-Si жили отшельники, или аскеты. Будучи великими учителями и наставниками, они очень много времени проводили в медитациях в позе лотоса. Свою науку они передали и Его Величеству королю Раме I.

В период царствования короля Рамы V были учреждены больница Siritraj (первое государственное медико-санитарное учреждение в Сиаме, основанное в 1888 г. и названное в честь умершего принца Сири-Раджа Какуттпапана) и Медицинская школа (основанная в 1889 г., ставшая первой медицинской школой в Таиланде), объединяя западную медицину и традиционные практики. В 1895 г. король поставил себе целью перевести Большое издание медицинских текстов с языка пали на тайский для изучения в Медицинской школе. Эта Королевская медицинская книга называется «TamRa PhaedSard SongKhroe ChaBab Luang» и включает в себя как учебник медицинской науки, так и справочник по массажу.

К периоду правления короля Рамы VI относятся большие перемены в становлении ТТМ. Прежде всего в 1913 г. в Медицинской школе было прервано изучение ТТМ. Вышло постановление правительства о практике медицинских профессий в целях обеспечения благосостояния широкой общественности.

В 1929 г., в период царствования короля Рамы VII, распоряжением министерства было объявлено о разделении медицинской практики на две параллельные системы: современную и традиционную медицину. С тех

пор традиционная медицина постепенно стала вытесняться из официальной системы общественного здравоохранения.

Интересно, что даже сегодня в Таиланде, попав в больницу, пациенту предлагается выбор, какому из путей лечения следовать: современному или традиционному. Безусловно, когда речь идет о раковых заболеваниях, реанимации или хирургических вмешательствах, современной медицине нет равных. Чего нельзя сказать о хронических заболеваниях, где она бессильна даже сегодня. Именно в этих случаях ТТМ, массаж и йога как нельзя лучше позволяют справиться с физической и психоэмоциональной уязвимостью индивидуума, вселяя в него уверенность и провоцируя гармоничное развитие тела, разума и духа, что, несомненно, эффективнее паллиативного ухода современной медицины.

В 1955 г. в храме Wat Pho была учреждена Школа ТТМ. По началу обще-



ственности были предложены только три курса: тайское акушерство (1 год обучения), тайская медицинская практика (3 года обучения) и тайская фармация (этому учатся всю жизнь). Курс ТТМ был учрежден позже и начал функционировать лишь с 1962 г.

ТТМ – это не только проработка мышц и суставов, но также и работа с массажными точками вдоль условных линий, называемых десятью тайскими основными массажными линиями (Sen Pra Tan Sib – тайск.), которые в большинстве случаев соответствуют энергетическим меридианам в китайской медицине.

Согласно теории тайского массажа здоровье и благополучие человека напрямую связаны с балансом четырех первоэлементов, в то время как элемент «ветра» надлежащим обра-

зом обслуживает эти линии, обеспечивая поток и передачу энергии по всему телу. Обструкция ветряного потока может стать причиной дискомфорта и в конечном счете – недомогания или даже болезни. В процессе проработки этих линий давление на точки стимулирует течение внутренней энергии («ветер») внутри тела. Это напрямую исцеляет пораженные органы и железы, в то же самое время обеспечивая активный вывод токсинов из тканей.

В тайском традиционном массаже должна применяться достаточно высокая сила давления для стимуляции точек – вот почему он отличается от классического и других видов массажа. Тайский традиционный массаж в этом плане скорее относится к рефлексотерапии, что по определению подразумевает боль. Однако впоследствии это обеспечивает восстановление сил и регенерацию поврежденных тканей.

Первым международным документом, в котором упоминается о тайском массаже, является меморандум от 1661 г. Симона де Любера, французского дипломата при дворе королевства Аюттотайя.

Искусство тайского массажа тысячелетиями передавалось от учителя к ученику, из поколения в поколение, только лишь благодаря их личным способностям и мастерству. Последовательность движений заучивалась наизусть, но некоторые моменты, к сожалению, были утрачены навсегда.

В 1836 г., в период правления Его Величества короля Рамы III, королевским указом все знания и описания древнего искусства были собраны в храме Wat Pho, Первом открытом университете Таиланда. Сюда вошли медицинская наука, фармакопея и массаж. На стенах монастыря высечены 60 изображений, описывающих линии и точки человеческого тела, а также специфические техники терапии при разных симптомах и заболеваниях.

В 1906 г. Его Величество король Рама V Великий перевел медицинские знания с древних языков на современный тайский санскрит и собственноручно записал их в упомянутую ранее Королевскую медицинскую книгу («TamRa PhaedSard SongKhroe ChaBab Luang»), включающую также «TamRa Nuad ChaBab Luang», или «Мануальную терапию», в которой описаны массажные техники, линии и точки.

В мае 1962 г. доктор Pon Tomyanim, первый директор Школы ТТМ и мас-

сажа Wat Pho, открыл на территории монастыря массажные курсы. Он пригласил преподавать лучших специалистов в стране. И они до сих пор обучают студентов своим уникальным оздоровительным техникам.

В 1991 г. доктор Kunthorn Tangtrongchit, бывший президент Ассоциации медицины и массажа Wat Pho, порекомендовал Школе обновить стандартную программу обучения. В период с октября по декабрь было проведено множество семинаров и конференций по этому поводу. Все наставники Wat Pho заключили, что направления основных массажных линий должны быть основаны на важнейших точках основных десяти энергетических каналов. Эти линии должны быть простыми и общепринятыми в использовании. Растяжки и позиции йоги также оцениваются прежде всего с позиции безопасности. Каждый сам решает вопрос об их дополнительном изучении и применении, единственное условие – осторожность.

Эта, все более популярная, древневосточная форма массажа не только дожила до сегодняшнего дня, но и была научно протестирована при лечении многих заболеваний.

Так, в 2009 г. Университет Таиланда провел научное исследование влияния тайского традиционного массажа на детей, больных аутизмом, с целью установить степень эффективности древнего философского метода лечения болезни, поразившей молодых пациентов. Для этого была создана оперативная группа в составе доктора Krisna Piravej из Департамента восстановительной медицины Университета им. Чулалонгкорна (Department of Rehabilitation Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand), доктора Preeda Tangtrongchit из Школы ТТМ и массажа Wat Pho (Wat Pho Thai Traditional Medicine and Massage School, Bangkok, Thailand), доктора Parichawan Chandarasiri из Департамента психиатрии медицинского факультета Университета им. Чулалонгкорна (Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand), доктора Luksamee Paothong из Департамента восстановительной медицины Университета им. Чулалонгкорна (Department of Rehabilitation Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand) и доктора Saengaroon Sukprasong из Реабилитационного центра тайского общества Красного Креста (Rehabilitation Centre, Thai Red Cross Society, Samuthprakan, Thailand).

Целью данного исследования являлось установление факта наличия терапевтического эффекта тайского традиционного массажа на основные поведенческие и эмоциональные нарушения тайских детей, страдающих аутизмом. Это было пробное рандомизированное контролируемое исследование, проведенное в реабилитационном центре тайского общества Красного Креста, где наблюдались в общей сложности 60 детей, страдающих аутизмом, в возрасте от 3 до 10 лет. В ходе исследования стандартная сенсорно-интегративная терапия (серия специфических контролируемых двигательных и сенсорных упражнений, в результате которых ребенок испытывает чувство контроля над своим телом и окружающей обстановкой и учится лучше анализировать сенсорную информацию) противопоставлялась лечению (сенсорно-интегративная терапия + тайский традиционный массаж). Родители и учителя оценивали основные нарушения поведения, используя шкалу Коннерса на 0 и 8-й неделях. Дневник сна, который вели родители, оценивал модели сна пациента каждую неделю.

Итак, в две группы были набраны 60 аутичных детей, средний возраст которых составил $4,67 \pm 1,82$ года. Никаких статистических различий по демографическим и исходным данным между группами не было. На основании учительского опросника Коннерса и дневников сна было обнаружено статистическое улучшение поведения, сна, уменьшение проявлений гиперактивности, невнимательности, пассивности, индекса гиперактивности. Однако результаты родительского опросника Коннерса в группе массажа показали улучшение только для показателей тревоги ($p=0,04$), в то время как при сравнении двух групп значительных улучшений в поведении ($p=0,03$) и снижения тревоги ($p=0,04$) обнаружено не было. Результаты показали, что тайский традиционный массаж может иметь положительный эффект в улучшении стереотипного поведения у аутичных детей.

Таким образом, после 8 нед исследования оперативная группа экспертов пришла к выводу, что тайский традиционный массаж может быть использован в Таиланде в качестве дополнительной терапии для детей, страдающих аутизмом.

Исследование показало, что тайский традиционный массаж помогает облегчить стереотипные проблемы де-

тей, страдающих аутизмом, в частности проблемы тревоги и поведения. На сон он также влияет положительно. В своих исследованиях университет заключил, что тайский традиционный массаж может стать удобной дополнительной терапией для детей, страдающих аутизмом, когда дело доходит до обработки поведенческих проблем. Это исследование освещает научную ценность тайского традиционного массажа с точки зрения выгоды для пациента. Тайский традиционный массаж издавна используется древневосточными медицинскими школами в качестве основного лечения физической боли и недугов наряду с проблемами психологического характера, ведь именно такой массаж помогает успокоить и очистить ум. Эта возбуждающая и одновременно расслабляющая процедура снимает стресс и улучшает общую циркуляцию крови.



На Западе тайский массаж завоевывает все большую популярность, так же, как когда-то и йога, которая сегодня стала неотъемлемой частью западной жизни, а не только мифической древней религиозной практикой Востока.

Тайский массаж идет по тому же пути, получая широкое признание по всему Западу. К счастью, в отличие от китайской акупунктуры и акупрессуры, сходством с которыми он обязан отношением к неким энергетическим каналам, тайский традиционный массаж имеет более надежные, достоверные и научно доказанные фактические основы.

Б. Гамер,
Национальный колледж медицины
и фармации, Кишинев, Республика Молдова

Русский эстетический массаж: что бы это значило?

Термин «эстетический массаж», который стал ранее названием одноименной книги, написанной в соавторстве с В.И.Васичкиным, уже вызвал и, вероятно, вызовет в будущем еще немало споров и жарких дискуссий.

В своей книге «Эстетический массаж» авторы не стремились внести какие-то преобразования в существующую классификацию массажа и даже не стали четко формулировать конкретное определение эстетического массажа в расчете на то, что реальная жизнь в дальнейшем внесет свои коррективы. В книге осуществлена попытка определить только тенденцию развития массажных техник, преследующих эстетические цели, не стремясь охватить все их многообразие, на основе имевшегося к концу 1990-х годов опыта. После выхода книги из печати авторам часто задавали вопрос о необходимости или целесообразности введения нового термина при наличии в устоявшейся классификации видов русского массажа такого понятия, как «гигиенический массаж». Книгу предполагали вначале назвать «Гигиенический эстетический массаж», где слово «эстетический» должно было нести смысловую нагрузку о том, что этот массаж представляет собой часть процедуры по совершенствованию формы лица и тела у здоровых людей. Если со словом «эстетический» не возникало никаких сомнений (в публикациях последних лет такое прилагательное встречается часто и не вызывает противоречивых смысловых толкований), то слово «гигиенический» применительно к массажу не представлялось столь же очевидным. Этим объясняется и тот факт, что термин «гигиенический массаж» вызывает недоумение у иностранных специалистов.

В странах Западной Европы в качестве определения для такого массажа используется слово «эстетический». Широкое распространение в нашей стране эстетических процедур в последние 10–15 лет связано с тем, что произошедшие в России политико-экономические преобразования затронули практически не развивавшуюся ранее индустрию красоты. Сместились акценты в оценке современного человека. Для успеха в профессиональной деятельности теперь недостаточно только иметь

высокий уровень образования. Обязательным условием для результативной работы в уже сформировавшемся российском обществе становится привлекательный внешний вид человека. Финансовые затраты на оздоровительные мероприятия (тренажерные залы, массаж, бани и сауны, салоны красоты, спа-салоны и т.п.) становятся экономически оправданными.

Так что же все-таки представляет собой эстетический массаж? Еще один новый вид массажа? Наверное, сейчас такое утверждение преждевременно, так как установившаяся номенклатура видов массажа охватывает практически все мыслимые массажные действия. С другой стороны, существующая практика работы со здоровыми клиентами в салонах красоты и оздоровительных центрах показывает, что для каждого конкретного клиента приходится намечать индивидуальную методику работы на 10–15 сеансов. В эту методику приходится включать отдельные фрагменты практически из всех существующих видов массажа. Кроме того, используемые приемы русского массажа варьируются по силе давления, длительности и последовательности воздействия, а также темпу проведения приема в зависимости от физического развития, эмоционального состояния клиента перед сеансом и поставленных целей. Очень часто программа массажных и других воздействий (баня, сауна, упражнения на растяжку мышц после бани или сауны, применяемые косметические средства – маски, крема) существенно изменяется от сеанса к сеансу с учетом как ответной реакции организма клиента на предложенные воздействия (самочувствие, аллергические проявления и т.п.), так и получаемых к концу сеанса результатов измерений (вес, рост и объемы различных частей тела – замеры охвата талии, бедер и ног в различных сечениях). Так как массажист в ходе работы с клиентом от сеанса к сеансу изменяет виды и средства работы, то эстетический массаж – это своего рода непрерывный эксперимент, в ходе которого отбираются наиболее эффективные приемы и средства индивидуально для каждого клиента, т.е. выбирается оптимальный путь для решения поставленной цели.

Таким образом, эстетический массаж – это гибкая, изменяемая от сеанса к сеансу методика работы массажиста со своим клиентом, ставящая целью получить тот результат, который был намечен на первой встрече, и базирующаяся на известных массажных приемах, методах и современных косметических средствах.

Эстетический массаж предполагает работу со здоровыми клиентами. В этом есть кажущаяся новизна, потому что более привычно говорить о массаже как о средстве, к которому прибегают при лечении заболеваний или травм, а также при подготовке спортсменов. Но исторический русский массаж возник, скорее, как средство оздоровительное для большей части населения России, чем как лечебное. Поэтому неслучайно одна из первых научных работ по массажу в нашей стране – диссертация одного из основоположников русского массажа И.В.Заблудовского имела название: «Материалы к вопросу о действии массажа на здоровых людей». Следовательно, можно считать, что научные основы эстетического массажа в России стали известны еще в 1882 г. при апробации этой диссертации, а самого ее автора по праву можно считать основоположником эстетического массажа, и не только в России. Профессор И.М.Саркизов-Серазини, который создал стройную систему русского массажа, основанную на научных исследованиях и апробированную на практике в работе по лечебному и спортивному массажу, называл И.В.Заблудовского отцом современного массажа и отмечал, что ни один из европейских авторов не сделал так много в разработке методологии массажа в терапии, хирургии и спорте, как И.В.Заблудовский. Поэтому представляется вполне обоснованным использовать термин «русский эстетический массаж», особенно в тех случаях, когда в этой процедуре в значительной мере используются приемы русского массажа и исконно русские методы оздоровления (баня, растяжки и т.п.).

М.С.Архипова,

врач-дерматовенеролог, косметолог,

Южный Ливан,

С.Е.Архипов,

преподаватель курса «Медицинский массаж»,
ГОУ СПбЦПО ФМБА России, Санкт-Петербург

Уход за больными в практике антропософской медицины

История антропософской медицины насчитывает уже почти столетие. Она является интегративной концепцией диагностики и терапии. В ее основе лежит целостное представление о человеке как о телесно-душевно-духовном существе. В области физического тела антропософская медицина базируется на знаниях современной академической медицины, в душевно-духовной области опирается на веками сложившиеся представления о духовной сущности человека и его эволюционной связи с природой. Многие из этих знаний почерпнуты из антропософии – духовной науки, основанной Рудольфом Штайнером (1861–1925 гг.).

Сегодня антропософскую медицину практикуют врачи более чем в шестидесяти странах мира. Она с успехом применяется в больницах, поликлиниках, других лечебно-профилактических, социально-терапевтических учреждениях, на учебных медицинских факультетах университетов, а также в лечебно-педагогических учреждениях Австрии, Великобритании, Германии, Италии, Нидерландов, Швеции, Швейцарии.

В задачу врача входит прежде всего проведение диагностики (с применением всех современных средств) и назначение лечения. Результат лечения зависит напрямую от выполнения назначений, в первую очередь от терапевтического сопровождения – действий медсестры и терапевта, которые больного выхаживают. Обычно врач работает в окружении достаточно большого числа терапевтов, которые используют методы, требующие от пациента собственной активности: художественную терапию (лепка, живопись, рисование), музыкотерапию (восприятие звуков, пение и игра на терапевтических музыкальных инструментах), движение (лечебная эвритмия и ботмеровская гимнастика). Отдельное место занимает физикальная терапия: ванны и ритмический массаж (PM), а также компрессы и ритмическое втирание (PB) – методы, которые относят к области медсестринского ухода (в немецком языке сестринская нота-

ция обозначается словом «krankenpflege», что означает «уход за больным»). В результате практически каждый пациент получает назначения как физикальной, так и художественной терапии, и выполнение этих предписаний так же важно, как и прием назначенных лекарств. Из-за того, что человек все больше подвергается негативному влиянию окружающей среды и испытывает хронический стресс, он становится все более сенситивным, нервно-чувственным. Поэтому лечение через кожу (ванны, компрессы, втирания масел и использование мазей) приобретает особое значение. Совместно с внутренней (пероральной) терапией внешнее воздействие позволяет подступить к болезни с двух сторон.

Сестринское сопровождение в антропософской медицине имеет определенные отличия от привычного нам образа работы медицинской сестры. Далее представлены два метода: PB и компрессы, ежедневно используемые медицинскими сестрами в амбулаторной и клинической практике.

Компрессы

Эта область наружных воздействий почти исчезла из нашего обихода, вытесненная фармакологическими средствами, в основном внутреннего применения, и стала уделом спа-индустрии. Однако, как показывает опыт антропософских клиник Европы, компрессы имеют не только право на существование, но и огромный терапевтический потенциал. Применение компрессов производится по назначению врача средним медицинским персоналом. Техника накладывания компрессов входит в программу обучения медицинских сестер.

В российской лечебной практике компрессы в основном применяются на дому, обычно их прописывают в качестве вспомогательного средства лечения. Мы не встретили русскоязычных публикаций, освещающих клинические и инструментальные исследования действия компрессов, но это не умаляет их положительного лечебного эффекта.

Компрессы позволяют значительно облегчить состояние больных при воспалительных заболеваниях (таких, как артрит, синусит, бронхит и даже пневмония) и заболеваниях дегенеративного характера (например, при артрозе), позволяя при этом снизить потребность в сильнодействующих препаратах. Примером может служить лимонный компресс на голени в качестве жаропонижающего средства для детей, при котором существенно уменьшается риск побочных явлений по сравнению с применением внутренних лекарственных форм. В ряде случаев компрессы можно применять самостоятельно в домашних условиях, но по назначению врача (медицинской сестрой, родственниками или самим пациентом – при условии детального объяснения порядка проведения процедуры), в других – исключительно под наблюдением врача, в условиях стационара.

В таблице представлены некоторые показания и противопоказания для применения компрессов, описанные в методическом руководстве Эльса Эйхлера «Компрессы и обертывания в практике духовно-научной медицины».

Описание процедуры в этой книге дается достаточно четко, но рассчитано на то, что терапевт предварительно прошел обучение.

В качестве примера – описание компресса с травой тысячелистника на печень.

Подготовка

Пациент должен посетить туалет, комнату необходимо проветрить.

Материалы

Тысячелистника трава (Millefolii herba), компрессное полотнище, шерстяное полотнище, подобранное по объему тела, ткань для выжимания, грелка, булавки, миска.

Чайную ложку тысячелистника заливают 0,5 л кипятка и настаивают 3–5 мин. Шерстяное полотнище укладывают за спину. Сложенное компрессное полотнище заворачивают в ткань для выжимания, опускают в мисочку с отваром и хорошо отжимают: чем суше материал, тем

Процедуры	Показания к применению	Противопоказания
Компресс с хреном на затылок	Острый и хронический синусит (особенно у детей и пожилых людей), мигрень	Поврежденная кожа, повышенная чувствительность
Обертывание с лимоном на шею	Боллезненные воспаления в области шеи в начальной стадии, гриппозные инфекции. При мокроте в горле и ангине в начальной стадии, в том числе с высокой температурой – только в горячем виде	
Компресс с Plantago Bronchialbalsam WALA	Острый и хронический бронхит, в том числе с высокой температурой	Нет
Горячее обертывание с лимоном на грудь	Пневмония и бронхопневмония, в том числе с высокой температурой	Пониженная температура
Обертывание с горчицей на грудь	Бронхит, в том числе астматический, пневмония, сухой кашель	Аллергия, поражения кожи
Обертывание с творогом на грудь	Плевропневмония с выпотом. Обертывание на суставах при гематомах. Экземы	Нет
Обертывание с лечебным маслом на грудь	Межреберная невралгия, миогелоз. Выбор масла – по назначению врача	Нет
Горячее обертывание с ромашкой	Метеоризм, поддержка и гармонизация процессов пищеварения, проблемы с засыпанием	Воспаления в области желудочно-кишечного тракта, аппендицит. Абдоминальные боли
Компресс с хвощом на почки	Поддержание функции почек, детоксикация после инфекций и длительной химиотерапии	Нет
Компресс с горчицей на почки	Застои в почках, почечная недостаточность. Строго под наблюдением врача!	Пиелонефрит, мочекаменная болезнь
Компресс с имбирем на почки	Застои в почках, почечная недостаточность. В психиатрии: избавление от страхов при почечных депрессиях. Строго под наблюдением врача!	Повышенная чувствительность кожи
Компрессы на почки с медной мазью	Хроническая гипофункция. Выбор лекарственного средства – по назначению врача	Нет
Обертывание с горчицей на плече	Angina Pectoris (снятие спазмов). Строго под наблюдением врача!	Повреждения кожи, повышенная чувствительность
Горячее обертывание с эссенцией арники 20% на область пульса	Острые нарушения сердечной деятельности, сердечного ритма. Строго под наблюдением врача!	Брадикардия
Ванночка с песком для рук или стоп	Ревматизм, артрит	Нет
Компресс на голень с эссенцией арники 20%	При приближении приступа астмы	Нет
Обертывание с лимоном на голень	Повышенная температура, в том числе при детских заболеваниях	Холодные конечности. Перед началом процедуры согреть стопы при помощи грелки

легче переносится высокая температура, а тепло сохраняется дольше. Компресс быстро укладывается на область печени (между средней и боковой линиями живота), запахивается шерстяным полотнищем, сверху кладется легкая грелка.

Продолжительность

От 15 мин до 1 ч, согласно назначению врача. После того как компресс снят, необходимо оставаться в постели не менее 30 мин, обернувшись шерстяным платком.

Применение

Поддержание функции печени, гармонизация. В психиатрии: навязчивые представления. При проблеме засыпания детей делать компрессы на ночь курсом в течение 28 дней.

Противопоказания

Желчнокаменная болезнь.

Ритмическое втирание

Другой важной практикой в области медсестринского ухода является РВ. Цель данной процедуры двойная: на-

ружное нанесение лечебной субстанции (масла, мази) и тактильное воздействие, несущее гармонизирующий образ.

Возникший исторически термин РВ нуждается в уточнении: «einreiben» в переводе с немецкого значит «втирать, натирать, накатывать, намазывать», где последнее значение в наибольшей мере отражает процесс. Остановимся отдельно на значении ритма. Основой гомеостаза живых систем является ритмичность физиоло-

гических функций. Ритмы жизненных процессов определяются подвижностью и пластичностью, диапазон которых выработан филогенетически и закреплен наследственно. Ритмичность представляет собой внутреннее (эндогенное) свойство живого; ритм является универсальным явлением всей природы.

Процессы, происходящие при обмене веществ, в этом контексте можно рассматривать как полярные, противоположные по характеру тем, что протекают в нервной системе. Первые достаточно медленные, они в большой степени подчинены суточному ритму жизнедеятельности и носят анаболический характер, направлены на синтез и построение телесности. Процессы, свойственные нервной системе, по сравнению с ними стремительны и базируются на физиологическом распаде.

В здоровом организме катаболизм и анаболизм находятся в функциональном равновесии, за поддержание которого отвечает ритмическая система: циркуляция и дыхание. Если один из полюсов (катаболизм или анаболизм) начинает преобладать, именно средняя – ритмическая – система обеспечивает восстановление. У здорового спящего человека соотношение частот дыхания и сердечных сокращений равняется 1:4. В процессе адаптации к изменению среды и ответу на внешние раздражители это соотношение может меняться в широком диапазоне, в крайних своих положениях приводя к патологическим состояниям.

Кардинальное отличие живого ритма заключается в его неоднородности: длительность и интенсивность отдельных циклов не повторяют в точности друг друга, а искусственный, механический такт строго определен конструкцией механизма или процессом.

Ритмы, чуждые организму, могут нарушить его жизнедеятельность. Наиболее часто эти нарушения провоцируют техногенные влияния – от механических вибраций, с которыми мы сталкиваемся в транспорте или на производстве, до болезненного воздействия некоторых музыкальных ритмов. Сюда нужно причислить также взаимодействие с твердыми поверхностями (асфальт, ламинат, кафель) при ходьбе, вынужденную неподвижность при работе за компьютером, а также нарушение суточного ритма питания–сна–бодрствования и, главное, эмоциональные перегрузки (телевидение, Интернет) в неудачное время – то время, когда по био-



Рис. 1.

логическим часам организм требует снижения эмоциональной активности до минимума, т.е. покоя и сна.

При нарушении гармоничного взаимодействия жизненных ритмов привнесение ритмического прообраза извне, через прикосновение к телу, может помочь восстановить подвижное равновесие между полярными процессами, происходящими в нервной системе и в системе обмена веществ.

Большинство биологических ритмов организма протекает бессознательно. Мы отмечаем ритмичность выделительной функции кишечника или мочевого пузыря, но ритмичность процессов почек, селезенки, желчного пузыря или печени от нас ускользает. Даже привычный ритм сердца почти неощутим для нас, лишь его изменение заставляет обратить на него внимание.

Наиболее доступный для анализа ритм – ритм дыхания. Хорошо известно, что «классические» массажисты высокого уровня интуитивно работают ритмично, так, что процедура приобретает характер музыкального произведения. Следующий шаг – это целенаправленное использование ритма в процессе терапии. В практике антропософского ухода и физиотерапии ритм является центральным и неотъемлемым качеством процедуры, направленной прежде всего на нормализацию и гармонизацию собственных ритмов организма (нарушение которых формирует основу болезненного состояния). В РВ и РМ ритм формируется в процессе циклического повторения движений, изменяющихся по мере продвижения в соответствии с рельефом тела. Описание РМ было опубликовано в №1 «Массаж. Эстетика тела» за 2009 г.

В отличие от массажа РВ проводится исключительно по поверхности кожи, не сдвигая ее по отношению к подкожным тканевым структурам. Контакт с кожей постоянный, однако давление на нее минимально. Рисунок движения определяется формой тела, но он везде является метаморфозой лемнискаты (восьмерки), у которой одна из петель уменьшилась и практически редуцировалась в точку.

При РВ руки терапевта совершают циклические движения с перемещением вдоль ведущей линии участка тела. Контакт с поверхностью кожи начинается с минимального прикосновения (что в акте дыхания соответствует вдоху), потом он увеличивается до максимума и затем уменьшается до минимума («выдох»). При этом ладонь терапевта перемещается, описывая петлю, плавно изменяет направление и возвращается к ведущей линии под углом примерно в 90° с одновременной сменой супинации–пронации. Для того чтобы начать новый цикл движения, необходимо, не теряя контакта, изменить направление положения руки, практически развернуться на одной точке – это будет соответствовать моменту паузы в ритме дыхания между выдохом и новым вдохом (рис. 1).

В случае работы одной рукой на голени или руке происходит «разделение влияния»: на левой части конечности втирание ведется правой рукой, и наоборот. Границей служит ось конечности, мысленно проводимая от одного сустава к другому. В случае работы двумя руками одна из рук становится ведущей и производит полный круг движения по телу, вспомогательная же делает лишь короткое поглаживание, и далее ее движение продолжается в

воздухе, к началу следующего цикла приводя руку терапевта в начальную точку контакта. Здесь также выполняется правило «разделения влияния»: когда ведущая рука пересекает мысленную ось, вспомогательная должна прервать контакт, чтобы возобновить его в момент готовности ведущей руки начать новый цикл движения. Кроме этого стартового момента синхронизации движения рук существует и другой, центральный, ради которого и осуществляется вся процедура (остальное – лишь прелюдия или финал). Это момент противоположного положения рук по сторонам тела (колена, живота, спины), который совпадает с максимальным контактом ладоней, относящим нас к фазе максимального наполнения в акте дыхания. Именно в этот момент терапевт оказывается в наибольшем приближении к пациенту: руки обволакивают, баюкают и согревают. Затем вспомогательная рука еще некоторое время продолжает движение, после чего покидает тело, а ведущая заканчивает полный оборот. Первая часть, так же, как и в дыхании спящего человека, оказывается короче, чем вторая.

Сравнение с дыханием не означает буквально следования дыханию пациента или терапевта, речь идет лишь о привнесении образа, которому больной бессознательно, но абсолютно свободно может последовать.

Движение руки терапевта по поверхности кожи без давления и сдвига ее относительно подкожных тканей обостряет восприятие границ тела. Исследования в области лимфологии показали, что при мануальном лимфодренаже движение рук по кругу с продвижением в проксимальном направлении – наиболее эффективная форма стимуляции деятельности подкожной лимфатической сети. При РВ воздействие на нее приобретает иное качество и носит скорее гармонизирующий характер. Важно, чтобы приемы втирания следовали один за другим в текучей непрерывности, а вся процедура образовывала органичное целое. Общее направление движения на конечностях – проксимальное, против роста волос, что, как известно, активизирует парасимпатическую нервную систему. Как мы уже отмечали, ритм и прикосновение влияют на лимфодинамику: изменяется всасывание и действие лекарств. Методом РВ можно наносить любые средства для наружного применения, однако обычно используются специально приготовленные масла растительного происхожде-



Рис. 2.



Рис. 3.

ния либо мази, в том числе содержащие металлы. Последние используют строго по назначению врача, как правило, для нанесения на область проекции соответствующих внутренних органов. Например, медная мазь, нанесенная на область почек, используется для снятия астматического приступа, а на стопы – для активизации периферического кровообращения при ознобе или холодных конечностях.

Масла, рекомендуемые для РВ, – масляные экстракты лекарственных растений, как правило, в оливковом, реже в подсолнечном масле качества Demeter, т.е. из растений, выращенных в условиях биодинамического земледелия, без использования химических удобрений, пестицидов и т.п. Изначально живой ритм присутствует в самом существовании растения.

С момента попадания семени во влажную почву при определенных природных условиях (длительность светового дня, температура почвы, фазы луны, звездная конstellация) происходит его прорастание. В этот момент наступает преобразование масла, запасенного в семени, для обеспечения пластических процессов роста, при которых живой ритм проявляется в последовательности развития листьев, где междуузлие – сжатие, а образование листовой пластинки – расширение. В то время, когда растение попадает в окружение света и тепла (к середине лета), наступает цветение. В нем проявляется богатство цвета и аромата, сопровождающихся интенсивным образованием эфирных масел. Затем происходит образование семени, когда преобладает другой процесс – синтез жирных масел. Тем самым растение отвечает на ритм кругооборота года. Каждое растение собирают в строго определенное время его вегетации – в момент наивысшего проявления лекарственных свойств, в зависимости от того, какая часть растения будет использована для лекарства. Как правило, его надземная часть снимается в момент пика цветения, а корни – ранней весной (до выхода побега) или поздней осенью.

Для экстракции емкости с маслом помещают в термостат при температуре 37°C, в покой и темноту. Два раза в сутки, на восходе и закате, их выносят на свет, в прохладное помещение и интенсивно перемешивают. Движения при перемешивании строго определены: масло должно закрутиться в воронку. Процесс экстракции обычно длится 7 дней, после чего масло отцеживают и фасуют.

Третьим уровнем ритмизации можно считать сам процесс наружного нанесения лекарства при РВ, РМ, а также при приготовлении дисперсионного раствора для ванны и воздействия массажными движениями через воду без прикосновения к телу пациента.

В конечном итоге происходит приближение наружного средства по действию к инъекционной форме, что позволяет использовать РВ в качестве скоромощного воздействия до прихода врача. Обязательным условием для этого является владение навыками РВ, полученными при соответствующем обучении. Описание некоторых масел, используемых при РВ, было опубликовано в №4 «Массаж. Эстетика тела» за 2011 г., где они рассматривались в

аспекте ухода за кожей. Масло является лечебным средством и назначается врачом, так как оно должно сочетаться с общим направлением терапии. Рекомендации по его использованию специалист получает в процессе обучения.

Противопоказаниями к назначению РВ являются инфекционные заболевания кожи, туберкулез в активной форме, гангрена, кровотечения, острые септические состояния. Хотелось бы отметить особенность, общую с компрессами, – стремление сохранить тепло и гармонизировать тепловые процессы организма больного.

При укладке пациента каждая часть его тела оборачивается в одно, два или более полотенца. Сверху больной укрывается одеялом. Для обеспечения качественного движения в области конечностей используются дополнительные валики, которые подкладываются на момент втирания и убираются сразу же по окончании работы. От обертывания освобождается только тот участок тела, на котором в данный момент ведется втирание. Тело следует укутать сразу же по окончании работы, когда рука терапевта еще сохраняет контакт с кожей пациента.

В заключение хотелось бы остановиться на еще одном термине, сложном для перевода с немецкого языка: *behandlung* – лечение, но его этимология отсылает нас к образу Христа, исцеляющего наложением рук (от «hand» – рука). Процесс исцеления, терапии происходит при встрече больного и терапевта. Но для терапевта также важна встреча с теми, кто может передать знания и помочь с выбором пути. Распространением в России втирания, компрессов, РМ и других методов антропософской физиотерапии мы обязаны многим людям, которые в годы перестройки получили возможность приезжать в нашу страну и нести ранее неизвестные, закрытые для нас в годы советского строя знания. Мы с благодарностью вспоминаем лекции таких врачей, как Ханс Вернер, Олаф Титце, Георг Зольднер и Маркус Зоммер.

Особенно нужно отметить вклад Эдельгард Гроссе-Браукман (рис. 2). Она начинала с небольших семинаров, на которые собирались самые разные люди, ведь то, о чем шла речь, касалось каждого из нас. Так или иначе мы сталкиваемся с болезнью родных, близких людей и ча-



Рис. 4.

сто не знаем, как им помочь, не прибегая к сильнодействующим средствам, как окружить заботой, предоставив именно то, в чем больной нуждается. Эдельгард Гроссе-Браукман практиковала и вела преподавание наружных методов сестринского ухода в ведущих антропософских клиниках Европы. Именно от нее мы узнали о РМ, разных видах ванн, используемых в антропософской физиотерапии, а также комплексном лечении лимфатических отеков по методу М.Фельди. Более того, она всячески способствовала прорастанию этих практик на русской почве.

Другой удивительный человек, неразрывно связанный с РМ в России, – Фредерика ванн Манен (рис. 3). Мне довелось побывать на ее обзорной лекции по РМ, которую она прочла в рамках семинара по антропософской медицине «Человек и лекарство» в 1992 г. в Москве и после которой образовалось сообщество медиков, поставивших целью научиться методу РМ и развивать его, передавая знания новым людям. За прошедшие 20 лет Фредерика ванн Манен выпустила уже пять потоков специалистов по РМ, которые трудятся не только в нашей стране, но и в Литве, Грузии, Украине и Белоруссии.

Признанным лидером в истории развития РМ в России была Лидия Губернаторова, ушедшая из жизни 3 года назад (рис. 4). Благодаря ее усилиям был организован семинар по подготовке специалистов. В течение

всех этих лет она бесценно возглавляла эту работу и вкладывала много сил в организацию и проведение семинаров, приглашала преподавателей из-за рубежа, собирала студентов и вела огромную работу по популяризации метода. Все это она сочетала с массажной практикой с крайне трудными пациентами – детьми с нарушениями развития. В ней удивительным образом сочетались глубокая ответственность за судьбу метода, работоспособность, интеллигентность и скромность. Ей была чужда самореклама, но ее знали как лучшего специалиста и в терапии, и в преподавании.

В этой статье мы хотели ознакомить читателей с методами ухода за больными, которые применяются в практике антропософской медицины и являются ее неотъемлемой частью. Более подробную информацию можно получить по ссылкам: www.medsektion-goetheanum.ch, www.medsektion-goetheanum.org/ausbildung/medizin/ (на немецком языке), www.therapeuticum.ru, www.wala-russland.ru, www.therapeuticum.ru. Ознакомьтесь с графиком обзорных семинаров по антропософской физиотерапии и обучению компрессам, РВ и РМ в России можно на сайте www.ritma.ru.

М.В.Виноградова,
автономная некоммерческая организация
содействия обучению и популяризации
физиотерапии «Рютмос-Ритмус-Ритм»,
Москва



Типичные миофасциальные нарушения



Статья систематизирует причины и проявления типичных миофасциальных нарушений. Иллюстрации позаимствованы мною из доклада на семинаре по биологическому центрированию (дисфункции позвоночника, таза и конечностей). Начнем сразу со схемы (схема 1), которая объясняет место миофасциальных нарушений в структуре причинно-следственных взаимосвязей тела. Как правило, это рефлекторные нарушения, протекающие на фоне измененной нервно-проприоцептивной регуляции.

Обычно к нам обращаются клиенты с жалобами на боли и ограничения подвижности в тех или иных отделах опорно-двигательного аппарата. Чаще всего это пояснично-тазовый регион либо шея. Достаточно часто обращаются клиенты с болями и ограничениями движения в плечевых, лучезапястных, тазобедренных, коленных и голеностопных суставах. Также отметим поток пациентов с последствиями травм, переломов костей, оперированных и имеющих костные металлоконструкции.

Болевые проявления у перечисленных групп пациентов могут иметь миофасциальную природу и:

- быть следствием избыточного миофасциального напряжения, а также сочетаться с активными миофасциальными триггерными точками;
- быть связаны со связочно-суставным компонентом (понятно, что и клиника будет немного другая);
- иметь ирритативный характер от напряжений в дуральной оболочке

или костях (надкостница и дуральная оболочка богато иннервированы и при наличии напряжений дают обширную болевую и рефлекторную вегетативно-сосудистую и миофасциальную ирритацию);

- возникать из-за ишемических процессов в межпозвоночных ганглиях (на этой схеме не рассмотрены), которые требуют специальных диагностических и лечебных подходов.

В свою очередь миофасциальные дисфункции могут возникать из-за нарушений нервно-рефлекторной регуляции, обычно на фоне сниженной афферентации из проприоцепторов. Большинство случаев нарушений двигательного стереотипа и нарушений тонусно-силовых характеристик миофасциальных групп возникает на фоне гиподинамии (банальная малоподвижность) и гипокинезии – движения есть, но в силу

специфики образа жизни или профессии эти движения включают одни миофасциальные группы, а другие не включают. В качестве примера можно привести физическую активность врача-стоматолога в характерной позе.

Важность проприоцептивной стимуляции выходит далеко за рамки регуляции миофасциальных тонусно-силовых и скоростных показателей (схема 2).

Лимбическая система головного мозга (центральные вегетативные и эмоциональные отделы) и базальные узлы (расположены по бокам от лимбической системы в глубинных отделах головного мозга и отвечают за перевод мысли и эмоции в физическое движение) могут быть функционально и электрохимически уравновешены только тогда, когда получают в полной мере информацию от на-

Схема 1



Схема 2



ших мыслей и эмоциональных переживаний совместно с информацией от проприорецепторов тела (Гольджи и веретенные рецепторы миофасция).

Причем количество информации, которая поднимается вверх, в головной мозг от проприорецепторов тела, должна соответствовать или слегка превышать количество информации, которая поступает в головной мозг от вегетативных структур тела (крупные вегетативные и околососудистые сплетения, интрамуральные ганглии кишечника, симпатические стволы и пр.) от тех мест, где протекают периферические процессы мышлеобразования и эмоций (в моем концепте это система DSV с четко описанной топической локализацией зон соматического ума).

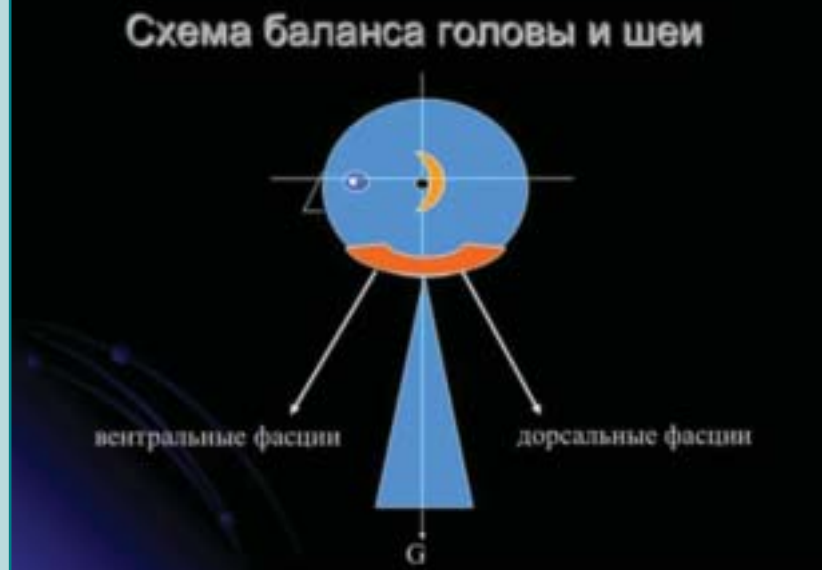
Если это равновесие нарушено в силу процессов гиподинамии и гипокинезии (сплошь и рядом!), то клиент наряду с типичными миофасциальными проблемами (как правило, это перекрестные синдромы, я их опишу чуть ниже) обязательно будет иметь в своем теле участки вегетативно-сосудистых и висцеральных дисфункций, которые будут проявляться как психосоматической, так и вполне оформленной соматической симптоматикой и жалобами, такими как нарушения регуляции артериального давления, работы желез внутренней секреции, пищеварительных сфинктеров и пр.

Действие гравитации будет обязательно проявлять нейромышечную несостоятельность при наличии вышеописанных факторов, снижения либо извращения афферентации (восходящих потоков от проприорецепторов), что вполне прогнозируемо «вылезет» в виде так называемых перекрестных синдромов, суть которых – чередование групп напряженных и расслабленных миофасциальных групп в вентродорсальном и краиниокаудальном векторе.

Обязательно будут меняться внешние формы тела. В качестве примера можно привести «провал» грудной клетки вниз в сочетании со спазмом диафрагмы и выпирающим животом, шейным гиперлордозом, верхнегрудным кифозом и формированием «холки».

В этих случаях неизбежна биомеханическая перегрузка как миофасциально-связочного аппарата, так и костно-суставных структур, что вполне прогнозируемо будет приводить к тем нарушениям структуры и взаиморасположения тел позвонков, дугоотростчатых суставов и межпоз-

Схема 3



вонковых дисков (снижение их высоты), которые мы регулярно видим на рентгенологических снимках и магнитно-резонансных томограммах.

Следует отметить, что подобная нейромышечная несостоятельность всегда имеет в анамнезе какие-либо перинатальные либо натальные проблемы. Обычно на лекциях говорю про такие ситуации: «детский церебральный паралич не состоялся», и неврологической симптоматики нет вроде бы никакой, но проблемы нейромышечной регуляции есть и «вылезет» позже, в подростковом возрасте в виде дефектов осанки и нарушения двигательного стереотипа. Мы всегда можем отличить подобных пациентов по характерной стигматике – эдакие «нескладушки» (походка, осанка, жесты), а есть еще вполне официальный, но немного обидный термин – «моторная дебилность».

Среди перекрестных синдромов принято различать верхний и нижний перекрестные синдромы. Верхний перекрестный синдром характеризуется шейным гиперлордозом и верхнегрудным кифозом. При этом голова с шеей смещаются вперед (анteriorно) относительно оси гравитации тела (схема 3). Достаточно часто встречаются случаи, когда плечи «заворачиваются вперед» вследствие гипертонуса грудных мышц, а лопатки «торчат» внутренними углами назад (постерально) вследствие ослабления верхних зубчатых мышц.

Подобное смещение регионов и частей тела создает предпосылку для биомеханической перегрузки нижнешейного отдела позвоночника, что вполне прогнозируемо проявится дистрофическим изменением тел

позвонков и межпозвонковых дисков годам к 40, а чаще – гораздо ранее. Клинические проявления подобных морфологических изменений хорошо известны. Прежде всего это шейные боли с ирритацией в лопатку (лопатка есть типичное и «любимое» место болевой ирритации из шейных дисков и надкостницы шейных позвонков) либо присоединением ишемии межпозвонкового ганглия, и тогда боль иррадирует в руку по ходу соответствующего корешка.

Более драматические ситуации наблюдаются в тех случаях, когда максимум морфологических изменений имеется слева, на уровне шейных позвонков V и VI. На этом уровне типично входит крупная радикулостемальная артерия, питающая шейное утолщение спинного мозга. Именно эта предрасполагающая ситуация может вызвать тяжелые последствия при необдуманных ротационных мобилизациях и манипуляциях (особенно с добавлением экстензии) на шейном отделе позвоночника.

Лечить верхний перекрестный синдром только через работу с миофасциальными структурами – занятие трудное и не всегда результативное, а получаемые эффекты недостаточно стойкие. Надо обязательно уделять внимание висцерально-сосудистым структурам грудной клетки и висцеральной шеи (зоны V2–V3 в классификации DSV).

Мы обязательно обнаружим у клиентов с верхним перекрестным синдромом сильнейшее напряжение дуги и нисходящей грудной аорты, соответственно, вентральную тягу vertebro-перикардиальных связок, которые и будут своим напряжением



Рис. 1. Зона дуги аорты и брахиоцефальных стволов (V2), напряжение которой приводит к переднему смещению головы и шеи, а также кифозированию верхнегрудного отдела позвоночника.

смещать антерально (вперед) шейно-грудной переход, а рефлекторные реакции миофасциальных структур и действие гравитации будут еще более усугублять этот процесс (рис. 1).

Причины этих нарушений нервно-рефлекторной регуляции всегда лежат в плоскости вегетативно-сосудисто-висцеральных дисфункций и связаны системными патологическими процессами системы DSV. Поэтому лечение таких проблем должно обязательно включать коррекцию вовлеченных сосудисто-висцеральных структур!

Что же касается нижнего перекрестного синдрома, то его характерная картина проявляется в поясничном гиперлордозе и переднем (антеральном) вращении таза.

При этом напряжение и расслабление миофасциальных групп чередуется вентродорсально и краниокаудально. В упрощенном варианте это выглядит следующим образом: миофасции поясницы и глубокие ротаторы бедра (малая ягодичная, грушевидная) напряжены, а большие ягодичные мышцы расслаблены; квадратная мышца поясницы и нижние косые мышцы живота напряжены, а прямые мышцы живота расслаблены; задние мышцы бедра (гам-стринг) напряжены, а передние мышцы голени расслаблены.

При этом таз развернут вперед, а низ живота «выбухает» (рис. 2). Понятно, что такая позиция таза, крестца и поясничного отдела позвоночника создает предпосылки для перегрузки и развития дистрофиче-



Рис. 2. Типичный нижний перекрестный синдром с передним поворотом таза.

ского процесса в телах позвонков, межпозвонковых суставах и дисках нижнепоясничного отдела позвоночника. Кроме того, от биомеханической перегрузки будут страдать крестцово-подвздошные суставы и, как правило, медиальная коллатеральная связка коленного сустава.

NB! Следует помнить, что для развития болевых проявлений есть и другие причины, и не факт, что все пациенты будут иметь нижний перекрестный синдром, это всего лишь один из типичных предрасполагающих вариантов нарушенной биомеханики и миофасциальной регуляции.

Клинические проявления и жалобы клиентов при проблемах пояснично-

го отдела позвоночника достаточно хорошо известны. Прежде всего это локальные боли, которые могут иметь односторонний приоритет. Причиной боли могут быть не только напряженные миофасции и связочный аппарат позвоночника и таза, но и межпозвонковые ганглии на уровне поясничных позвонков IV и V и крестца (как правило).

Всегда следует дифференцировать характер болей, исходящих от тех или иных структур.

NB! Обычно встречается взаимосвязанная комбинация разных болевых причин.

Так, миофасциальные боли всегда соответствуют ходу и местам прикрепления конкретных миофасциальных структур; имеют максимальное проявление в миофасциальных триггерных точках; характерна иррадиация по мышечно-фасциальным цепям, которая может иметь рефлекторный характер. Следует помнить, что мышечное напряжение, как правило, является рефлекторным следствием процессов ирритации из дуральной спинномозговой оболочки (чаще всего); из напряженных костных структур (передача напряжения идет через места вставления миофасциальных структур в кость либо рефлекторно, к достаточно удаленным структурам); рис. 3.

Типичные связочно-суставные боли в регионе характерны для проблем крестцово-подвздошных суставов. Эта боль может проявляться в покое, особенно утром, при вставании с постели, либо днем, при переходе в вертикальную позицию после лежания либо сидения. Но основное ее проявление – нахождение в вертикальном положении и ходьба. Примерно через 30 мин после нахождения в вертикальном положении возникает ощущение тяжести и стягивающей ноющей боли в нижнем отделе поясницы с четкой латерализацией и ирритацией в наружные отделы ягодичы и бедра (по типу «генерального лампаса»). Часто боль от крестцово-подвздошного сустава отдает дистальнее (вниз) по ходу наружной поверхности бедра до его нижней трети, реже в голень, но никогда в стопу (в отличие от корешковой боли)!

Если возникают венозный стаз в корешковом канале (грыжа межпозвонкового диска и венозный блок) и закономерная ишемия межпозвонкового ганглия, то боли имеют сильно выраженную интенсивность

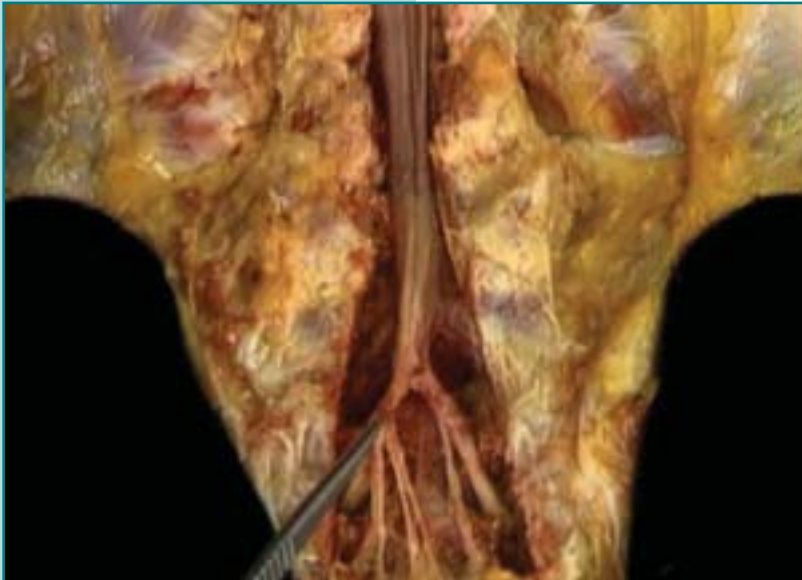


Рис. 3. Дуральная оболочка на уровне крестца.



Рис. 4. Межпозвоночный ганглий.

(вплоть до витальной непереносимости – больные буквально «на стенку лезут») и вегетативный компонент – «жжет, печет, дергает, мясо наружу выворачивает», ощущения жара или холода (сама нога может быть также горячей или холодной в сравнении с другой ногой); рис. 4. Распространение таких болей типично, по ходу корешка. Если в процесс вовлекается корешок L5 (грыжа L4–L5 уровня), то боль иррадирует по наружной поверхности бедра и голени (очень похоже на боль при проблеме крестцово-подвздошного сустава) в тыльную поверхность стопы и большой палец.

Если источником боли является корешок и межпозвоночный ганглий S1 (грыжа уровня L5–S), то боль имеет более выраженный вегетативный оттенок, как правило, сразу «идет в ногу» без длительного предварительного периода латерализованных болей в пояснице, типична иррадиация

в глубину ягодицы («как молотком отбили»), далее по задней поверхности бедра и голени (как бы «внутри голени», часто клиенты говорят: «как штырь раскаленный вставили внутрь голени» и «как мясо наружу выворачивает»). Далее можно отметить типичную ирритацию в стопу (подошвенные отделы) либо наружные отделы стопы и IV и V пальцы стопы. И для одного, и для другого случаев характерно «дистальное путешествие» боли в процессе развития болезни. Следует помнить, что причина этой боли не в ноге или мышцах, а в ишемизированном межпозвоночном ганглии, который управляет чувствительными и вегетативными волокнами данного корешка.

В таких случаях всевозможные «банные» и прочие прогревательные процедуры, а также электропроцедуры и различные локальные ротационные манипуляции на поясничных позвонках только усугубят ситуацию и могут

привести к драматическим последствиям.

На нижних конечностях нам часто приходится сталкиваться с напряжением и изменениями в медиальной коллатеральной связке колена, которые обычно являются следствием дисфункции таза и имеют печальные последствия для всего «содержимого» коленного сустава, так как медиальный мениск имеет механическую связь с этой самой медиальной коллатеральной связкой (чего не скажешь про латеральную коллатеральную связку).

Обычно мы находим у таких клиентов мощный триггер как на самой медиальной связке, так и в месте ее прикрепления к большеберцовой кости, а также ограничение подвижности и отечность медиального мениска. Достаточно часто эта ситуация проявляется отеком и болью периартикулярных мягких тканей и выпотом в полость коленного сустава.

Понятно, что локальное лечение коленного сустава в этих ситуациях может быть использовано на «финишном» этапе, а патогенетическое лечение должно включать коррекцию таза и его содержимого (имеются в виду висцеральные и вегетативно-сосудистые проблемы).

Если говорить о типичных вегетативно-сосудистых проблемах и их локализации, то хотелось бы отметить зону брыжейки тонкой кишки и ее места вставления в тела позвонков L2–L3 (зона V4 в классификации DSV), а также зону малого таза (V5). Если вы находите у клиента проблемы в зоне малого таза (зона V5), то их причина часто находится во внутрикостных напряжениях бедренной, большеберцовой, ладьевидной и таранной костях). В этом случае имеет смысл пролечить типичные внутрикостные напряжения в нижних конечностях.

В свою очередь типичные миофасциальные напряжения гамстринга (задняя группа мышц бедра) и задних миофасциальных структур голени, как правило, в качестве причины имеют внутрикостное напряжение в районе седалищной кости.

В заключение отметим, что миофасциальные напряжения различных регионов тела нельзя рассматривать как отдельно стоящую самостоятельную проблему, а только в связке с висцерально-вегетативно-сосудистыми и внутрикостными дисфункциями!

Ю. В. Чикуров,
канд. мед. наук, доцент, руководитель Школы
соматической интеграции, Новосибирск

Ортосоматический массаж

(авторская методика А.Е.Сыромятникова)

Методика ортосоматического массажа (ОМ) разработана, прошла апробацию и с успехом применяется в спа-центре «Море» (Запорожье, Украина), научно-практической базе Украинской школы спа и Запорожского государственного медицинского университета. Цель ОМ по А.Е.Сыромятникову – оказание лечебной массажной помощи при разных заболеваниях костно-мышечной системы, моделирование и коррекция объемов тела, решение косметологических проблем, общее и целевое релаксирующее воздействие.

Порядок проведения сеанса: после диагностики выполняется массажное миофасциальное воздействие – по определенному алгоритму, основанному на адаптированной специально для целей массажных манипуляций концепции глобальной дисфункции Ю.В.Чикурова, а также по алгоритму А.Е.Сыромятникова – с помощью авторских приемов по ходу индивидуального рисунка миофасциальных напряжений (поверхностного и глубинного) на зону актуальных жалоб/цели массажных манипуляций, производятся также диагностика функциональных связей с ассоциированными зонами (общие, позвоночные, висцеральные, другие части и участки тела и др.) и интеграция достигнутых изменений во все тело пациента/клиента.

Содержание методики

Диагностические методы ОМ по А.Е.Сыромятникову: пальпация скользящая, уточняющая, толчковая, провокационная, компрессионная, тракционная, вибрационная.

Описание. Основные диагностические приемы в рамках ОМ позволяют точно определить место лечения и оптимальную последовательность выполнения массажа. Авторская методика способствует выбору наиболее безопасного и эффективного способа решения хронических проблем пациента/клиента (эстетическое моделирование лица и тела, спа, в том числе и медицинские процедуры), а также проблем, возникающих при остром состоянии (например, острая грыжа диска).



Массажные техники: провокационный массаж, фасциальный, хиллер-массаж, ротационные массажные техники, перцептивный массаж, глубокий, массаж с продвижением, периостальный, внутрикостный, ротационно-позиционный массаж, компрессионный и тракционно-дистракционный массаж.

Описание. Представленные приемы входят в программу обучения ОМ. Основа их – безопасность, эффективность и глубина воздействия. Методика представлена оригинальными массажными движениями в особом положении тела пациента при выполнении каждого приема. Она применима на любом уровне воздействия, как на костно-мышечном, так и висцеральном, как при острой, так и при хронической патологии. Кроме того, методика позволяет работать на глубинном миофасциальном уровне, что способствует решению самых сложных задач, поставленных пациентом/клиентом перед массажистом.

Функциональный подход в массаже. Используются диагностика (при помощи объединяющей и провокационной пальпации) и лечение функциональных связей пролеченного региона/органа, части или участка тела.

Описание. Эта авторская методика является логическим и желательным продолжением методики ротационно-позиционного и компрессионно-дистракционного массажа в рамках ОМ. После пролечивания структуры тела пациента необходимо обратить

внимание на связь с другими частями организма, внутренними органами, позвонками, мышцами с использованием технологий ОМ. Только тогда массажное воздействие будет законченным по своей сути. Недостаточно хорошо помассировать, например, поясницу без восстановления ее нервной и сосудистой трофики или связей с внутренними органами и позвонками, в том числе и грудного или шейного отделов. Косметологические проблемы могут возникнуть и от неправильной работы внутренних органов, и от лицевого черепа, который, в свою очередь, зависит от состояния костей таза, и от миофасциальных объединений. Используются авторские диагностические приемы, позволяющие установить и пролечить в случае необходимости эти взаимосвязи.

Понятие о трехслойной модели человеческого тела (модель А.Е.Сыромятникова) – Модель представлена в рамках обоснования метода ОМ.

Существует определенный рисунок миофасциальных напряжений в теле человека, этот рисунок обусловлен тем, что мы ассиметричны по своей природе: правши – левши, желудок больше слева – печень больше справа, у женщин функционально один яичник работает больше, чем другой, у женщин справа есть слепочно-маточная связка – у мужчин – мышца, поднимающая правое яичко, а слева аналогичных образований нет, и т.д. Кроме того, ассиметричность возникает в течение дня, например, при продвижении газового

пузыря или переваривающегося комка пищи по кишечнику или в связи с особенностями рабочего места. Или же при локальной болезни. Этих факторов много. Миофасциальный рисунок напряжений призван компенсировать эти отклонения. Однако при движении или осуществлении других функций организма он может приводить к дисфункции.

В мануальной терапии существует понятие патологического статокинетического паттерна движений, который сопровождается имеющееся поражение костно-мышечной системы – дефекты осанки, нарушение траектории движения, опережающее или запаздывающее включение мышц в движение. Характер этих проявлений зависит от рисунка имеющихся напряжений – глобального паттерна напряжений (ГПН). Этот рисунок может проявляться на уровне висцеральной или центральной нервной системы, других функциональных систем разными патологиями. Некоторые виды висцеральных или психосоматических заболеваний имеют характерный вид, и заподозрить патологию мы можем даже при наружном осмотре.

Это приводит к мысли о том, что существуют закономерности, в рамках которых мы должны оказывать воздействие в каждом отдельном случае и индивидуально для каждого пациента. Такие закономерности были впервые сформулированы известным остеопатом Ю.В.Чикуровым в виде концепции остеопатического ГПН в теле человека. Всего существует 4 основных рисунка напряжений и несколько переходных. При этом самым простым способом оказать эффективное и безопасное воздействие будет именно отработка напряжения по ходу ГПН как причины клинических проявлений в тканях вне этого рисунка. По ходу ГПН почти никогда клинических проявлений не отмечается.

В ОМ может применяться упрощенный алгоритм такой диагностики, адаптированный для целей массажных манипуляций и заключающийся в отработке функциональных связей. В остеопатии существует понятие об остеопатическом движении в соответствии с принципами краниосакрального движения. При этом в норме противорасположенные поверхности тела движутся ускоренно и с облегчением в противоположных направлениях. Например, при движении задней поверхности тела каудально (в сторону стоп) передняя поверхность тела движется краниально



(в направлении головы), и наоборот. Середина тела является осью, вокруг которой это движение происходит. Вместе с тем при так называемых дисфункциях (участках нарушения функции движения) вследствие локального спазма и укорочения тканей середина тела своими участками включается в движение или передней, или задней поверхности тела, создавая так называемые точки опоры, вокруг которых начинают двигаться ткани, формируя клинические проявления.

Сама дисфункция не болит и болезненных ощущений ни при пальпации, ни при воздействии на нее не вызывает. Эти ротационные напряжения тканей стабилизируются функциональными блоками, которые изначально носят саногенный характер. Впоследствии саногенные функциональные блоки приобретают характер патогенных, которые и являются, собственно говоря, целью мануальных методик воздействия – от массажа, мягких техник до трастовых манипуляций. С этой точки зрения любое напряжение или прекращение движения тканей являются остановленными движениями (концепция Л.Ф.Васильевой: «остановленное движение»). Однако целью воздействия должна быть именно дисфункция, а не ткани, на которые указывают жалобы пациента.

Функционально ткани тела можно разделить на три части – переднюю, заднюю и среднюю. При этом толщина тканей каждой части может отличаться в зависимости от вовлеченности тканей в дисфункциональный процесс. Для упрощенного практического подхода можно принять равномерную толщину тканей, примерно как трехслойный мармелад. Пальпаторно и при выполнении проб на передней и задней поверхности тела

при фиксации внимания на поверхности тела мы обязательно найдем разнонаправленное движение передней и задней поверхностей. При помощи массажных или других манипуляций мы можем это устранить. Однако если мы поместим фокус нашего внимания вглубь тканей, то мы получим новые пальпаторные феномены, отображающие рисунок напряжений в средней части тела в направлении, противоположном напряжениям поверхностных тканей. Такой же феномен мы получим при фиксации внимания на позвонке, внутреннем органе, сосуде и т.п. Это свидетельствует о том, что, к сожалению, большинство лечебных методик, в том числе массаж, мануальная терапия, постизометрическая релаксация и другие, работают с компенсаторными изменениями поверхностных тканей, в основном мышечных, которые произошли для компенсации напряжений в середине тела. Там проходят сосуды, кости (надкостница), нервы, внутренние органы, мозговая и эндокринная ткани. Эти ткани крайне чувствительны к малейшим повреждениям и богаты проприорецепцией. Понятно, что нарушения там будут обязательно отображаться в определенном рисунке мышечных напряжений (концепции прикладной кинезиологии, ГПН Ю.В.Чикурова), который носит компенсаторный и викарный характер. При работе с этим напряжением мы в лучшем случае получим рефлекторные ответы. Разумеется, в случае органического поражения поверхностных тканей в виде фасциального, фибротического или склеротического изменения подход несколько другой. Такие ткани сами являются источником мощнейшей проприорецепции. И это дало мощнейший толчок внедрению в практику таких ме-



тодик, как работа с триггерными зонами, точечный массаж, deep tissue, постизометрическая релаксация, мягкотканые техники, тайский массаж и другие – все эти техники являются не чисто мышечными, а мио-фасциальными – направленными на растяжение фасций и фибротизированных тканей. Кроме того, это означает, что на самом деле любая мануальная работа с регионом должна предваряться работой со шрамами и соединительную ткань в первую очередь.

Поскольку фиксация средней части тела к передней или задней является экстремедианной (в стороне от срединной линии), это создает ротационное смещение тканей в данную сторону с определенным рисунком напряжений и уравновешивающими напряжениями в стороне противоположной. Так возникают разные варианты анталгического ипсилатерального или контрлатерального сколиоза и различные правила диагностики движения (остановленный наклон, остановленное падение – прикладная кинезиология, законы движения позвоночника по правилу Friette – мануальная терапия). Поскольку человек по природе своей асимметричен, то его ткани скручены с осью вращения примерно на уровне позвонка T_{VI} – это ось скручивания твердой мозговой оболочки (концепция краниосакральной терапии, остеопатии; правило сводных братьев, Lovett; спиралевидный механизм, Л.Ф.Васильева и соавт.). Это создает значительные сложности в диагностике и лечении.

Для того чтобы избежать подобных осложнений, введена концепция трехслойной модели человеческого тела, в которой основное нарушение диагностируется и пролечивается именно в средней части тела/туловища/конечности/головы, причем эта часть определяется в любой плоскости.

Общее ротационное остановленное движение всего тела или его части является составным из разнонаправленных остановленных движений передней, задней и средней частей тела. При этом все напряжения на одной из поверхностей будут компенсаторными, а на другой – значимыми для лечения. Это определяет порядок первоочередных мануальных (например, массажных) манипуляций сначала на передней, а потом на задней поверхности тела или наоборот. Истинное срединное поражение, диагностируемое пальпаторными способами, проявляется только после пролечивания и гармонизации значимой для массажа поверхности тела. Можно диагностировать сразу поражение средней части, однако это требует хорошей остеопатической перцепции и опыта соответствующего лечения.

Самый простой способ определить значимость передней или задней поверхности тела – это выполнить смещение и пальпацию тканей над сагиттальным швом черепа. Направление облегченного пальпаторного

смещения или ускорения (тканевой тяги) движения тканей указывает на значимость и первоочередность воздействия на пациента/клиента.

Диагностика рисунка глобальных напряжений (по Ю.В.Чикурову и А.Е.Сыромятникову)

Экспресс-диагностика ГПН.

В основу положен упрощенный алгоритм диагностики ГПН по Ю.В.Чикурову.

1. Определяется приоритет в проведении диагностических и лечебных манипуляций на передней или задней стороне тела. Выявляется направление облегчения смещения кожи головы над сагиттальным швом (дорсально или вентрально). Это направление указывает на значимую вентральную или дорсальную поверхность тела.

Для дальнейшей диагностики пациент укладывается значимой для лечения поверхностью вверх.

2. Определяется приоритет в проведении лечебных манипуляций на верхней–нижней и левой–правой половине тела.

Вариант I

Для определения значимости верхней или нижней половины туловища используется диагностика облегчения смещения и ускорения тканей от остистого отростка позвонка T_{XII} (в положении пациента лежа на спине допустимо определение значимой половины туловища и от эпигастрия). Направление облегчения/ускорения указывает на дисфункциональную половину туловища.

Для определения значимости левой или правой половины туловища используется диагностика облегчения смещения (провокация, продавливание) и ускорения (пальпаторное напряжение) тканей от остистых или поперечных отростков T_{VI} и позвонков L_{III} в положении пациента/клиента лежа на животе и от пупка (или ла-



теральных краев прямой мышцы живота на уровне пупка) и середины грудины (или от хряще-реберно-грудных сочленений на уровне середины грудины) в положении пациента/клиента лежа на спине. Направление облегчения/ускорения указывает на дисфункциональный регион.

Вариант II

Кисти специалиста, положенные одна на другую, располагаются поперек туловища в районе эпигастрия в положении пациента лежа на животе или на остистом отростке T_{xii}. Выполняется вращение кистями влево-вправо, как бы ротируя среднюю линию тела. Направление облегчения ротации указывает на значимую косую ось тела (левую или правую), которая проходит через половину грудной клетки и противоположную половину живота.

Для определения значимости верхней или нижней половины тела используется диагностика облегчения смещения (провокация, продавливание) и ускорения (пальпаторное напряжение) тканей от эпигастрия в положении пациента лежа на спине или от T_{xii} в положении пациента лежа на животе вдоль этой косой линии.

Оценка результатов исследования

При отчетливой картине определения одного из дисфункциональных регионов можно автоматически построить рисунок ГПН: функционально укороченная нога, одноименная половина живота, противоположная дисфункциональная половина грудной клетки, рука, примыкающая к этой половине грудной клетки, а также шея и половина головы на стороне дисфункциональной половины грудной клетки.

Диагностика функционально укороченной ноги и рисунка глобального напряжения

Функционально укороченная нога располагается на стороне дисфункциональной половины живота. При определении функционально укороченной ноги можно автоматически выстроить рисунок напряжений или по правой, или по левой косой оси.

Диагностика функционального укорочения ноги (по А.Е. Сыромятникову)

Техника «флюгер».

Пациент лежит на спине.

Специалист стоит или сидит у головного конца кушетки. Ладони его сомкнуты, пальцы расположены каудально по отношению к пациенту и



параллельно плоскости кушетки. Локтевая сторона сомкнутых ладоней располагается на лбу или/затем на груди.

Выполнение: осуществляется ротация сомкнутых ладоней в стороны. Оценка результатов исследования: направление облегченного движения указывает на функционально укороченную ногу.

Тестовая дифференциальная диагностика укорочения нижней конечности

Пациент лежит на спине, ноги выпрямлены в коленных суставах. Терапевт стоит у ножного конца кушетки и фиксирует лодыжки пациента.

Вариант I

1. Врач сравнивает симметричность лодыжек выпрямленных ног (измеряется длина конечностей) в положении пациента лежа на спине.
2. Пациент сгибает ноги в коленных суставах и приподнимает таз 3 раза.
3. После этого врач повторно сравнивает симметричность лодыжек выпрямленных ног пациента (измеряется длина нижних конечностей).

Вариант II

1. Врач сравнивает симметричность лодыжек (измеряется длина конечностей) в положении пациента лежа на спине.
2. Пациент садится, а врач повторно сравнивает симметричность лодыжек выпрямленных ног пациента (измеряется длина нижних конечностей). Измерение проводят с двух сторон для выявления истинности или ложности укорочения.

Оценка результатов исследования:

- а) в норме пассивный переход туловища из положения лежа в положение сидя должен сохранять симмет-

ричность длины нижних конечностей;

- б) при функциональных блоках в крестцово-подвздошных и тазобедренных суставах мышечно-связочного генеза тест с подъемом таза выравнивает длину нижних конечностей (восстановление тонусно-силового баланса мышц, прикрепляющихся к вертелам бедренной кости);
- в) при функциональных блоках в крестцово-подвздошных и тазобедренных суставах тест с переменной положения туловища удлиняет ногу на стороне поражения;

г) при анатомическом укорочении нижней конечности тесты не меняют величины краниального смещения ноги.

Примечание:

- а) тесты определяют укорочение нижней конечности за счет укорочения мышц, прикрепляющихся к бедренной кости;
- б) краниальное (укорочение) или каудальное (удлинение) смещение ноги оценивается по сравнительной пальпации внутренних лодыжек или подошвенных ямок;
- в) как правило, врожденное анатомическое укорочение нижней конечности сопровождается укорочением одноименной верхней конечности и уменьшением поперечных размеров одноименной половины лица. Травматическое или приобретенное укорочение нижней конечности такими деформациями не сопровождается.

Пальпаторная диагностика укорочения нижней конечности

Пациент лежит на спине.

Терапевт стоит сбоку от пациента на уровне его нижних конечностей. Кисти располагаются на диагностических контактах нижних конечностей.

Выполнение: терапевт последовательно оценивает симметричность следующих контактов с двух сторон: лодыжки, мышелки большеберцовой кости, мышелки бедренной кости, большие вертелы, верхние передние подвздошные ости.

Оценка результатов исследования: при функциональном укорочении нижней конечности все ее диагностические контакты смещены в краниальном направлении. При анатомическом укорочении имеется нарушение такой последовательности между любой парой контактов.

Примечание:

а) функциональное укорочение нижней конечности соответствует стороне расположения нижней части глобальной дисфункции;

б) при анатомическом укорочении нижней конечности в некоторых случаях встречается компенсаторная передняя ротация подвздошной кости.

Экспресс-диагностика и алгоритм массажных манипуляций (по А.Е. Сыромятникову)

Вариант I

I. Для определения значимости передней и задней, верхней и нижней половины тела используется диагностика облегчения смещения движения и ускорения тканей.

1. Устанавливается первоочередность проведения массажных манипуляций на передней или задней поверхности с выявлением направления облегчения смещения кожи головы над сагиттальным швом (дорсально или вентрально), которое указывает на значимую вентральную или дорсальную поверхность тела.

Для дальнейшей диагностики пациент укладывается значимой для лечения поверхностью вверх.

2. Для определения значимости верхней или нижней половины туловища выполняется разнонаправленная толчковая пальпация двумя руками – от диафрагмы краниально и каудально. Направление облегчения толчка (краниально или каудально) означает, в какой половине туловища располагается зона первоочередного проведения массажных манипуляций.

3. Для определения значимости левой или правой половины региона два контакта располагаются на краниальной и каудальной границах половины туловища по средней линии, или один контакт располагается на середине региона по средней линии (середина грудины или пупок).

Определяется направление облегчения толчка в медиалатеральном на-



правлении в одну, а затем другую сторону, которое указывает, в какой половине туловища располагается зона первоочередного проведения массажных манипуляций.

II. Лечение значимой зоны методами ОМ.

III. После пролечивания зоны появляется направление облегчения смещения или ускорения движения тканей в каком-то направлении.

Повторяются этап I, пункты 2 и 3, и этап II.

IV. Повторяется этап III. Может потребоваться несколько этапов для пролечивания всего тела.

V. Лечение на значимой половине тела (дорсальной или вентральной) продолжается до тех пор, пока не проявится направление облегчения смещения тканей или ускорение движения тканей в противоположную сторону. После этого пациент переворачивается и повторяется выполнение этапов I (пункты 2 и 3), II, III, IV до появления равновесного положения тканей.

Вариант II

При определении значимости передней и задней, верхней и нижней половины тела используется диагностика облегчения смещения/ускорения движения тканей.

1. Устанавливается первоочередность проведения массажных манипуляций на передней или задней поверхности с выявлением направления облегчения смещения кожи головы над сагиттальным швом (дорсально или вентрально), которое указывает на значимую вентральную или дорсальную поверхность тела.

Для дальнейшей диагностики пациент укладывается значимой для лечения поверхностью вверх.

2. Дальнейшая диагностика и проведение лечебных манипуляций выполняются на среднем слое тела:

а) при фиксации внимания на середине тела между эпигастрием и T_{xii} появляется облегчение смещения/ускорение движения (тяга) тканей краниально или каудально, а также медиалатерально в одну из сторон. Следует проследить за этой тягой и определить место ее остановки. Это и будет локальная область для проведения ОМ;

б) после выполнения ОМ на этой области производится диагностика ее функциональных связей с другими регионами, частями или структурами тела. При значимой функциональной связи появляется/меняется направление в регионе, где проводятся лечебно-диагностические мероприятия. Выполняется лечение функционально значимой связи методами ОМ;

в) повторяются пункты «а» и «б» несколько раз до исчезновения облегчения смещения/ускорения движения (тяга) тканей краниально, каудально, а также медиалатерально в одну из сторон.

г) выполняется лечение методом ОМ места или/и причины актуальных жалоб пациента. Затем выполняется пункт «б».

Примечание: в качестве актуальной зоны воздействия могут выступать клинические проявления, косметологические или эстетические проблемы.

А.Е. Сыромятников,
врач-вертеброневролог,
Днепропетровск, Украина

Влияние сегментарного массажа на некоторые показатели крови у больных с ишемической болезнью сердца

В настоящее время в практической медицине отмечается недостаточно широкое применение методов сегментарного массажа (СМ) у больных с коронарной патологией.

Цель – изучить влияние СМ на некоторые показатели крови у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации. Обследованы 30 больных с верифицированным диагнозом ИБС. Из них 27 мужчин, средний возраст которых составил $64,2 \pm 1,2$ года. У 82,4% больных имелась стабильная стенокардия напряжения I–II функционального класса (ФК), у 17,6% – III ФК, у 22,3% была выявлена недостаточность кровообращения I–II ФК, у 7,7% – III ФК (классификация NYHA), 19 человек в

прошлом перенесли инфаркт миокарда.

СМ применялся в количестве 10–15 ежедневных процедур на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации. Использовались рефлексогенные зоны: левая половина грудной клетки и левая рука, грудная клетка и позвоночник, воротниковая зона, нижние конечности. Противопоказаниями для СМ кроме общепринятых были нестабильная стенокардия, недостаточность кровообращения IV ФК, опасные нарушения ритма и проводимости. Кроме клинических методов обследования, у всех пациентов в начале и конце курса СМ определялись следующие показатели крови: тромбоциты, международное нормализованное отношение (МНО), общий холестерин (ОХС). После оконча-

ния курса СМ у больных наблюдалось урежение приступов стенокардии, снижение дозы нитроглицерина, улучшение сна, уменьшение периферических отеков. К концу курса отмечалось уменьшение МНО с $1,068 \pm 3,23$ до $1,034 \pm 3,46$ ммоль/л, тромбоцитов – с $224,47 \pm 3,02$ до $205,80 \pm 3,51$ тыс./мкл, ОХС – с $5,30 \pm 0,33$ до $5,04 \pm 0,35$ ммоль/л.

Вывод: курсовое применение СМ, улучшая клиническую картину в целом, вызывает противосвертывающий и гиполипидемический эффект у больных с ИБС. Очевидна целесообразность использования данной методики в реабилитации больных с ИБС на санаторном этапе.

И.В.Кешишян, кафедра лечебной физкультуры и врачебного контроля с курсом физиотерапии ГБОУ ВПО ЯГМА Минздрава России, Ярославль

Соединительнотканый массаж в восстановлении двигательных функций у больных, перенесших инсульт

Проблема инсультов приобрела не только медицинское, но и социальное значение. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота этих заболеваний в течение 1 года колеблется от 2 до 7 человек на 1 тыс. населения. Летальность – около 40%, инвалидизация – 50%, и только 7% больных возвращаются к прежнему образу жизни и трудовой деятельности. Реабилитационные мероприятия способствуют максимальному восстановлению нарушенных функций организма (Л.Г.Столярова, Г.Р.Ткачева, 1978).

Целью данного исследования явилось изучение возможностей применения соединительнотканного массажа (СТМ) в сочетании с дыханием через дополнительное «мертвое» пространство (ДМП) и приема трансфер фактора (ТФ) в восстановлении двигательных функций у больных с нарушением мозгового кровообращения.

Задачи исследования:

- оценить влияние СТМ, ДМП и ТФ на динамику двигательных функций у больных с инсультом на разных этапах реабилитации;

- определить клиническую эффективность СТМ, ДМП и ТФ при лечении пациентов с последствиями инсульта.

Материал и методы исследования

В нашей работе были обследованы 42 пациента. В их числе 24 мужчины (средний возраст 56 лет) и 18 женщин (средний возраст 60 лет); 12 (28,6%) пациентов с последствиями перенесенного геморрагического инсульта и 30 (71,4%) пациентов с последствиями ишемического инсульта, которые распределились следующим образом:

- 1) ранний восстановительный период (РВП) – 10 (24%) пациентов;
- 2) поздний восстановительный период (ПВП) – 19 (45%) пациентов;
- 3) резидуальный период (РП) – 13 (31%) пациентов.

Пациентам мы применяли СТМ по принципу «дерево» (А.М.Хантемиров, Р.Р.Габдуллин, Р.А.Шахмаметов, З.Ф.Каримова, 2008). Если тело ассоциировать с деревом, то можно представить, что:

- область крестца и таза – это основание ствола;
- позвоночный столб – ствол дерева;
- нижние конечности – корни дерева;
- шейно-грудной переход и плечевой пояс – разветвление ствола, начало кроны и т.п.

СТМ мы начинали с области «основания ствола» (крестец и таз). Следующее обязательное действие – проработка области «корней» (нижние конечности). Только затем освобождаем фасции в области «ствола», «разветвления», «веток» и т.д.

В начале курса за одну процедуру массажа обрабатывают одну область (15–20 мин). На 5–6-й процедуре возможна обработка до 3–4 областей (30–35 мин), при утомлении пациента процедура сразу прерывается. Курс массажа соединительной ткани в нашем исследовании составлял от 7 до 15 процедур.

Дыхание через ДМП и прием ТФ (универсального иммунокорректора) способствуют увеличению количества митохондрий на единицу массы ткани, активизации синтеза нуклеиновых кислот и белков в органах и системах, ответственных за адаптацию, повышая резистентность тканей к действию неблагоприятных факторов.

Процедура ДМП: пациент дышит через трубку (полиэтиленовая или дюралевая) диаметром 32 мм и длиной 20 см. Используются маски от ингалятора «Вулкан». На другом конце трубки находится пластиковая бутылка объемом 2–3 л с отверстием 8–10 мм на дне. Дыхание естественное, носовое, без задержек и пауз. Процедура в начале лечения длится 2–3 мин и производится 3–4 раза в день. Продолжительность доводят до 20 мин. Курс дыхания через ДМП длился от 15 до 20 дней (В.С.Фарфель, М.А.Артыков, Б.О.Яхонтов, 1968).

Пациенты РВП принимали ТФ ХФ компании 4Life Research по 2 капсу-

Результаты исследования

Таблица 1. Степень двигательных нарушений до лечения

Степень двигательных нарушений	РВП, n		ПВП, n		РП, n	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0	-	-	-	-	-	-
1	-	-	-	-	-	-
2	5	11,9	8	19	4	9,5
3	4	9,5	9	21,4	6	14,3
4	1	2,4	2	4,8	3	7,1
5	-	-	-	-	-	-

Таблица 2. Степень двигательных нарушений после лечения

Степень двигательных нарушений	РВП, n		ПВП, n		РП, n	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0	-	-	-	-	-	-
1	6	14,3	7	16,7	1	2,4
2	3	7,1	9	21,4	7	16,7
3	1	2,4	3	7,1	4	9,5
4	-	-	-	-	1	2,4
5	-	-	-	-	-	-

Таблица 3. Сравнительная таблица степени двигательных нарушений

Степень двигательных нарушений	До лечения		После лечения	
	абс.	%	абс.	%
0	-	-	-	-
1	-	-	14	33,4
2	17	40,4	19	45,2
3	19	45,2	8	19
4	6	14,3	1	2,4
5	-	-	-	-

лы 2 раза в день в течение 3 нед. Остальные пациенты принимали ТФ Плюс по 1 капсуле 3 раза в день.

Выводы

1. Применение СТМ в сочетании с дыханием через ДМП и приема ТФ повышает эффективность реабили-

тационных мероприятий у больных с инсультом.

2. Включение СТМ в сочетании с дыханием через ДМП и приема ТФ в комплекс лечения желателен в РВП инсульта.

А.М.Хантемиров, Р.Р.Габдуллин, ГАОУ СПО Башкирский медицинский колледж, Уфа

Возможности рефлекторно-сегментарного массажа при комплексной реабилитации детей первого года жизни с перинатальным поражением центральной нервной системы

За последние два десятилетия в связи с неблагоприятными демографическими и социально-экономическими процессами в обществе соматическое здоровье детей ухудшилось, и перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС) стало наиболее часто регистрируемой патологией у детей первого года жизни. Этот диагноз объединяет в большую группу различные по причине и происхождению поражения головного и спинного мозга, возникающие во время беременности, родов и в первые дни жизни малыша. В современных условиях, на фоне новых социально-экономических стандартов в лечении и реабилитации особое внимание уделяется многопрофильной коррекционной работе, осуществляемой командой специалистов (О.В.Гончарова, 2008). Одним из эффективных средств реабилитации является рефлекторно-сегментарный массаж (А.Ф.Вербов, 2009). Задачами исследования явилось определение влияния рефлекторно-сегментарного массажа на физическое развитие детей первого года жизни с ППЦНС, на нервно-психическое развитие, на вегетативно-вис-

церальную функцию детей с ППЦНС. Для решения задач были выбраны методы исследования антропометрических показателей, неврологических симптомов детей до 1 года; динамики становления основных безусловных рефлексов, изменения динамики; динамики изменения вегетативно-висцеральных функций наблюдаемых детей. Для проведения исследования мы создали две группы: основную, в которой проводился рефлекторно-сегментарный массаж, и контрольную, в которой проводился классический лечебный массаж (табл. 1). Антропометрические данные на начало исследования в обеих группах детей были однородны. При оценке психомоторного развития по шкале Л.Т.Журбы и Е.М.Мастюковой (2008 г.) к 12 мес в контрольной группе детей развитие соответствовало возрасту в 67,4% случаев, в то время как в основной – в 85,2% (табл. 2), что говорит об эффективности рефлекторно-сегментарного массажа. Оценка двигательного развития детей контрольной и основной групп выявила значимые различия в освоении двигательных навыков:

средний возраст поднимания головы в контрольной группе был 9,8 нед, в основной – 9,5 нед; повороты со спины на живот – 22,6 и 21,8 нед соответственно; повороты с живота на спину – 28,6 и 27,2 нед соответственно; сидение – 37,5 и 35,9 нед соответственно; ползание на четвереньках – 38,6 и 36,2 нед соответственно; ходьба – 57,2 и 54,8 нед соответственно ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что наибольшие различия в скорости формирования двигательных навыков у детей контрольной и основной групп отмечаются в освоении навыков ползания (опережение в основной группе составляет 2,4 нед) и ходьбы (опережение в основной группе также составляет 2,4 нед). Это связано с особенностями разработанной методики, направленной на выработку автоматизма ползания и ходьбы, а также тренировку баланса, необходимого для формирования статодинамических функций. По результатам динамики отмечалось значительное улучшение состояния детей с вегетативно-висцеральными дисфункциями. Нормализовался сон в основной группе у 5 детей, в контрольной – у 3 детей.

Таблица 1. Этапы комплексной реабилитации детей основной группы

Этап	Возраст, мес	Методы массажа	Кратность	Длительность, мин
I	3	Классический	Ежедневно	15
		Рефлекторно-сегментарный	3 раза в неделю	5
II	6	Классический	Ежедневно	20
		Рефлекторно-сегментарный	3 раза в неделю	5
III	9	Классический	Ежедневно	25
		Рефлекторно-сегментарный	3 раза в неделю	7
IV	12	Классический	Ежедневно	30–35
		Рефлекторно-сегментарный	3 раза в неделю	7–10

Таблица 2. Динамика изменения антропометрических показателей у детей с ППЦНС до года

Показатель	Группа		X	±X	p
1. Длина тела, см	Основная	До реабилитации	55,58	0,65	<0,05
		После реабилитации	75,32	0,41	
	Контрольная	До реабилитации	55,15	0,59	<0,05
		После реабилитации	73,13	0,27	
2. Масса тела, г	Основная	До реабилитации	4565,48	146,03	<0,05
		После реабилитации	9100,06	122,21	
	Контрольная	До реабилитации	4590,67	150,38	<0,05
		После реабилитации	9177,67	122,98	
3. Окружность груди, см	Основная	До реабилитации	37,06	0,51	<0,05
		После реабилитации	47,71	0,22	
	Контрольная	До реабилитации	36,47	0,38	<0,05
		После реабилитации	46,65	0,21	
4. Окружность головы, см	Основная	До реабилитации	37,77	0,38	<0,001
		После реабилитации	45,71	0,18	
	Контрольная	До реабилитации	37,93	0,35	<0,001
		После реабилитации	45,73	0,2	
5. Весоростовой индекс	Основная	До реабилитации	81,62	1,88	<0,05
		После реабилитации	121,72	1,13	
	Контрольная	До реабилитации	83,43	2,3	<0,05
		После реабилитации	125,45	1,51	

Примечание. X – среднее арифметическое.

Срыгивание сократилось у 8 и 4 детей соответственно. Беспокойное поведение снизилось у 6 и 2 детей соответственно. Метеочувствительность уменьшилась у 6 и 2 детей соответственно. Колики прекратились у 9 и 5 детей соответственно. В результате проведения исследования мы выяснили, что рефлекторно-сегментарный массаж оказывает на организм ребенка как местное, так и общее влияние. Массаж оказывает общеукрепляющее действие на мышечную систему, повышая тонус, эластичность и сократительную способность мышц. Положительно действует массаж и на суставы, а также на эластичность и подвижность связочного аппарата. Рефлекторно-сегментарный массаж оказывает регулирующее действие на все вегетативные функции организма: дыхание, кровообращение, пищеварение и др.; нормализует работу кишечника, способствует отхождению газов, которые так часто мучают младенцев в силу несовершенства их желудочно-кишечной системы. Массаж помогает становлению биоритмов: у младенца нормализуется пульс, артериальное давление. Ребенок легче входит в нормальный ритм жизни,

правильно чередует сон и время бодрствования. Наше исследование доказало, что рефлекторно-сегментарный массаж положительно влияет на физическое развитие, приводит к правильному

становлению рефлексов, нормализует работу внутренних органов детей с ППЦНС первого года жизни.

Г.Х. Загидуллина, О.А. Никитина
Стерлитамакский институт физической культуры (филиал УралГУФК)



Способ коррекции массы тела и фигуры человека ручным массажем

(по материалам патента РФ на изобретение №2383326)



Изобретение относится к медицине, в частности массажу, и может быть использовано для коррекции фигуры и массы тела человека. Коррекцию фигуры проводят в 3 последовательно выполняемые стадии, причем воздействие осуществляют на уровне подкожно-жировой клетчатки. На 1-й стадии воздействие оказывают на локальные зоны над лимфатическими узлами и/или магистральными лимфатическими сосудами, увеличивая лимфодренаж и включая механизмы выведения жидкости из локальных мест. На 2-й стадии оказывают воздействие на предварительно диагностированные проблемные участки фигуры путем проведения приемов разминания. На 3-й стадии оказывают тонизирующее воздействие на поверхность кожи в направлении против вектора гравитации в вертикальном положении пациента. Способ позволяет добиться повышения косметического эффекта.

Сущность изобретения

Этот способ коррекции массы тела и фигуры человека ручным массажем имеет 3-стадийную последовательность общего курса:

1-я стадия – предварительная: воздействие оказывается на локальные лимфатические зоны с целью увеличения лимфодренажа и включения механизмов выведения жидкости из локальных мест.

2-я стадия – основная: воздействия на локальные участки, «ломающие

плавность контура». Используются специальные комбинированные приемы.

3-я стадия – заключительная: общее тонизирование живота и бедер. Используются классические и специальные приемы поверхностного кожного тонизирования.

Известен способ коррекции фигуры и массы тела человека ручным массажем по В.И.Киссельгофу (RU 2219890). Способ включает визуальное определение проблемных участков фигуры, нанесение смазывающего вещества, разогрев выбранного участка тела и интенсивное воздействие на него. Причем разогрев осуществляют в течение 1–2 мин, а интенсивное воздействие проводят ладонными поверхностями и/или большими пальцами рук.

Критерием правильного выполнения является стойкий отек, до 2 сут, и развитие состояния асептического воспаления в жировой ткани с соответствующей симптоматикой. Недостатком данного способа является болезненность воздействия и неблагоприятный косметический эффект.

Наиболее близким к заявляемому способу является способ коррекции массы тела и фигуры человека ручным массажем по Ю.А.Волынкину (RU 2109503). Сущность изобретения: по внешнему виду кожного покрова определяют проблемный участок тела, смазывают его жирным кремом и осуществляют разогрев выбранного участка тела путем последовательно поглаживания, растирания и разминания его руками. Далее пальпаторным обследованием локализуют целлюлитные образования и разрушают их путем силового воздействия на них сначала первыми фалангами согнутых всех пальцев, а затем вторыми фалангами также согнутых всех пальцев рук. После этого руками в течение 30–35 мин осуществляют выдавливающие, растирающие и разглаживающие силовые воздействия на целлюлитные образования в направлении лимфотока в соответствующем участке тела. В конце сеанса проводят в течение не менее 60 мин общий массаж.

Известный способ учитывает влияние лимфодренажа после проведения си-

ловых воздействий на целлюлитные образования, что улучшает состояние пациента после проведения массажа. Недостатком данного способа является силовое воздействие на целлюлитные образования, что приводит к повышенной болезненности процедур, а следовательно, к пониженной комфортности пациента во время приема процедур и после них. Также недостатком известного способа массажа является низкий результирующий косметический эффект.

Цель предлагаемого изобретения – повышение комфортности пациента во время процедур и после них, повышение косметического эффекта. Достигается путем коррекции фигуры в 3 последовательно выполняемые технологические операции, причем в процессе выполнения 1-й операции воздействие оказывают на локальные лимфатические зоны при увеличении лимфодренажа и включении механизмов выведения жидкости из локальных мест, в процессе выполнения 2-й операции воздействие оказывают на предварительно диагностированные локальные патогенные зоны, во время выполнения 3-й операции воздействие оказывают на поверхность кожи с избыточной жировой тканью и на мышцы и мышечные фасции бедра и живота, тонизирующие мышцы и фасции в направлении против вектора гравитации.

Согласно предлагаемому изобретению на 1-й стадии активизируются процессы естественного лимфодренажа, что приводит к увеличению интенсивности обменных процессов в проблемных областях пациента.

На 2-й, основной, стадии воздействие оказывается на проблемные участки при неразрушающем кровеносные сосуды воздействии. Активизированная система естественного лимфодренажа справляется с увеличенным энерго- и массообменом в областях, на которые воздействует массажист.

На 3-й, заключительной, стадии воздействие происходит на мышцы и фасции мышц с целью увеличения тонуса и противодействия гравитации (в вертикальном положении пациента).

Для определения силы проведения приема руководствуются шкалой сопротивления ткани.

Шкала сопротивления ткани

1. Стадия первичного сопротивления – стадия легкого сопротивления любому типу незначительного смещения ткани. Сопротивление при смещении возрастает незначительно.

2. Стадия эластичного сопротивления – стадия, при которой смещаемая в какую-либо сторону ткань оказывает небольшое сопротивление, но легко позволяет изменять свою пространственную конфигурацию за счет своих эластических свойств. Сопротивление возрастает прямо пропорционально смещению.

3. Стадия упругого сопротивления – стадия, при которой смещаемая ткань проявляет выраженное сопротивление, стремясь вернуться в изначальное положение за счет своих упругих свойств. Сопротивление возрастает прогрессивно смещению.

4. Стадия сдавления – стадия, при которой ткань достигает максимума возможного смещения и сопротивление ткани на оказываемое смещение резко падает. При продольном смещении ткань достигает точки напряжения, выход за которую сопровождается повреждением ткани. При смещении «вглубь» легко определяются подлежащие элементы (мышцы, кости, суставы и др.).

Все применяемые массажные приемы проводятся на уровне подкожно-жировой клетчатки, без захвата скелетной мускулатуры и в стадии эластичного сопротивления.

Приемы 1-й стадии

1. Помпа – серия последовательных нажатий, выполняется непосредственно в зоне над крупными лимфатическими узлами (околопаховая область, подколенная ямка, эпигастральная область). Прием выполняется всей плоскостью установленной на зону воздействия поверхности.

Околопаховая область – ладонь, включая пальцы, подколенная ямка – плоскость ладонной поверхности четырех пальцев (указательный–мизинец), эпигастр – ладонная поверхность кисти без пальцев.

Частота исполнения – малая, около 15 в минуту.

Сила давления – до стадии эластичного сопротивления.

Направление давления – строго в толщу ноги.

2. Обдавливание – серия последовательных нажимов, выполняемых над магистральными лимфатическими сосудами, на внутренней поверхности бедра, со смещением ткани в сторону вышележащего лимфоузла. Прием выполняется поперечно расположен-

ной относительно бедра плоскостью прижатых пальцев (мизинец–указательный) и по направлению от вышележащего лимфоузла к нижележащему. Прием состоит из двух фаз. Первая – помповое нажатие. Вторая – не снимаемая нажима, небольшое смещение подлежащих тканей в сторону вышележащего лимфоузла.

Частота исполнения – малая, около 15 в минуту.

Сила давления – до стадии эластичного сопротивления.

Направление давления – строго в толщу ноги и в сторону вышележащего лимфоузла.

Направление общего движения – от вышележащего лимфоузла к нижележащему.

Шаг перемещения приема – 3–5 см.

3. Выдавливание – серия последовательных нажимов, выполняемых над магистральными лимфатическими сосудами, на внутренней поверхности. Прием выполняется поперечно



расположенной относительно бедра плоскостью прижатых пальцев (мизинец–указательный) по типу «пресс-пальце» и по направлению от нижележащего лимфоузла к вышележащему. Техника исполнения: ладонь устанавливается на ребро, контактируя мизинцем, и осуществляет нажим в толщу бедра. Сохраняя нажим, ладонь последовательно опускается остальной плоскостью пальцев, включая их в нажим.

Частота исполнения – малая, около 15 в минуту.

Сила давления – до стадии эластичного сопротивления.

Направление давления – строго в толщу ноги и в сторону вышележащего лимфоузла.

Направление общего движения – от нижележащего лимфоузла к вышележащему.

Шаг перемещения приема – 3–5 см.

4. Сопровождение – прием схож с приемом классического массажа «вы-

жимание». Состоит из перемещения погруженной в ткань продольно расположенной относительно бедра ладони в сторону от нижележащего лимфоузла к вышележащему по ходу магистрального лимфососуда.

Скорость перемещения – медленная.

5. Выглаживание – прием является компилятом двух приемов классического массажа: «выжимание» и «поглаживание». При глубоком погружении в ткань ладони во время исполнения приема поглаживания резко замедляется скорость исполнения, увеличивается сила трения и, соответственно, происходит большой теплообмен. Перед идущей ладонью образуется валик ткани, который превращает поглаживание в выжимание, увеличивая дренаж ткани.

Прием является вспомогательным, разбавляя любой проводимый прием во время сеанса массажа.

Сила давления – на стадии эластичного сопротивления.

Скорость исполнения – медленная, средняя.

Направление – по направлению лимфатических узлов.

Тоннельное выглаживание – более глубокое исполнение выглаживания. Достигается накатыванием второй рукой «дополнительного объема ткани».

6. Трemorная техника – специфический прием, выполняющийся над лимфатическими сосудами. Два пальца одной руки устанавливаются над околопаховыми лимфатическими узлами, два пальца другой руки устанавливаются над лимфатическими сосудами около коленного сустава. Выполняются малоамплитудные высокой частоты короткие колебательные движения вдоль лимфатического сосуда.

Сила давления – на стадии эластичного сопротивления.

Скорость исполнения – высокая, 80–120 движений в минуту.

Направление – по направлению лимфатических узлов.

Амплитуда – малая, 0,5–1 см.

Приемы 2-й стадии

1. Петля ближними пальцами – прием разминания, в котором участвуют большой и указательный пальцы. Итоговая тканевая складка небольшая и неглубокая. Позволяет обрабатывать верхние слои ткани. Прием состоит из попеременного перехватывания складки ткани руками. Первая рука захватывает складку и, не отпуская, сдвигает и поворачивает в сторону мизинца (траектория верхней петли). Складку подхватывает вторая рука (первая отпускает) и поворачивает в сторону мизинца. Затем цикл повторяется. Таким образом, не отпуская складку, происходит постепенное перемещение вдоль обрабатываемого участка, или локально.

Сила давления – на стадии эластичного сопротивления.

Скорость исполнения – малая, средняя, 20–40 циклов в минуту.

Направление – продольное движение относительно тела.

Амплитуда перемещения – средняя, 3–5 см.

2. Петля дальними пальцами – прием разминания, в котором участвуют большой палец и мизинец. Итоговая тканевая складка большая и глубокая. Позволяет обрабатывать глубокие слои ткани. Прием состоит из попеременного перехватывания складки ткани руками. Первая рука захватывает складку и, не отпуская, сдвигает и поворачивает в сторону мизинца (траектория верхней петли). Складку подхватывает вторая рука (первая отпускает) и поворачивает в сторону мизинца. Затем цикл повторяется. Таким образом, не отпуская складку, происходит постепенное перемещение вдоль обрабатываемого участка, или локально.

Сила давления – на стадии упругого сопротивления.

Скорость исполнения – малая, средняя, 20–40 циклов в минуту.

Направление – продольное движение относительно тела.

Амплитуда перемещения – средняя, 3–5 см.

3. Спиральное разминание делается двумя руками одновременно сходно с подобным в классическом массаже, но направлено по траектории внутрь на указательный палец (в отличие от наружного в классическом массаже), что позволяет оказывать влияние не только вглубь ткани, но и, получая дополнительный захват складки между рабочими пальцами, одновременно обрабатывать средние слои.

Сила давления – на стадии эластичного и упругого сопротивления.

Скорость исполнения – средняя, 60–80 движений в минуту.

Направление – поперечное движение относительно тела.

Амплитуда – малая, 1–3 см.

4. Тоннельное спиральное разминание делается одной рукой. Одновременно вторая рука накатывает встречным движением дополнительный объем ткани, позволяя спиралью осуществить большее погружение в глубокие слои ткани.

Сила давления – на стадии эластичного и упругого сопротивления.

Скорость исполнения – средняя, 60–80 движений в минуту.

Направление – поперечное движение относительно тела.

Амплитуда – малая, 1–3 см.



5. Трехмерное разминание – сложносоставной прием. Состоит из нескольких фаз. Первая фаза – обе руки захватывают складку ткани между четырьмя сведенными вместе пальцами и оттягивают ее строго вверх от тела. Вторая фаза – не отпуская складки, руки совершают петлеобразное движение, сдвигая ткань поперечно в одну и другую сторону. Третья фаза – в конце петли одна рука отпускает складку и напряженными пальцами выполняет спиральное разминающее движение внутрь складки, которая сохраняется под второй рукой. Четвертая фаза – вторая рука отпускает складку, позволяя первой скользить по телу.

Сила давления – на стадии эластичного и упругого сопротивления.

Скорость исполнения – малая, средняя, 20–40 циклов в минуту.

Направление – трехмерное, от тела, поперек тела, внутрь обрабатываемого участка.

Амплитуда – средняя, 3–5 см.

6. Твердые встряхивания – короткие встряхивания боковых участков бедер. Рука производит захват небольшого участка всеми пальцами. Пальцы напряжены и слегка сдавливают складку. Всей рукой проводится короткое встряхивающее движение малой амплитуды, словно бы сбрасывая что-либо с руки.

Сила давления – на стадии эластичного и упругого сопротивления.

Частота – малая, средняя, 20–40 циклов в минуту.

Амплитуда – малая, 1–3 см.

Приемы 3-й стадии

1. Соскальзывания – поверхностный прием, суть которого состоит в условном стряхивании какого-либо дополнительного средства (крема). Выполняется легкими расслабленными пальцами. Правильно выполненный прием за счет отрыва от поверхности тела дополнительного средства (крема) резко снижает температуру поверхности кожи, не затрагивая нижележащие ткани. Таким образом, достигается подтягивание кожной складки без снижения трофических свойств тканей.

Сила давления – на стадии первичного сопротивления.

Частота – высокая, 100–140 движений в минуту.

Амплитуда – малая, 1–3 см.

Направление – поперечное, относительно тела.

2. Фасциальная фиксация – специфический прием, выполняющийся на уровне мышечных фасций. Состоит в подтягивании мышечных фасций бедра и живота против вектора гравитации и фиксации их в полученном положении в краниосакральном ритме. Способствует подтягиванию и формированию всех тканей на выполняемом участке.

Сила давления – на стадии первичного сопротивления.

Амплитуда сдвига – 2–5 см.

Направление – продольное, относительно тела.

Предложенный способ массажа не выявил противопоказаний при массовом применении и может использоваться для коррекции массы тела и фигуры с помощью ручного массажа.

Формула изобретения

1. Способ коррекции фигуры человека ручным массажем, включающий визуальное определение проблемных участков фигуры, отличающийся тем, что

коррекцию фигуры проводят в три последовательно выполняемые стадии, причем воздействие осуществляют на уровне подкожно-жировой клетчатки; на 1-й стадии воздействие оказывают на локальные зоны над лимфатическими узлами и/или магистральными лимфатическими сосудами, увеличивая лимфодренаж и включая механизмы выведения жидкости из локальных мест; на 2-й стадии оказывают воздействие на предварительно диагностированные проблемные участки фигуры путем проведения приемов разминания; на 3-й стадии оказывают тонизирующее воздействие на поверхность кожи в направлении против вектора гравитации в вертикальном положении пациента.

2. Способ по п. 1, отличающийся тем, что 1-я стадия массажа включает в себя прием «помпа» – серию последовательных нажатий, выполняемых непосредственно в зоне над крупными



лимфатическими узлами, прием осуществляется всей плоскостью поверхности, установленной на зону воздействия, направление воздействия строго в толщу ноги, а частота исполнения составляет 10–20 воздействий в минуту.

3. Способ по п. 1, отличающийся тем, что 1-я стадия массажа включает в себя прием «обдавливание» – серию последовательных нажимов, выполняемых над магистральными лимфатическими сосудами на внутренней поверхности бедра со смещением ткани в сторону вышележащего лимфоузла, причем прием выполняют поперечно расположенной относительно бедра плоскостью прижатых пальцев, направление давления – строго в толщу ноги и в сторону вышележащего лимфоузла, направление общего движения – от вышележащего лимфоузла к нижележащему, частота испол-

нения составляет 10–20 воздействий в минуту.

4. Способ по п. 1, отличающийся тем, что 1-я стадия массажа включает в себя прием «выдавливание» – серию последовательных нажимов, выполняемых над магистральными лимфатическими сосудами на внутренней поверхности бедра, прием выполняют поперечно расположенной относительно бедра плоскостью прижатых пальцев, устанавливая ладонь ребром, затем, сохраняя нажим, ладонь опускают остальной плоскостью прижатых пальцев, направленные движения – от нижележащего лимфоузла к вышележащему, шаг перемещения приема – 3–5 см, частота исполнения составляет 10–20 воздействий в минуту.

5. Способ по п. 1, отличающийся тем, что 1-я стадия массажа включает в себя прием «выглаживание» – при глубоком погружении в ткань ладони,

резко замедляют скорость исполнения, увеличивают силу трения с образованием перед идущей ладонью валика ткани.

6. Способ по п. 5, отличающийся тем, что прием «выглаживание» усиливают накатыванием второй рукой дополнительного объема ткани.

7. Способ по п. 1, отличающийся тем, что 1-я стадия массажа включает в себя прием «тремор» – два пальца одной руки устанавливают над паховыми лимфатическими узлами, два пальца другой руки устанавливают над подколенными лимфатическими сосудами, после чего выполняются короткие колебательные движения вдоль лимфатического сосуда с амплитудой 0,5–1 см, со скоростью исполнения 80–120 движений в минуту.

8. Способ по п. 1, отличающийся тем, что 2-я стадия массажа включает в себя прием «ближнее разминание»,

в котором участвуют большой и указательный пальцы, состоящий из попеременного перехватывания складки ткани руками, причем первая рука захватывает складку и, не отпуская, сдвигает и поворачивает в сторону мизинца, складку подхватывает вторая рука и поворачивает в сторону мизинца с повторением цикла без отпускания складки с перемещением вдоль тела, с амплитудой перемещения 3–5 см и скоростью исполнения 20–40 циклов в минуту.

9. Способ по п. 1, отличающийся тем, что 2-я стадия массажа включает в себя прием «дальнее разминание», в котором участвуют большой палец и мизинец, состоящий из попеременного перехватывания складки ткани руками, причем первая рука захватывает складку и, не отпуская, сдвигает и поворачивает в сторону мизинца, складку подхватывает вторая рука и поворачивает в сторону мизинца с повторением цикла без отпускания складки с перемещением вдоль тела, с амплитудой перемещения 3–5 см и скоростью исполнения 20–40 циклов в минуту.

10. Способ по п. 1, отличающийся тем, что 2-я стадия массажа включает в себя прием «спиральное разминание» – спиральное разминание двумя руками, направленное по траектории внутрь на указательный палец, общее направление перемещения приема – поперечное движение относительно тела, амплитуда 1–3 см, скорость исполнения 60–80 движений в минуту.

11. Способ по п. 1, отличающийся тем, что 2-я стадия массажа включает в себя прием «тоннельное спиральное разминание» – спиральное разминание одной рукой, одновременно вторая рука накатывает встречным движением дополнительный объем ткани, общее направление перемещения приема – поперечное движение относительно тела, амплитуда 1–3 см, скорость исполнения 60–80 движений в минуту.

12. Способ по п. 1, отличающийся тем, что 2-я стадия массажа включает в себя прием «трехмерное разминание», состоящий из четырех фаз: на 1-й фазе обе руки захватывают складку ткани между четырьмя сведенными вместе пальцами и отведенным большим пальцем и оттягивают ее строго вверх от тела, на 2-й фазе, не отпуская складки, руки сдвигают ткань поперечно в одну и другую сторону, на 3-й фазе – одна рука.

Е. М. Литвиченко,
руководитель школы Flyhands, Новосибирск

Методика массажа и самомассажа молочных желез вне периода лактации



В зависимости от возраста и периода функционирования (схематично: девочка – девушка – молодая женщина – зрелая женщина – пожилая женщина), анатомо-физиологические особенности тканей молочных желез претерпевают естественные изменения. Тонус грудных мышц, тургор (эластичность и упругость) кожи женской груди, количество жировой ткани, артериальное кровоснабжение, венозный отток и лимфодренажная функция с годами и в разные физиологические периоды жизни имеют свои особенности, которые следует учитывать, в частности, при массаже груди. Массаж – весьма эффективное средство, способствующее многолетнему сохранению упругости и эластичности кожи, улучшению кровообращения и оттока лимфы, нормализации метаболических процессов (обмена веществ). В разных условиях одна и та же женщина при массаже груди нуждается в разных методических подходах. Например, для улучшения венозного и лимфатического оттока вне периода лактации массажные движения следует делать по ходу венозных и лимфатических сосудов, т.е. от соска к основанию молочной железы. В период же кормления грудью при массаже, выполняемом для сцеживания молока, те же приемы выполняются в обратном направлении, т.е. от места прикрепления молочной железы к соску.

Правильно выполняемый массаж груди улучшает не только ее функциональное состояние, но и внешний

вид. Это происходит оттого, что оптимизируется питание тканей. У многих женщин грудь является сверхчувствительной, т.е. так называемой эрогенной зоной. Тактильная чувствительность кожи груди, особенно в области сосков и околососковой зоны, весьма высока из-за того, что там много чувствительных нервных окончаний. Поэтому нельзя начинать массаж, предварительно не пограв рук. Прикосновение холодными руками, особенно в холодное время года, может свести на нет весь эффект от массажа. Недопустимы грубые прикосновения и захваты груди. Они могут доставить дискомфорт женщине и даже болевые ощущения, особенно если в этот момент у нее по каким-то причинам увеличены и болезненны лимфатические узлы. Силу воздействия следует постоянно дозировать, чтобы не доводить дело до образования гематом. Кожа груди, как уже говорилось, – весьма нежная структура с тонкими капиллярами, и при неумелых действиях их можно травмировать. При неправильной технике можно перерастянуть кожу. Результатом этого может стать дряблость и обвисание груди. Перед проведением массажа клиентке неплохо принять теплый душ. Вода не только смывает пот и растворенные в нем продукты жизнедеятельности и грязь, но и снимает отрицательную энергию, расслабляет мышцы. Перед началом массажа женщине нужно лечь на спину, а руки расположить вдоль тела. На руки массажиста и на кожу можно нанести массажный крем или масло, которые круговыми движениями следует втереть в кожу груди. Основные приемы массажа – это поглаживание, растирание, разминание, поколачивание и вибрация. Для достижения хороших результатов перечисленные действия следует сочетать.

1. С поглаживания нужно начинать и им же следует заканчивать массаж. Движения должны быть мягкими и нежными. Сильно надавливать на кожу не следует. При использовании этого приема происходит не только стимуляция мышц за счет улучшения кровотока, воздействия на

нервные окончания, но и слушивание отмирающих клеток эпителия кожи. Это действие обладает успокаивающим эффектом.

2. Растирание – это действие, напоминающее поглаживание, но производится оно более энергично, с более сильным нажатием на массируемую поверхность. Растирание можно делать прямыми или круговыми движениями. При этом происходит разогревание кожных покровов и подлежащих тканей за счет трения. Усиливается кровоток и рассасываются небольшие уплотнения, которые способны трансформироваться в опухолевые новообразования. Так что массаж, осуществляемый указанным приемом, имеет профилактическую направленность, предотвращая возникновение опухолевых процессов в тканях молочных желез.

3. Разминание тканей груди также улучшает кровоток, и не только на поверхности, но и в более глубоких тканевых структурах. Улучшается циркуляция жидкости в межтканевых структурах. Разминание осуществляется кончиками пальцев, которыми массажист захватывает ткани кожи, подкожной клетчатки и мышц. Скользящими движениями пальцев относительно друг друга сдавленный между ними участок тканей осторожно разминают. Этот прием применительно к груди следует использовать очень аккуратно и нежно.

4. Поколачивание осуществляют подушечками пальцев, которые превращаются в своеобразные «молоточки». Еще это может напоминать игру на клавишных инструментах, когда пальцы по очереди поднимаются и ударяют по массируемой поверхности. Поколачивание, как и описанные выше приемы, положительно влияет на приток-отток биологических жидкостей в тканях. Этот прием тонизирует кожу и подлежащие ткани.

5. Вибрация – массажный прием, который выполняется таким образом: кончики пальцев массажиста слегка погружаются в ткань грудной железы и производятся вибрационные движения, наподобие тех, которые делает скрипач для извлечения из скрипки определенных звуков, бы-



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.

стро смещая кисть из стороны в сторону. Вибрация производится кончиками пальцев или всей поверхностью ладони. За счет этого приема наиболее быстро достигаются эффекты, рассмотренные выше.

6. Протряхивание. Этот прием – нечто среднее между разминанием и вибрацией. Осуществляют его так: захватив между пальцами или между пальцами и основанием ладони массив тканей, производят вибрацию. С этого действия ни в коем случае нельзя начинать массаж груди. Оно производится на предварительно подготовленных предыдущими приемами тканях.

7. При массаже груди используют прием, который можно назвать «флюктуация». Рука массажиста в этом случае выполняет роль некой помпы, способствующей воздействию на мышечные структуры и кровообращение всех тканей грудной железы. Осуществляется прием за счет придавливания груди к ребрам, после чего рука приподнимается. Этот же прием при воздействии на грудь с боков или снизу-сверху можно трактовать как сдавливание, однако следует признать, что по существу это действие можно отнести к разминанию. Начинать массаж следует осторожно и вкрадчиво-мягко, затем давление



Рис. 4.



Рис. 5.



Рис. 6.

и захваты усиливают. Заканчивать массаж следует успокаивающими мягкими движениями, осторожно касаясь поверхности груди.

Приводим пошаговое описание методики массажа груди вне периода лактации.

- Начинают массаж груди с приема, называемого поглаживанием. Его следует делать сначала подушечками пальцев, вдоль расположения долей молочных желез, от соска к местам прикрепления, например, от соска – к краю грудной мышцы, или от соска – к ключице.

Затем движения массажиста можно продолжать всей ладонной поверхностью (рис. 1).

- Второй прием – поглаживание по кругу. Я обычно выполняю это движение по часовой стрелке. Нажатие на грудь при этом должно быть минимальным.

- Третий прием – растирание при более плотном захвате двумя руками (чуть сжав молочную железу), продолжить круговые движения по часовой стрелке (рис. 2).

- Следующий прием – вибрация. Поставив пальцы на точку, ее надо быстрыми движениями смещать в сторону и возвращать на место (рис. 3).

Вибрационные движения следует выполнять также от соска к местам прикрепления (рис. 4).

Эти движения, как говорилось выше, улучшают дренажную функцию сосудов, усиливая венозное кровообращение и лимфоотток.

- Следующий прием – флюктуация. Ладонь накладывают на грудь таким образом, чтобы сосок оказался в центре ладони. Нажатием сверху придавливают грудь к ребрам, затем давление руки ослабляют, или приподнимают ладонь, или, не отрывая ладонь от соска, выгибая кисть (см. рис. 1, 5).

Для осуществления второго приема кисть при нажатии должна быть прямой, даже немного выпуклой с ладонной поверхности, при отпуске пальцы составляют с пястными костями угол выпуклостью в сторону тыльной поверхности кисти (рис. 6).

- Следующий прием массажа груди – сдавливание в поперечном направлении. Это своего рода механотерапия, т.е. воздействие на все тканевые структуры груди посредством сжатия двумя руками с последующим ослаблением хвата (рис. 7).

При его выполнении силу следует дозировать, чтобы не вызывать у женщины чувство выраженного дискомфорта. Грудь можно сдавливать между пальцами двух рук. Нелагирующую грудь этим способом нужно массировать от соска к основанию (рис. 8 а, б). Можно осуществлять этот прием одной рукой, сдавливая грудь между первым пальцем и всеми остальными. Грудь при этом не прижимается к ребрам, а сдавливается с боков и снизу-сверху (рис. 9).

- Прием растирания кончиками пальцев больших грудных мышц осуществляется по их краю от соска к подмышечным впадинам. Для того чтобы при надавливании грудь не смещалась кнутри, ее можно придерживать с внутренней стороны пальцами другой руки (рис. 10).

Затем растирание в тех же направлениях нужно проделать всей поверхностью ладони.

- Прием разминания осуществляется путем захвата между пальцами края большой грудной мышцы. Смещая пальцы относительно друг друга, разминают мышечную структуру, перемещая пальцы от околососковой зоны к подмышечным впадинам.

- Прием протряхивания, как и предыдущий, осуществляется с помощью захвата краев большой грудной мышцы. Только при этом не нужно разминать мышцу, как в предыдущем случае, а следует совершать смещение из стороны в сторону края



Рис. 7.



Рис. 8, а.



Рис. 8, б.



Рис. 9.

грудной мышцы вибрирующими движениями. Эффект разминания здесь определяется только силой хвата. Двигаясь сантиметр за сантиметром, снизу-вверх, к подмышечной впадине, прием выполняют на всех уровнях. Другими словами, протряхивание – это совмещенные в одном действии разминание и вибрация.

- Поколачивание следует производить подушечками пальцев, поднимая и резко опуская их на массируемую поверхность, а усиливать удар нужно за счет движения в лучезапястном суставе (рис. 11). Чередую пальцы, можно «накрывать» большую площадь (рис. 12). Как указывалось ранее, заканчивать массаж следует успокаивающими действиями, которые нужно применять в обратном порядке: от жестких – к более мягким. Это значит, что перед окончанием сеанса нужно сделать сначала растирание, а за-



Рис. 10.



Рис. 11.



Рис. 12.

вершающим этапом должно стать поглаживание.

Продemonстрированные здесь приемы – необходимый и достаточный арсенал действий массажиста, позволяющий обеспечить оптимальный уход за грудью женщины для того, чтобы долгие годы сохранять ее в отличной форме. Овладеть этими нехитрыми навыками по силам любому желающему. Поэтому женщина может доверить свое сокровенное даже специально подготовленным домашним. Кстати, мужчины с такой приятной работой справляются весьма неплохо. Я, например, в своей повседневной врачебной практике использую любую возможность для обучения мужей массажным навыкам. Надо ли говорить, что такой подход к проблеме укрепляет семейные отношения?

Все приемы, рассмотренные выше, при самомассаже выполняются в той же последовательности и принципиально не отличаются от описанных. Естественно, что положение собственных рук будет несколько иным, чем при использовании услуг массажиста. Самомассаж хорош тем, что усилия можно дозировать, ориенти-

руясь на собственные ощущения. Как правило, это действие не вызывает дискомфорта, потому что сила нажатия, как говорится, в собственных руках. Самомассаж – хорошая профилактика возникновения опухолевых процессов. Если девушка с юности владеет этим методом и регулярно массирует свою грудь, она сама может обнаружить возникающие участки уплотнений, а не узнает о них случайно от маммолога во время диспансеризации. Вообще-то каждая мать должна сама знать и уметь все перечисленное, чтобы научить этому дочь. Но, увы, нет в ментальности россиян такой установки, как бережное отношение к своему здоровью. Ведь сколько трагедий в полном смысле этого страшного слова можно было бы избежать, владей каждая женщина набором нехитрых приемов ухода за грудью.

Перед началом самомассажа желательно принять теплый душ, затем нанести на руки массажное масло или гель. Какое средство подходит лично вам, можно решить самостоятельно, а лучше все-таки посоветоваться со специалистом. Во всяком случае, массажные кремы, разогревающие мышцы, могут не подойти. Ведь возможно и такое, что нежная кожа груди отреагирует на эти жгучие препараты самым негативным образом, вплоть до аллергической реакции, воспалительного раздражения и даже ожогов. Для положительного воздействия на все органы чувств при самомассаже можно создать себе приятную атмосферу, включив негромкую музыку любимых авторов. Еще можно использовать ароматерапию, которая усилит приятные ощущения. В любой аптеке можно недорого купить аромалампу, нагревательные свечи и ароматические масла с любимыми запахами.

Итак, рассмотрим технические особенности самомассажа.

1. Начинаем, как уже договорились, с поглаживаний. Сначала кончиками пальцев, потом всей поверхностью ладоней.

Направления движений те же, что описаны ранее: линейные от соска и круговые (рис. 13).

2. Растирания кончиками пальцев выполняются более энергично, с усилением нажатия, по тем же направлениям, что и поглаживания. Движения идут по краю большой грудной мышцы (рис. 14).

3. Растирания по кругу энергично выполняются всей поверхностью ладоней.



Рис. 13.



Рис. 14.



Рис. 15.



Рис. 16.

4. Разминание осуществляют, захватив между пальцами и основанием ладони противоположной руки край большой грудной мышцы.

5. Протряхивание в положении стоя можно делать, не захватывая мышечных масс жестким хватом. Для выполнения этого приема используют такой физический фактор, как земное притяжение. Под его влиянием грудь чуть опускается, и доли, расположенные в нижней части, оказываются несколько сдавленными. Чтобы кровообращение в них не ухудшалось, следует несколько приподнимать грудь. Именно поэтому врачи рекомендуют носить бюстгалтеры, не сдавливающие молочные железы, но приводящие их в чуть



Рис. 17.



Рис. 18.



Рис. 19.

поднятое положение, чтобы освободить нижние доли. При выполнении протряхивания грудь кладется на ладони и чуть приподнимается, после чего руки опускаются (рис. 15). Это движение не нужно делать с большой амплитудой, чтобы не растягивать кожу и не травмировать доли. Как говорилось выше, именно из этих соображений физкультурой и спортом нельзя заниматься без бюстгалтера.

Однако, как и в случае выполнения массажных действий оператором, можно производить протряхивание, захватив край большой грудной мышцы.

6. Флюктуация – в собственном исполнении прием эффективный и очень полезный. Ладони накладываются так, чтобы в центральных впадинах располагались соски. При выполнении этого приема не обяза-

тельно находиться в положении лежа, как при массаже извне. Ведь если вы стоите, а кто-то импульсно нажимает вам на грудь, вы можете инстинктивно сделать шаг назад, чтобы от толчка не упасть. Себе этот прием можно делать и сидя, и даже стоя. Грудь прижимают к ребрам и отпускают, чтобы она приняла первоначальную форму (рис. 16).

7. Следующий прием – вибрация. Его выполняют точно так же, как и при помощи массажиста: палец или несколько погружают в толщу тканей молочной железы и делают быстрые вибрационные движения, чуть смещая кисть (рис. 17).

8. Следующий прием массажа груди – сдавливание в направлении от соска к основанию можно делать в горизонтальной плоскости, можно – в вертикальной, причем как одной рукой, так и двумя (рис. 18).

За счет этого действия усиливаются

венозный и лимфоотток не только в коже, но и в более глубоких слоях молочных желез.

9. Поколачивания при самомассаже делаются так же, как и при обычном массаже – подушечками пальцев. Можно делать их по очереди каждым пальцем, можно – собранными вместе четырьмя (рис. 19).

Заканчивать самомассаж следует поглаживаниями. Для того чтобы нервная система пришла в состояние полного покоя, после массажа груди неплохо принять ванну с хвойным экстрактом.

Е.Я.Гаткин,
д-р мед. наук, зам. дир. по научно-методическим вопросам
Научно-образовательного учреждения
«Институт квантовой медицины»,
зав. каф. биофизических методов в медицине
ФПК медицинских работников ФГБОУ ВПО
РУДН, Москва

Впервые
в Санкт-
Петербурге!

5–7 июня 2014
Ленэкспо

Вся палитра
салонной
индустрии
в Северной
столице!



Санкт-Петербург

INTERCHARM

professional

ВЫСТАВКА КОСМЕТИКИ И ОБОРУДОВАНИЯ
ДЛЯ САЛОНОВ КРАСОТЫ

www.intercharmspb.ru

 Reed Exhibitions

ООО «Рид Элсвер»
Москва, ул. Большая Никитская, д. 24/1, стр. 5
Т. (495) 937 6861, Ф. (495) 937 6862
E-mail: Evgenia.Karaseva@reedexpo.ru

Инновация лечебной физической культуры с методологией биоэкономического психофизического тренинга

Инновация лечебной физической культуры (ЛФК) – это синтез разных видов физического лечения, основанных на принципе движения – кинезотерапии (медицинский массаж, лечебная гимнастика, мануальная терапия, механотерапия, упражнения на тренажерах, в воде и т.п.), и формирование на их основе комплексных методик лечения. Актуальность данной темы объясняется бурным ростом медицинской науки и ее интеграции со смежными областями знаний (нейрофизиология, биология, биофизика, кибернетика, психология, новейшие технологии), взаимопроникновением отечественных и зарубежных методов кинезологического лечения.

Значение кинезотерапии (синоним ЛФК) в комплексном лечении заболеваний внутренних органов и опорно-двигательного аппарата в наше время существенно возрастает, потому что она использует наиболее физиологические методы коррекции функциональных и морфологических нарушений в организме человека.

Последнее десятилетие показало неизбежность интеграции разных видов физической терапии, основанных на принципе движения. Эта проблема ставит перед медицинской наукой задачу создания инновационных методик, соответствующих клиническим особенностям нарушений в организме при конкретном заболевании.

Каждому специалисту, творчески работающему в системе физического лечения и реабилитации, сегодня ясно, что достигнуть высокого лечебного результата можно, только разумно комплексировав пассивные (медицинский массаж, шиацу, акупрессура, позиционная мобилизация) и активные (постизометрическая-постреципрокная релаксация мышц, корригирующая, дифференцированная лечебная гимнастика,



упражнения на тренажерах) средства и формы ЛФК.

Это способствует восстановлению и формированию у больного оптимального статического и динамического стереотипа, предоставляет возможность параллельно, а затем и специально, рефлекторным путем, воздействовать с лечебно-профилактической целью на внутренние органы, получая максимальный эффект от проводимого лечения.

1. Средства биоэкономического психофизического тренинга (БПФТ). Термин «биоэкономика» означает экономичность жизнедеятельности организма человека, достижение оптимального уровня жизнедеятельности при минимальных затратах энергии.

Энергетические затраты бывают энтропийными – избыточными и неэнтропийными – неизбыточными. Болезнь – это излишние, энтропийные энергозатраты, например учащение дыхания, сердцебиения в покое (как при физической нагрузке!) при патологии кардиореспираторной системы.

Термин «психомоторика» (син. психомоторный – психофизический) предложен выдающимся русским

физиологом И.М.Сеченовым, обозначает все виды активности в виде движения и его психологического восприятия и коррекции.

Биоэкономика внешнего дыхания в наибольшей степени определяет уровень экономичности психофизической деятельности, а следовательно, и тесноту его корреляции с основными параметрами психосоматического состояния; внешнее дыхание занимает доминирующее место в энергетике биологических систем. Уровень экономичности внешнего дыхания в первую очередь определяется объемом легочной вентиляции. Ее изменения в сторону увеличения или уменьшения определяют противоположные изменения продуктивности внешнего дыхания, характеризующиеся возрастанием утилизации кислорода тканями организма, а следовательно, и установлением нормокапнии, увеличением аэробных резервных возможностей дыхательного аппарата.

Наш опыт преподавания методологии БПФТ свидетельствует о том, что у лиц, недостаточно осведомленных в области физиологии дыхания, искреннее недоумение вызывает утверждение, что значительное увеличение объема легочной вентиляции со-

проводится снижением утилизации кислорода тканями организма, в конечном итоге приводящим к гипоксии, увеличение объема вдыхаемого воздуха вызывает турбулентность. Наталкиваясь в своем движении к альвеолярному пространству на стенки бронхов, поток воздуха создает завихрения. В результате этого определенная часть воздуха не достигает альвеол, циркулируя в мертвом пространстве легких, состоящем из трахей, крупных и мелких бронхов. В силу этого обстоятельства экономичность внешнего дыхания снижается: возрастающие энергетические затраты на легочную вентиляцию снижают ее продуктивность.

У больных с дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью ощущения удушья, недостатка воздуха, как правило, происходят на фоне резкого возрастания объема легочной вентиляции в состоянии покоя и мышечной работы. В процессе развития самой тяжелой формы неспецифической легочной патологии – бронхиальной астмы – резкое усиление объема вдыхаемого воздуха сопровождается увеличением имеющегося бронхоспазма. В итоге экономичность легочной вентиляции регрессирует, приближаясь к уровню, вызывающему предельное истощение энергетического потенциала организма, что не исключает и летальный исход.

Психологическая значимость рационального уменьшения объема легочной вентиляции до оптимального уровня, вызывающего оптимальное для данной ситуации увеличение продуктивности внешнего дыхания, подтверждается ее динамикой в микро- и макромодулярных циклах развития человека. Многочисленными исследованиями доказано, что произвольное уменьшение объема легочной вентиляции, отрицательно коррелирующее с возрастанием ее продуктивности, является ведущим признаком гармонического развития основных параметров психосоматического состояния детей и взрослых.

Из этого следует, что разработанная нами методика произвольной экономизации дыхания выгодно отличается от многочисленных вариантов дыхательной гимнастики «полного дыхания». Она в большей степени соответствует закодированной в организме программе повышения его экономичности до оптимального уровня в каждом возрастном периоде его развития. Произвольная экономизация внешнего уровня только

способствует удачному завершению постоянного поиска дыхательным центром оптимального режима легочной вентиляции, что прежде всего подтверждается автоматизацией произвольного уменьшения объема легочной вентиляции. Это значит, что дыхательный центр «одобряет» данный режим произвольной регуляции дыхания и начинает стабильно использовать его в процессе произвольной регуляции.

Стремление дыхательного центра к повышению экономичности произвольного внешнего дыхания подтверждают и результаты математического моделирования variability дыхательных циклов (В.В.Гневушев, 1993). Оказалось, что в чередующихся на протяжении нескольких минут дыхательных циклах превалирует тенденция к снижению объемов легочной вентиляции в фазах вдоха и выдоха в секундных интервалах времени. Однако при воздействии неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды, недостаточной психофизической тренированности эта тенденция не достигает той степени развития, которая необходима для выражения необходимой степени экономизации легочной вентиляции.

1.1. Развитие навыков произвольной экономизации внешнего дыхания.

Происходит в исходных положениях лежа, сидя и стоя. В этих условиях покой является изометрическим, сочетающимся с изометрической мышечной деятельностью, фиксирующей положение тела сидя и стоя. Точность произвольного управления объемом легочной вентиляции, необходимой для достижения поставленной цели, определяется наличием управляющего параметра, увеличение или уменьшение которого в наибольшей степени определяет соответствующие изменения объема легочной вентиляции в ее микро- и макромодулярных циклах.

В доступной литературе, посвященной вопросам произвольного управления дыханием, мы не нашли данных, посвященных разработке управляющего параметра легочной вентиляции. Авторы чрезвычайно многочисленных вариантов «дыхательной гимнастики», или «дыхательных упражнений», считают, что предполагаемый ими положительный эффект достигается увеличением или уменьшением длительности вдоха и выдоха и дыхательного объема.

Однако выполненные нами экспериментальные спирографические исследования показали, что выполне-

ние исследуемых заданий: «дышите реже», «дышите чаще», «дышите с большей глубиной», «дышите с меньшей глубиной», как правило, приводят к одному и тому же результату – увеличению минутного объема дыхания. Он является следствием возрастания возбуждения дыхательного центра, возникающего и усиливающегося при переходе с произвольного дыхания и на непривычное произвольное.

Дальнейшие исследования этого процесса привели к заключению, что управляющим параметром процесса произвольной экономизации внешнего дыхания являются секундные дыхательные объемы вдоха и выдоха. Их произвольные изменения в сторону увеличения или уменьшения точно определяют конечный результат произвольной регуляции, увеличение или уменьшение объемов легочной вентиляции. Таким образом, роль управляющих параметров произвольной и произвольной экономизации дыхания принадлежит секундным дыхательным объемам вдоха и выдоха. Овладение регуляцией управляющего параметра дыхания детьми и взрослыми облегчается «еле дующими» указаниями: вдыхайте и выдыхайте воздух тонкой струйкой (без проявления дыхательных шумов и напряжения); представьте себе, что вы осторожно вдыхаете аромат цветка или духов.

Используемая в БПФТ методика произвольного уменьшения объема легочной вентиляции должна быть поливариантной, т.е. рассчитанной на развитие навыков произвольного воспроизведения не одного, а многих дыхательных циклов, способствующих установлению ламинарного (малого) потока воздуха в фазах вдоха и выдоха. В начальной стадии развития навыков произвольной регуляции уменьшения объема легочной вентиляции наименьшие трудности вызывает воспроизведение следующего дыхательного цикла:

1) время вдоха увеличивается до 3–6 с с одновременным вдыханием воздуха тонкой струйкой, т.е. обязательным использованием управляющего параметра произвольной экономизации дыхания;

2) выдох может выполняться в одном из двух вариантов – быть произвольно или произвольно направленным на большее удлинение времени вдоха по отношению к выдоху, что обуславливает и большее уменьшение секундных дыхательных объемов выдоха по отношению к их величинам в фазе вдоха.

При выполнении этих правил объем дыхательного цикла возрастает, сочетаясь с уменьшением частоты дыхания. По мере автоматизации и совершенствования этого навыка дыхательный объем уменьшается при большем увеличении длительности вдоха и выдоха.

В процессе усвоения навыка в произвольном воспроизведении данного дыхательного цикла необходимо точно придерживаться следующих рекомендаций:

- в фазах вдоха и выдоха не должно появляться дыхательных шумов, необычного для произвольного дыхания в покое усиленного движения грудной клетки; следует стремиться к тому, чтобы они были все менее заметными; не следует резко снижать секундные дыхательные объемы вдоха и выдоха, что вызывает ощущение постороннего глаза;
- вдох не должен быть предельным по глубине, в момент его окончания должна сохраняться возможность его продолжения хотя бы на протяжении 2–3 с; последующий за этим выдох выполняется вплоть до окончательного завершения.

Следует иметь в виду, что:

- возникающее при недостатке воздуха и желании отдышаться напряжение неизбежно повышает энергетическую стоимость дыхательного акта;
- в самом начале усвоения навыка произвольной экономизации внешнего дыхания в покое 20–30% больных с хроническими неспецифическими патологическими нарушениями функционирования дыхательного аппарата заявляют о невозможности удлинения вдоха даже до 3 с.

Причина такого ограничения возможностей произвольного управления дыханием заключается в развившейся и ставшей стабильной гипервентиляции. Под ее воздействием каждый произвольный вдох выполняется за время, меньшее 1 с, с завышенной глубиной. Устойчивость такого режима произвольной регуляции дыхания подтверждается в первых попытках произвольного удлинения вдоха. Для преодоления данного препятствия в усвоении навыка произвольной экономизации дыхания прежде всего следует создать соответствующую психологическую установку, являющуюся одним из вариантов суггестивного психопотенцирования произвольного управления легочной вентиляцией. Его словесная формулировка гласит:

«Вы можете без значительных усилий легко растянуть вдох на несколько секунд, вдыхая воздух тонкой струйкой». И тут же обучаемым предлагается облегченный вариант усвоения разучиваемого навыка: вдох медленно выполняется сквозь неплотно сжатые губы при зажатом пальцами носе. Как правило, все легко справляются с этим заданием, растягивая вдох на 5–6 с. Причем поток вдыхаемого воздуха через малую щель между губами достигает необходимого минимума. После успешного выполнения данного задания переход на произвольное экономичное дыхание через нос не составляет трудностей.

Обязательным условием развития навыка произвольной экономизации



в покое является выполнение вдоха и выдоха через нос. При нарушении носового дыхания его экономичность значительно снижается. При наличии у больных хронического насморка, гайморита, препятствующих дыханию через нос, необходимо их устранение.

На протяжении всего процесса усвоения, автоматизации и совершенствования навыков произвольной автоматизации дыхания в состоянии относительного покоя следует использовать смешанный тип дыхания, включающий дыхательные движения грудной клетки и передней стенки живота. Их компенсирование на протяжении акта вдоха и выдоха снижает напряжение, сохраняет малые, незаметные для посторонних глаз дыхательные экскурсии. У сравнительно небольшой части обучаемых первоначальные затруднения в усвоении биоэкономического навыка в покое успешно устраняются при совершении вдоха и выдоха дыхательными движениями передней стенки живота.

Необходимо отметить, что процесс развития биоэкономического навыка

внешнего дыхания в покое с малыми амплитудами дыхательных движений грудной клетки и живота в значительной степени увеличивает их максимальную подвижность. В процессе занятий БПФТ следует периодически регистрировать степень увеличения экскурсий передней стенки живота и грудной клетки.

В соответствии с многочисленными данными антропометрических исследований экскурсия передней стенки живота у женщин является показателем состояния мускулатуры матки – ее силы, эластичности, подвижности, сопротивления к разрывам при родах.

1.2. Физические упражнения.

Их выполнение в занятиях БПФТ является эффективным средством повышения экономичности психофизической деятельности и развития комплексного психореспираторно-моторного биоэкономического навыка. В аспекте методологии БПФТ физические упражнения представляют собой динамическую, изометрическую, релаксационную мышечную деятельность, выполнение которой направлено на прогрессирующее повышение ее экономичности. Физические упражнения являются наиболее эффективным методом обучения занимающихся БПФТ экономической регуляции мышечной деятельности, ее комплексирования с психопотенцированной произвольной экономизацией внешнего дыхания. Развивающийся в этих условиях комплексный биоэкономический навык начинает полуавтоматически и автоматически использоваться в учебе, домашнем и профессиональном труде.

1.2.1. Изотонические (динамические) физические упражнения.

Состоятся из самых разнообразных циклических и ациклических движений мышц шеи, корпуса, рук и ног. Количество таких движений, превращенных в динамические физические упражнения, огромно и не поддается окончательному подсчету.

Соответствие выполнения динамических физических упражнений режимной и фазовой лимитации их энергетической стоимости достигается выбором исходного положения, количества включаемых в движение мышечных групп, амплитуды движений (от минимальной до предельной), скорости их выполнения и степени физического усилия, определяющегося по степени снижения, сохранения на прежнем уровне отно-

сительного покоя или повышения их энергетической стоимости.

Такая регуляция динамических физических упражнений создает оптимальные условия для их сочетания с произвольной экономизацией дыхания, необходимого для развития комплексного биоэкономического навыка психореспираторно-моторной деятельности.

1.2.2. Изометрические (статические) физические упражнения. Способствуют включению в комплексный биоэкономический навык изометрического компонента. Установлено, что изометрическая физическая деятельность требует меньших энергетических затрат, чем динамическая.

При генеральном, предельном по напряжению, изометрическом сокращении всех мышечных групп тела энергетические затраты определяются либо в пределах их умеренного режима, либо они приближаются к 1/2 их среднего уровня – частота сердечных сокращений возрастает до 18–19 за 10 с.

От мышц, включенных в изометрию, в нервные центры поступает поток слабых проприоцептивных раздражений, стимулирующих развитие адаптационной реакции экономизации психофизической деятельности. Причем этот процесс развивается наиболее эффективно, что, по данным М.Р.Могендовича и И.Б.Темкина, определяет значительное преимущество изометрических физических упражнений перед динамическими. По их данным, выполнение изометрических физических упражнений повышает возможности «локальной регуляции мышечной деятельности», а это повышает уровень экономичности психофизической деятельности.

Одновременно формируется навык избирательного сокращения крупных и малых мышц тела, достигается умение сокращать мышцы в каждой точке шеи, корпуса рук и ног. По приложенным к мышце пальцам ощущается ее произвольное сокращение. По нашим наблюдениям, одновременное 8–12-секундное среднее по интенсивности, последовательное сокращение всех мышечных групп тела позволяет лежа в постели устранить возбуждение, психофизический дискомфорт, мешающий уснуть.

В практике БПФТ изометрические физические упражнения выполняются в двух вариантах.

В первом из них они совершаются без изменения начального исходно-

го положения лежа, сидя или стоя. Мышечные группы включаются в изометрическое сокращение поочередно или одновременно. Преимущество этого варианта выполнения изометрических упражнений проявляются в возможности их использования в малоподвижной работе, в длительных утомительных заседаниях, в ожидании своей очереди на прием к должностному лицу или врачу и т.п. без привлечения внимания окружающих к своей особе. При этом кратковременное 2–3-минутное выполнение изометрических физических упражнений обладает большим экономизирующим воздействием, чем совершающееся в большем отрезке времени динамические физические упражнения.

Второй вариант изометрических упражнений заключается в их выполнении в виде фиксирования в исходных положениях лежа, сидя и стоя разных поз тела, способствующих



возрастанию подвижности с одновременным увеличением до оптимума изометрической силы и выносливости.

В аспекте биоэкономики эти изменения должны сочетаться с возрастающей экономичностью выполнения изометрических поз. Для достижения характерного для них взаимодействия продуктивности и энергостоимости в каждой изометрической позе регулируются средняя степень изометрического напряжения и 10-секундная длительность его непрерывного сокращения в сочетании с произвольной экономизацией внешнего дыхания и психопотенцированием.

Каждая из изометрических поз принимается медленно, на протяжении удлинённого вдоха с произвольным

уменьшением его секундных дыхательных объемов. Окончательное принятие изометрической позы завершается произвольным выдохом. Затем она сохраняется в течение 2–3 дыхательных циклов произвольного уменьшения объемов легочной вентиляции.

Последующий переход в исходное положение происходит так же постепенно, на протяжении удлинённого вдоха с произвольным уменьшением его секундных дыхательных объемов. Экономичное совершение изометрической позы подтверждается сохранением в следовой реакции экономичного произвольного дыхания без появления желания отдышаться.

В проведении занятий БПФТ лечебным, оздоровительным и профилактическим воздействием целесообразно выполнение изометрических поз. Их включение в общий биоэкономический навык способствует восстановлению или сохранению оптимальной подвижности, формированию правильной осанки и, следовательно, профилактике развития ее нарушений в виде сколиозов, кифозов и лордозов. Одновременно систематическое выполнение изометрических поз является эффективным средством лечения остеохондроза или профилактики его развития. Их наибольший лечебный, оздоровительный или профилактический эффект достигается в интеграции с развивающимся комплексным биоэкономическим навыком.

1.2.3. Релаксационные физические упражнения. Характерно, что у значительной части детей и взрослых, занимающихся физической культурой в учебных заведениях, отмечается неумение расслаблять свою мускулатуру. В отдельных случаях этот недостаток отмечается и у спортсменов.

Развитие релаксации в покое облегчается в результате психопотенцирования произвольной экономизации дыхания в покое, направленного на появление ощущения тяжести в теле. Поднятые преподавателем руки занимающихся незамедлительно падают вниз. Усваивается расслабление пальцев и кистей рук. При поворотах тела они болтаются, как у тряпичной куклы. По мере совершенствования этого навыка усваивается релаксация всех мышц тела. Этот процесс облегчается совершенствованием изометрии. После окончания релаксации включившиеся в нее мышцы расслабляются с од-

новременным увеличением кровотока, обеспечивающего улучшение их трофики. В итоге усвоения и совершенствования релаксации в состоянии относительного покоя комплексный биоэкономический навык обогащается готовностью выполнения психофизических действий с возрастающей степенью пластичности и экономичности.

1.2.4. Идеомоторные упражнения – мысленное представление и воспроизведение разных движений и перемещений. Они позволяют сохранять «мышечную память», поддерживая условные рефлекторные связи между центральной нервной системой и мышечными группами, способствуют раннему восстановлению двигательных навыков.

1.3. Методы развития биоэкономических навыков психопотенцирования.

Основываются на развитии у занимающихся умения концентрировать свое внимание на процессе произвольной экономизации внешнего дыхания в покое, в физической деятельности, определяющейся уменьшением объема легочной вентиляции. Психопотенцирование, т.е. усиление этого процесса, достигается мысленным воспроизведением на протяжении всего выполнения произвольной экономизации дыхания кратких по содержанию формул самовнушения. На основании психопотенцирования экономизирующего внешнего дыхания возникает и его избирательный эффект, превращающий дыхание в результативное средство локального, как лечебного, так и оздоровительного, воздействия на биосистему организма.

Метод вербального психопотенцирования – психологические усиления произвольного уменьшения объема легочной вентиляции в состоянии относительного покоя в исходных положениях лежа, сидя или стоя в сочетании с релаксацией или при выполнении мышечной работы (динамической, изометрической) совершаются вследствие воспроизведения лаконичных вербальных (словесных) формул внушения (гетеросуггестии) и самовнушения (ауто-суггестии).

Физическое и психическое состояния человека тесно связаны и взаимно обусловлены. Великий русский физиолог И.П.Павлов утверждал, что слово для человека является таким же реальным раздражителем, как и другие факторы внешней среды,

поэтому воздействие словом (вербальное психопотенцирование процедуры) оказывает свое лечебное действие не меньше, чем физический агент. Практически все виды патологии сопровождаются нейропсихическими реакциями и со временем вызывают невроты, что затрудняет лечение, утяжеляет течение заболевания, искажает симптоматику и клиническое течение болезни, замедляет выздоровление. Медицинский работник обязан владеть основами психокоррекции, постоянно использовать ее в своей



практической работе. Для этого не требуется отводить специальное время, так как психотерапевтическое опосредование можно проводить во время процедуры. Используют два вида психотерапевтической подготовки: рациональную и суггестивную психотерапию.

1.3.1. Рациональная психотерапия основана на логическом рассуждении, разъяснении и убеждении пациента в необходимости применения данного метода терапии, что устраняет стресс, страх перед болью, неуверенность в себе и результате лечения. Лечащий специалист должен установить доверительный контакт с больным. Для этого нужна доброжелательность в общении, внимание, терпение, вежливость и тактичное обращение с пациентом. Необходимо обдумать каждое слово, прежде чем дать совет, в противном случае можно нанести психическую травму, особенно мнительному больному.

Насильственное воздействие на психическую сферу пациента через эмоционально-волевое подчинение приводит к развитию нездоровой зависимости от специалиста, разрушает психоволевую защиту, снижает имму-

нитет, негативно сказывается на физическом и психическом здоровье.

1.3.2. Суггестивная психотерапия основана на воспроизведении лаконичных вербальных (словесных) формул внушения в состоянии бодрствования, которые направлены на достижение больным физиологического экономичного стереотипа дыхания и общей мышечной релаксации, что активизирует адаптационно-компенсаторные механизмы ауторегуляции и иммунитета. Вследствие этого устраняется напряжение

корковых структур центральной нервной системы, нормализуются гемодинамика, метаболизм, трофические процессы, регенерация, уменьшаются или исчезают боль, неприятные ощущения и другие объективные и субъективные признаки болезни. Лаконичные фразы внушения, произносимые специалистом, незамедлительно мысленно повторяются занимающимися, определяя их психопотенцирующее воздействие на дополнительное произвольное уменьшение объема легочной вентиляции. В дальнейшем совершенствовании усвоенного процесса психопотенцирования его вербальные формулы приобретают избирательную направленность. Так, например, «вдох» вызывает ощущение тепла в области одного или нескольких внутренних органов – сердца, желудка, печени, почек и др. Вдох восстанавливает утраченные движения вследствие паралича или пареза. Вызванное психопотенцированием вдоха тепло устраняет боль, астматическое удушье, невротическое состояние. Психопотенцированный вдох способствует устранению психофизических патологических нарушений, возникших вследствие пережитого стресса.

В процессе систематического БПФТ усвоенные занимающимися методы произвольного психопотенцирования автоматизируются. Это создает возможность достигать высокого экономизирующего или избирательного лечебного, оздоровительного или профилактического эффекта путем сочетания произвольной экономизации внешнего дыхания двумя-тремя ключевыми словами или мысленно воспроизводимыми образами нужного воздействия. Одновременно все в большей степени возрастает удельный вес психопотенцирования в учебе, домашнем и профессиональном труде, отдыхе, где оно полуавтоматически и автоматически усиливает и поддерживает на стабильном уровне процесс произвольной экономизации психофизической деятельности с его коррекцией, с признаками улучшения психосоматического состояния.

Нравственно недопустимы психотерапевтические суггестивные подходы, основанные на подавлении личности больного, унижении его достоинства, изменении сознания (гипнотический транс и т.п.), а также применение оккультных методик, часто маскирующихся под научную психотерапию.

1.3.3. Проблема боли в психотерапевтическом лечении занимает ведущее место. Скрытые или явные очаги патологии нарушают функции вегетативной нервной системы, служат причиной головных болей. Нарушенная чувствительная проприоцептивная регуляция является причиной локальных болей и формирует болевую доминанту в головном мозге. Возникают эндогенные депрессивные состояния, которые, как правило, подтверждают наличие функциональной или органической патологии. Они нередко принимаются за нарушения экзогенного характера, которые связаны со стрессом, нервным перенапряжением на работе, конфликтом в семье.

Чистая психогенная боль встречается редко. Ее отличие от боли органической состоит в том, что пациент не может точно выразить своих ощущений, его данные противоречивы, абстрактны, он не в состоянии указать точную локализацию боли. Психогенная боль крайне редко бывает острой, резкой, пульсирующей, с иррадиацией. Больные говорят о чувстве «тяжести», «онемения», «покалывания», «жжения», мысли выражают неконкретно. Вполне понятно, что в клинической практике оба фак-

тора – эндогенный и экзогенный – накладываются друг на друга с преобладанием одного из них. Тем не менее можно утверждать, что в основе невротических состояний лежат функциональные и органические расстройства, которые оказывают негативное воздействие на психику. Обратная связь выражена меньше и доминирует редко.

Медицинский работник, часто уставивший психосоматическую боль, – плохой специалист.

В заключение заметим: не надо быть многословным, нужная фраза, сказанная вовремя, обладает намного большей эффективностью и поддерживает авторитет специалиста в глазах пациента. Не следует придерживаться определенных стереотипов в общении, желательнее на каждой процедуре правильно понять душевное настроение пациента и действовать соответственно. Для этого нужен не только общий высокий профессиональный и интеллектуальный уровень специалиста, но и просто жизненный опыт.

1.4. Закаливание.

Представляет собой процесс повышения устойчивости организма человека к перегреванию, переохлаждению, устранения или уменьшения ухудшения психосоматического состояния вследствие перепадов атмосферного давления или перемены климатических условий. В специальной и популярной литературе, посвященной физической культуре, закаливание трактуется как один из основных факторов ее благоприятного воздействия на психосоматическое состояние. В структуре БПФТ закаливание является эффективным средством повышения экономичности БПФТ, устойчивости и возрастающей эффективности его лечебного, оздоровительного и профилактического воздействия на психосоматическое состояние детей и взрослых. Имеются все основания рассматривать закаливание как биоэкономический навык, комплексизирующий по мере его усвоения, автоматизации и совершенствования со всеми остальными биоэкономическими навыками, приобретенными на занятиях БПФТ. Такая интеграция расширяет диапазон закаливания. К перечню его уже описанных воздействий добавляется повышение устойчивости организма к развитию аллергических реакций. Последнее становится возможным благодаря экономизирующему и избирательному лечебному воздействию суггес-

тивного психопотенцирования произвольной экономизации дыхания как в положении относительного покоя, так и совершения динамической и изометрической психофизической деятельности.

1.5. Самомассаж.

Представляет собой ручное или аппаратное воздействие в виде поглаживания, растирания, разминания, выжимания, вибрации и т.д. мышц тела. Приемы самомассажа оказывают механическое воздействие на кожу, подкожную клетчатку, жировые отложения, мышцы, связки и суставы. В отличие от массажа, выполняемого профессиональными массажистами, самомассаж выполняется, как правило, дилетантами в этой области. В силу этого обстоятельства все приемы самомассажа упрощены.

В БПФТ самомассаж используется как метод дополнительного уменьшения энергостойкости относительного покоя, обуславливающий повышение его экономичности. Снижение имевшегося дефицита или повышение резерва сочетается с улучшением психосоматического состояния. Результативно выполненный самомассаж создает благоприятные предпосылки для проведения суггестивного и идеомоторного психопотенцирования произвольной экономизации внешнего дыхания. В свою очередь использование этого биоэкономического навыка во время самомассажа повышает степень его экономизирующего воздействия. При этом самомассаж приобретает качества регулятора и стимулятора избирательного воздействия психопотенцирования.

2. Формы БПФТ.

Являются вариантами комплексного использования всех основных средств развития биоэкономических навыков. Именно при их использовании в каждом занятии БПФТ происходит интеграция развивающихся навыков в единое целое.

Основными формами БПФТ являются гимнастика, ходьба, бег, плавание и игры. В результате их комплексного использования в занятиях БПФТ осуществляется дидактический принцип разностороннего воздействия. В частности, создается благоприятная возможность автоматизации совершенствования усвоенных биоэкономических навыков в разных исходных положениях – лежа, стоя, сидя, стоя на четвереньках и т.п., при передвижении в пространстве в ви-

де ходьбы и бега, в плавании и играх. Комплексование форм БПФТ следует осуществлять как в каждом занятии, так и на протяжении всего периода систематического проведения. Последнее особенно необходимо при проведении «моноформных» занятий БПФТ с использованием только одной из основных форм. Необходимо отметить, что каждая из основных форм БПФТ рассчитана на комплексование как нескольких, так и всех средств развития биоэкономических навыков в избранной в соответствии с целями и задачами занятия последовательности.

Таким образом, комплекс каждой формы БПФТ включает суггестивное и идеомоторное психопотенцирование произвольной экономизации дыхания в покое и при выполнении мышечной работы, а также самомассажа и закаливания. При этом особенности совершения мышечной работы и определяют специфику форм БПФТ. Взаимодействие форм БПФТ проявляется в стимулировании разносторонней автоматизации и совершенствования приобретенных биоэкономических навыков, что в свою очередь способствует прогрессирующему повышению уровня БПФТ.

2.1. Гимнастика.

В качестве формы БПФТ отличается выполнением динамических, изометрических, релаксационных физических упражнений в исходных положениях лежа, сидя и стоя. Мощным фактором прогрессирующего повышения их экономичности являются одновременно использующиеся биоэкономические навыки суггестивного и идеомоторного психопотенцирования произвольной экономизации внешнего дыхания, самомассажа, закаливания. Характерно, что все варианты суггестивного, вербального психопотенцирования в условиях бодрствования усваиваются в гимнастике. Она же является единственной формой, обеспечивающей развитие идеомоторного психопотенцирования процесса экономизации психомоторной деятельности.

Каждое занятие лечебной гимнастикой проводится по определенному плану, который включает 3 раздела: подготовительный (вводный), основной и заключительный.

Вводный раздел носит характер разминки и имеет целью подготовку занимающихся к выполнению специальных упражнений на фоне повышенного уровня жизнедеятельности

организма, достигнутого в результате выполнения нескольких общеразвивающих упражнений с постепенно нарастающей нагрузкой и последовательно охвативших все мышцы. По длительности он занимает от 10 до 20% общего времени.

Основной раздел занимает 60–80% всего времени, отводимого на занятие, и состоит из специальных упражнений, способных оказать положительное влияние на восстановление и совершенствование нарушенных функций, а при их утрате – на выработку компенсаторных механизмов и навыков. Специальные упражнения должны чередоваться с упражнениями общеразвивающими. Их соотношение определяется степенью выраженности заболевания и режимом движений, обуславливающим допустимые физические нагрузки. На данном этапе физиологическая нагрузка должна быть наибольшей.

Заключительный раздел по времени занимает 10–20% общего времени и выполняет задачу постепенного снижения нагрузки. При необходимости более быстрой нормализации повышенной деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхательного аппарата используют медленную спокойную ходьбу в сочетании с углубленным дыханием. Если необходимо снизить чрезмерное эмоциональное возбуждение после игры, применяют простейшие упражнения на внимание и упражнения с необычной координацией, что усиливает тормозные процессы в коре большого мозга и снижает возбуждение.

2.2. Ходьба.

Особенно охотно рекомендуется врачами как лечебный и оздоровительный вид тренировки, устраняющий гипокинезию.

Экспериментальные наблюдения В.В.Гневушева и Ю.П.Краснова (1972 г.) показали, что положительное или отрицательное воздействие ходьбы на психосоматическое состояние детей и взрослых в первую очередь зависит от ее экономичности. Ее прогрессирующее возрастание в ходьбе как форме психофизической тренировки достигается взаимодействием следующих предельно усвоенных в гимнастике биоэкономических навыков: суггестивного вербального психопотенцирования по второму варианту произвольной экономизации внешнего дыхания, при медленном, среднем или быстром темпе передвижения.

В результате автоматизации и совершенствования произвольной экономизации дыхания в гимнастике ее использование в ходьбе не представляет трудности. Внимание концентрируется на произвольном уменьшении секундных дыхательных объемов вдоха с последующим произвольным выдохом. После его окончания возможна короткая, не вызывающая затруднений задержка дыхания. В процессе ходьбы на каждую фазу произвольной экономизации дыхания (вдоха, выдоха, задержки дыхания) делается несколько шагов, количество которых не подсчитывается. В каждой фазе произвольной экономизации дыхания они должны распределяться таким образом, чтобы не вызвать непроизвольного увеличения объема легочной вентиляции в виде одышки.

Сохранение экономичного режима ходьбы на всем ее протяжении подтверждается соблюдением следующих рекомендаций: сохранение дыхания через нос без волевого преодоления желания открыть рот и отдышаться; использование в качестве индикатора экономичности ходьбы произвольного уменьшения секундных дыхательных объемов вдоха, завершающегося легким непроизвольным выдохом; выполнение всех видов ходьбы в режиме лимитирования умеренных энергетических затрат. Целесообразно соблюдение оптимального лимита умеренной энергетической стоимости, ограничивающего возрастание частоты сердечных сокращений не выше 14 за 10 с.

2.3. Бег.

Целесообразность использования бега в лечебных, оздоровительных и профилактических целях является предметом дискуссии. По Г.Гилмору, автору получившей широкую популярность книги «Бег ради жизни», занятие бегом является одним из наиболее эффективных средств устранения гипокинезии и обусловленных ею ухудшений здоровья. Многочисленные исследования утверждают, что лечебное и оздоровительное воздействие бега в режиме средних и больших энергозатрат в ряде случаев превращает «бег от инфаркта» в «бег к инфаркту». Это заключение не голословно, оно основывается на многочисленных фактах значительного ухудшения состояния, а также и смерти лиц, занимающихся бегом по методике Г.Гилмора.

Для приведения противоположных оценок влияния бега на организм человека к единому знаменателю сле-

дует обратиться к поиску единого оптимального варианта его проведения на занятиях физической культурой у школьников и студентов, в групповых и индивидуальных тренировках лиц молодого, среднего и пожилого возрастов. С позиций методологии БПФТ действительно огромный потенциал лечебного, оздоровительного, профилактического воздействия бега полностью реализуется при его проведении как формы комплексного использования средств развития биоэкономических навыков с пунктуальным фазовым и режимным лимитированием его энергетической стоимости.

2.4. Плавание.

Биоэкономическая специфика плавания заключается в наибольшей экономичности психофизической деятельности в водной среде. Снижение до минимума энергетической стоимости составляющей плавание динамической, изометрической и релаксационной деятельности происходит благодаря 10-кратному уменьшению в воде массы тела. Таким образом, эта форма комплексного использования средств развития биоэкономических навыков создает значительные дополнительные возможности для достижения индивидуальной, соответствующей возрасту, полу, генотипу, здоровью вершины экономичности психофизической деятельности.

При проведении плавания по принципам БПФТ возникают наиболее благоприятные возможности усвоения релаксации с ее одновременным распространением на все мышечные группы тела в сочетании с их включением в минимальную по степени напряжения динамическую и изометрическую деятельность. Наиболее глубокая релаксация достигается в положении лежа на спине с минимальными движениями, поддерживающими тело на плаву. Релаксация сочетается с суггестивным психоопотенцированием произвольной экономизации дыхания. Возрастающая в воде теплоотдача способствует повышению утилизации кислорода биосистемами организма при одновременном уменьшении до минимума секундных дыхательных объемов вдоха и выдоха, что в соответствующей степени уменьшает энергетическую стоимость психофизической деятельности. Развивается умение сочетать мощные гребки с предельной релаксацией работающей мускулатуры, а также с наиболее экономичным внешним дыханием.

2.5. Игры.

Эта чрезвычайно обширная по содержанию форма БПФТ также вносит свой существенный вклад в процесс прогрессирующего повышения экономичности психофизической деятельности в ее самых разных вариантах. Ее целью является развитие экономической психофизической установки, устраняющей страх поражения, который в качестве даже недостаточно осознанной, но достаточно мощной мотивации снижает возможность результативных противодействий действиям противника и ведет к поражению. Достижение высокого резерва уровня экономичности психофизической деятельности в занятиях БПФТ позволяет пол-



ностью исключить во время игры явление сверхусилия и сверхнапряжения, характеризующегося резким возрастанием избыточной энергетической стоимости психофизической деятельности. Обусловленный ею рост дефицита экономичности психофизической деятельности неизменно ведет к снижению игровой работоспособности, умножению количества ошибок.

Отметим, что игра как лечебная или оздоровительная форма БПФТ должна предпочтительно проводиться в режиме умеренной энергетической стоимости игровой психофизической деятельности. Этим создаются благоприятные предпосылки для прогрессирующего повышения экономичности психофизической установки, позволяющей победить без предельного психологического и физического напряжения. Как и в остальных формах БПФТ, главная роль в игре принадлежит комплексному полуавтоматическому или автоматическому использованию приобретенных биоэкономических навыков.

Педагогические принципы проведения занятий БПФТ:

1. Индивидуальный подход к больному исключительно важен. Для этого следует предварительно изучить его двигательные возможности, характер заболевания, степень нарушения функций и др. При составлении программы физкультурных занятий следует учитывать также возраст, пол, профессию и способность к приспособляемости к физическим нагрузкам.
2. Сознательное и активное участие больного в процессе собственного лечения является важным принципом и достигается путем умелого объяснения и подбора упражнений, при выполнении которых больной

убеждается в совершенствовании своих двигательных умений, улучшении показателей физического развития и общего состояния.

3. Постепенность является необходимым условием успешного восстановления и совершенствования нарушенных функций. Этот принцип постепенного увеличения количества и интенсивности физических упражнений должен выполняться как в отдельных занятиях, так и на протяжении всего курса лечения.

4. Длительность занятий обеспечивает закрепление и совершенствование результата лечения. Занятия должны проводиться сравнительно длительное время без продолжительных перерывов. Не следует прерывать их и после выписки из больницы и курса лечения в поликлинике или санатории. Ежедневные занятия физической гимнастикой должны быть частью общего режима всю жизнь, иначе утрачиваются достигнутые результаты.

5. Систематичность и последовательность выполнения упражнений предусматривают выполнение пра-

вил: от простого к сложному, от известного к неизвестному. В начале курса лечения, как правило, применяются элементарные упражнения с малой физической нагрузкой, затем упражнения усложняются и физическая нагрузка увеличивается. Не следует затягивать переход от легких упражнений к более трудным, так как при выполнении простых упражнений без какого-либо усилия и напряжения они не оказывают тренирующего влияния. Для выработки новых двигательных умений и для их разнообразия можно включать на каждом занятии два простых или одно сложное новое упражнение.

6. Поочередность выполнения общеразвивающих упражнений для разных мышечных групп со специальными упражнениями создает



условия для использования организмом физиологических механизмов «активного отдыха». Это дает возможность при необходимости увеличивать объем и интенсивность упражнений, не вызывая выраженного утомления.

7. Наглядность и доступность упражнений имеют большое значение, и особенно в занятиях с детьми, пожилыми людьми и лицами с ограниченными двигательными умениями. Упражнения по своей сложности не должны превышать возможности больных для их выполнения. У данной категории лиц объяснение упражнения должно сочетаться с его показом в зеркальном отображении.

8. Соблюдение цикличности в чередовании упражнений с отдыхом связано с необходимостью определения оптимального времени для отдыха между двумя упражнениями, которое позволяет начинать следующее упражнение в фазе суперкомпенсации, что способствует сумми-

рованию полученных результатов и приводит к достижению возможно наибольшего лечебного и тренирующего эффекта. При раздельном способе проведения занятий лечебной гимнастикой, когда упражнения выполняются отдельно одно от другого, а пауза заполняется объяснением и показом упражнения, цикличность проявляется, если пауза занимает не менее 40–50 с; при поточном способе проведения занятий с лицами тренирующего режима, когда упражнения непрерывно следуют одно за другим, пассивный отдых в сочетании с упражнениями на расслабление мышц и статистическим дыханием должен занимать 1–2 мин и может повторяться в 30-минутном занятии 2 раза, в 40-минутном – 3 раза.

9. Принцип всесторонности предусматривает применение всех возможных средств лечебной гимнастики с целью не только местного воздействия на поврежденный орган и нарушенные функции, но также общего воздействия на организм. Действуя в качестве неспецифического терапевтического лечения, лечебная гимнастика повышает общую тренированность организма, совершенствует все механизмы регуляции его жизнедеятельности. Перечисленные выше принципы являются основой для составления частных методик лечебной гимнастики и эффективного проведения занятий. Определив двигательные возможности, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и дыхательного аппарата с учетом состояния других органов и систем, возраста и тренированности больного, можно выбрать специальные упражнения, способные оказать непосредственное положи-

тельное влияние на течение заболевания и восстановление нарушенных функций.

Коррекция патологического стереотипа движения

Оптимальный статический стереотип поддерживает баланс мышечно-скелетной системы и равновесие опорно-двигательного аппарата в вертикальном положении человека. Оптимальный динамический стереотип обусловлен координированным и энергетически экономичным выполнением типичных движений в бытовой и профессиональной деятельности, при занятиях физкультурой и спортом. Формирование оптимального стереотипа – обучение пациента гармоничным, экономичным движениям и позам.

Тоническими, или постуральными, являются мышцы шеи, верхние фиксаторы плечевого пояса, поднимающие лопатку, разгибатели спины, квадратная мышца поясницы, подвздошно-поясничная, аддукторы бедра, грушевидная, ишиокруральные, трехглавая мышца голени – они адаптированы к статическим нагрузкам, поддерживают устойчивое, стабильное положение тела в пространстве, склонны к спазму и укорочению. Фазические мышцы – сгибатели шеи, нижние фиксаторы плечевого пояса, мышцы живота, ягодич, четырехглавая мышца бедра, передняя большеберцовая мышца – адаптированы к динамической работе, склонны к гипотонии и расслаблению. Суммарное нарушение иннервации приводит к мышечному дисбалансу. Верхний перекрестный синдром возникает при дисбалансе мышц шеи (верхние фиксаторы плечевого пояса) и мышц плечевого пояса и окружающих лопатку (нижние фиксаторы плечевого пояса). При этом синдроме шея и плечи смещаются вперед, формируется гиперкифоз в межлопаточной области и патологическое отведение плеча.

Нижний перекрестный синдром возникает при дисбалансе мышечного тонуса между сгибателями и разгибателями туловища: 1) вялость больших ягодичных мышц и укорочение сгибателей бедра; 2) вялость мышц живота и укорочение мышц поясницы; 3) вялость средней ягодичной мышцы и укорочение квадратной мышцы поясницы и напрягателя широкой фасции бедра. У таких больных поясничный гиперлордоз, вялые ягодичные мышцы, вялый выбухающий живот; одновременно возникает укорочение сгибателей голени.

Методика сенсомоторной активности по В.Янда основана на релаксации укороченных и активации вялых мышц. Лечебная гимнастика при патологии позвоночника – это индивидуальные упражнения на расслабление скелетной мускулатуры с чередованием упражнений на укрепление фазических мышц, но с исключением из двигательного акта тонических мышц.

Методики постизометрической и постреципрокной релаксации применимы для устранения спазма и гипертонуса мышц, но для нормализации функции сегмента тела недостаточно только расслабить укороченную мышцу, в большей степени необходимо обратить внимание на повышение активности вялой мышцы.

Методика активации мышц при их вялости

Основная цель упражнений – тренировка волевого контроля за состоянием мышцы в покое и во время произвольного усилия. Решается эта задача воспитанием чувства реальной мышцы с последующей автоматизацией этого чувства. При этом – в отличие от постизометрической релаксации – применяются большие усилия мышц.

1. Большая ягодичная мышца.

- Исходное положение сидя на корточках, руками удерживаясь за опору. При этом происходит натяжение большой ягодичной мышцы. С этого положения пациенту предлагается подняться на несколько сантиметров при выпрямленной спине. Эта поза вызывает выраженную активацию мышцы. Возможен другой вариант, когда пациент сидит на коленях с разогнутой стопой. В этом положении пациенту предлагается касаться ягодичными пятками и удерживать эту позу несколько секунд. Конечно, это упражнение возможно только при хорошей подвижности коленного сустава.

- Исходное положение лежа на животе, обе ноги повернуты носками кнаружи. Обычно уже это положение вызывает активацию больших ягодичных мышц. При выраженной гиперактивности разгибателя спины эта поза бывает недостаточной. В таких случаях требуется подкладывание под живот подушки для уменьшения гиперлордоза. В таком положении пациент лежит в течение нескольких минут. Не рекомендуется активно поднимать ноги во избежание активации разгибателей спины.

2. Средняя ягодичная мышца.

- Положение лежа на боку, нижняя нога согнута в коленном суставе. Верхняя нога на стороне активируемой мышцы пациентом поднимается кверху, при вялости этой мышцы обычно в движение вовлекаются сгибатели бедра, и отведение ноги происходит с одновременным сгибанием. Врач производит выправление позиции ноги и несколько ее поднимает, т.е. увеличивает отведение и затем внезапно убирает поддержку, активируя тем самым деятельность средней ягодичной мышцы. При повторных самостоятельных упражнениях пациенту предлагается пальпировать мышцу при отведении ноги в этом положении с целью контроля за ее активностью.



С целью «обозначения» этой мышцы полезно проведение точечной прессы для вызывания болезненности этой мышцы. При повторных упражнениях пациент должен самостоятельно пальпировать эту мышцу и производить отведение ноги без сгибания в тазобедренном суставе.

3. Прямые мышцы живота.

- Эти мышцы живота, частично и косые, способствуют посадке из положения лежа при нефиксированных ногах с упором стопами о кушетку. Это движение возможно только в том случае, если туловище перекачивается правильно. Пациент сидит, поджав ноги с упором подошвой о кушетку. В таком положении пациент должен лечь на спину, не отрывая стопы с поверхности кушетки. Выполняется это упражнение медленно, при этом пережат спина производится постепенно с позвонка на позвонок. Отрыв стоп с кушетки и падение на спину считаются ошибкой в выпол-

нении. Если пациент проделал это упражнение, то следующий этап тренировки заключается в посадке из положения лежа на спине. При этом не разрешается поддерживать стопу сверху во избежание ненужной активации разгибателей голени и подвздошно-поясничных мышц, искажающих правильное выполнение упражнения. При правильном выполнении этого упражнения происходит активация только мышц живота, особенно верхних отделов.

4. «Качание таза».

- Является более сложным упражнением, требующим одновременного вовлечения ягодичных мышц (рис. 1). Выполняется упражнение лежа на спине с согнутыми в коленях ногами, стопы прижаты

также к кушетке. При спокойном непрерывном дыхании пациент вызывает лордоз поясничного отдела позвоночника напряжением разгибателей спины, затем расслабляет их, одновременно напрягая мышцы живота и ягодицы. Этим маневром пациент прижимает поясницу к кушетке, затем при сомкнутых коленях производится подъем таза от кушетки за счет кифозирования поясничного отдела позвоночника, затем кифоз производится в нижнегрудном и грудном отделах. Нужно следить за тем, чтобы колени остались сомкнутыми при напряжении ягодичных мышц. Далее производится опускание таза за счет уменьшения кифоза в грудном, нижнегрудном и поясничном отделах. Смысл упражнения, таким образом, состоит в обучении движениям таза, координации сокращений мышц живота и ягодиц.

5. Нижняя часть трапециевидной мышцы (нижние фиксаторы лопатки).



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.

- Перед активизированием этой части мышцы обязательно нужна релаксация верхней части методом постизометрической релаксации. В положении стоя пациент активно сдвигает плечи вниз за счет повышения функции нижних фиксаторов лопатки. При этом происходит одновременная активация мышц живота, глубоких флексоров шеи и ягодичных мышц при одновременном уменьшении активности грудных мышц и поясничной порции разгибателя спины. В результате этого сложного движения происходит увеличение роста пациента за счет уменьшения поясничного лордоза и грудного кифоза. Следует обратить внимание на положение плеч: они не должны быть выдвинуты вперед (активация большой грудной мышцы!) и не должны быть сведены назад (активация межлопаточных мышц!). Полезно выполнение этого упражнения во время любой деятельности пациента: во время ходьбы, сидения и профессиональной деятельности. Пациент должен помнить команду «плечи вниз!». В положении сидя возможно выполнение этого упражнения упором локтями на

подлокотники кресла, как бы слегка провисая на них. Возможно выполнение этого упражнения в положении лежа на животе, когда производится смещение плечевого пояса в каудальном направлении за счет активности нижних фиксаторов лопатки.

6. Передняя зубчатая мышца.

- Положение пациента стоя на четвереньках, голова в горизонтальном положении (рис. 2). Тяжесть тела смещается на руки, ротируемые кистями внутрь. Затем производится медленное опускание головного конца туловища с упором на руки, при этом локти сгибаются наружу. Не разрешается лордозирование позвоночника, при этом резко снижается функция нижних фиксаторов лопатки и передней зубчатой мышцы, так как возникает крыловидная лопатка.

7. Глубокие сгибатели шеи.

- Положение пациента сидя за столом с упором на кисти, расположенные на лбу. Производится энергичное давление на кисти в течение 30–45 с. Лучший эффект достигается давлением на руки, подпирающие подбородок снизу. При этом оказывается максимальное давление сверху вниз в течение 30–50 с.

Активация проприоцепции достигается в исходной позе пациента, включающей «короткую стопу», полусогнутое и обращенное несколько наружу колено, прямой корпус, слегка согнутые в локтевом суставе руки, голова прямо. «Короткая стопа» формируется сокращением подошвенных мышц, сближающих передний и задний размеры, а также подошвенных сгибателей пальцев. Таким образом формируются обособленные афферентные потоки со стопы, икроножных мышц, коленных и тазобедренных суставов, мускулатуры туловища, особенно разгибателей спины и шеи.

Активация экстрацепции стоп достигается выполнением всех упражнений босиком на ковре с грубым ворсом.

Активация дистантных рецепторов включает использование разных инструкций специалиста лечебной физической культуры, предметов, приспособлений, применяемых для нарастающей сложности упражнений (полукруглая доска, полусферная доска, подвижный круг-твистер, батут и др.). Пользование ими предполагает активацию проприоцептивного, вестибулярного, зрительного анализаторов.



Рис. 4.

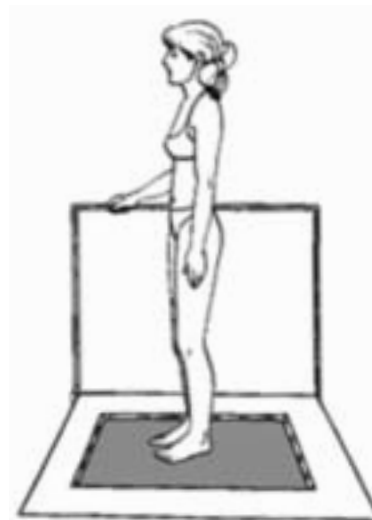


Рис. 5.



Рис. 6.

Нарастающая сложность афферентной нагрузки для правильного исполнения происходит при последовательном усложнении выполняемых нагрузок от простого к сложному, уменьшению площади и устойчивости упора.

Упражнение 1. Моделирование короткой стопы (рис. 3). Достигается это обучением сокращению плантарных мышц, уменьшающих продольный и поперечный размеры стопы, что сопровождается увеличением продольного и поперечного сводов. Увеличение свода стопы, естественно, происходит при активации мышц – разгибателей голени. Основное условие при формировании маленькой стопы – сохранение ее на всем протяжении занятий.

В этом положении выполняются упражнения по удержанию в равновесии тела при упоре на носки стопы (туловище несколько подается вперед), на пятки (туловище несколько

отклоняется назад), а также при подталкиваниях в разных направлениях. Неглубокие приседания с отклонением коленных суставов кнаружи способствуют усложнению упражнения в положении стоя. Следующая стадия усложнения – удерживание туловища на одной ноге с короткой стопой, при этом также возможно усложнение задания подталкиваниями туловища.

Упражнение 2. Использование балансиров (рис. 4). Для дальнейшего усложнения задач по спинальной мышечной атрофии применяются специальные средства, уменьшающие площадь опоры и устойчивость прямостояния. Это достигается применением полуцилиндра и полушара, на которых выполняется целый комплекс упражнений нарастающей сложности. Основные условия проведения упражнений при этом варианте сохраняются.

1. Прямостояние на полуцилиндре на обеих ногах.
2. Дестабилизация прямостояния подталкиванием пациента с разных сторон.
3. Приседания и выпрямления туловища.
4. Прыжки на обеих ногах.
5. Прямостояние на одной ноге.

6. Дестабилизация прямостояния подталкиванием.
7. Полуприседания и выпрямление туловища на одной ноге.
8. Схождение на пол и становление на полуцилиндр.
9. Прямостояние на полусфере.
10. Дестабилизация прямостояния.
11. Приседания и выпрямления туловища.
12. Прыжки на обеих ногах.
13. Прямостояние на одной ноге.
14. Полуприседания и выпрямления туловища.
15. Схождение на пол и становление на полусферу.
16. Ходьба – пол, полуцилиндр, полушар, пол и в обратной последовательности.

Упражнение 3. Использование батута (рис. 5). Этот комплекс упражнений предполагает использование активности не только нижних конечностей, но и туловища. Формирование короткой стопы при этом комплексе необязательно.

1. Прямостояние на одной и обеих ногах.
2. Прыжки на одной и обеих ногах с поддержкой и без поддержки инструктора.
3. Упор на четвереньках: на коленях и на стопах. Стопы тыльной поверхностью опоры не касаются.

4. Раскачивания и прыжки на четвереньках с сохранением позиции стоп и кистей.
5. Раскачивания и прыжки на коленях и на руках.
7. Сидение на батуте на ягодичах, руки вытянуты, ноги выпрямлены и не касаются опоры.
8. Раскачивания и прыжки в положении сидя на ягодичах.

Упражнение 4. Ходьба в специальных тапочках с наклеенными полшарами в центре подошвы (рис. 6). Это упражнение пригодно для выполнения в домашних условиях без использования оборудования спортзалов и без помощи инструктора. Короткая стопа при ходьбе в тапочках сохраняется. От исполнителя требуется сохранение равновесия в положении стоя и во время ходьбы без касания пола носком или пяткой тапочек. В этих целях необходимо инструктировать пациентов о целесообразности ходьбы малыми шагами. Все упражнения должны проводиться курсами с последующим контролем за эффективностью проведенной реабилитации.

*М.Г.Бондаренко
ГБОУ СПО Кисловодский медицинский
колледж Минздрава России*

НОВОСТИ • ОБЗОРЫ • РЕПОРТАЖИ • ИНТЕРВЬЮ • СТАТЬИ • ОБУЧЕНИЕ • МЕРОПРИЯТИЯ

spacehealth.ru Портал индустрии здоровья и красоты

Медицина • Косметология • Hair • Make up • Nail • SPA • Wellness / Fitness • Здоровье

Мероприятия Обучение Бизнес Работа Объявления Магазины Библиотека Форум Партнеры

Информационная поддержка Выставкам, Конгрессам, Конференциям, Конкурсам, Чемпионатам

Регистрация компаний и образовательных учреждений на SpaceHealth.ru без оплаты!

+7 916 684 8386, +7 916 822 9965, e-mail: spacehealth@mail.ru, www.spacehealth.ru

DVD проект **МАСТЕР-КЛАССЫ** профессионалов индустрии здоровья и красоты

Эстетическая медицина - Косметология SPA - Wellness - Fitness Hair - Make up - Nail

Презентации • Новинки • Статьи • Видео

Распространение: Портал Spacehealth.ru, издательства, отраслевые компании-производители и дистрибьюторы, образовательные учреждения, SPA-Wellness-Fitness-центры, салоны красоты, выставки, клиники, специалисты индустрии здоровья и красоты. Тираж: 20.000 экз. Периодичность: 4 раза в год.



Соединяя наши руки,
объединяем наши сердца

Массажные школы и курсы, рекомендуемые Национальной Федерацией массажистов:



ГБОУ СПО «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России

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

Образовательные программы:

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

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



АНО «Международная Школа Спа» (SPASCHOOL international)

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

Образовательные программы:

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



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

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

Образовательные программы:

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



Школа массажных технологий «Эстмастер»

Москва, ул. Большая Семеновская,
д. 40, стр. 4
+7 (499) 713-40-82,
+7 (901) 183-40-82,
+7 (905) 777-81-82
www.estmaster.ru

Образовательные программы:

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

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



АНО «Школа массажа Елены Земсковой»

Москва, пр-т Мира, д. 89
 +7 (906) 069-69-05,
 +7 (495) 687-87-20
 inmaster@mail.ru
 www.inmaster.ru

Образовательные программы:

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



НОЧУ ДО «Институт массажа и косметологии»

Москва, ул. Народная, д. 14, стр. 3
 +7 (495) 364-08-66
 Kviktoriy6@gmail.com
 www.message-cosmetology.ru

Образовательные программы:

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

ООО «Центр подготовки и развития массажистов»

Москва, ул. Ткацкая, д. 17
 +7 (495) 641-77-10,



+7 (917) 566-41-31

www.cprgm.ru

Образовательные программы:

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



Общественная организация массажистов и фитнес-инструкторов Пензенской области

Пензенская обл., г. Заречный,
 ул. Комсомольская, д. 14-47
 +7 (927) 382-29-12,
 +7 (902) 208-26-46
 penzorgkom@yandex.ru
 www.penzamassage.ru

Образовательные программы:

- резонансный массаж бамбуковыми вениками, реверсивный массаж и др.



Школа массажа «Аватара»

Новосибирск, ул. Нарымская,
 д. 27, оф. 901
 +7 (913) 942-24-19
 www.avataransk.ru

Образовательные программы:

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

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



АНОО ДОДВ «Воронежская школа массажа»

Воронеж, ул. Студенческая, д. 17,
 оф. 1
 +7 (473) 228-47-77

www.kursymassazha.ru

Образовательные программы:

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



Центр восточно-оздоровительных практик и массажей Роберта Илинскаса

Санкт-Петербург,
 аллея Котельникова, д. 4, кв. 345
 +7-904-648-37-15
 ilinkas-school@yandex.ru
 www.message-fest.ru

- тайский массаж, индийский масляный массаж и др.

Школа рефлекторного детского массажа доктора Сандакова

Москва
 www.nevronet.ru, nevronet@rambler.ru



Образовательные программы:

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

Школа детского массажа Елены Гореликовой

Москва

+7 (903) 77-88-154

<http://massageonline.ru/>

Образовательные программы:

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



Центр повышения квалификации специалистов здравоохранения Департамента здравоохранения г. Москвы

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

+7 (495) 339-43-33

<http://cpkmoszdrav.ru>

Образовательные программы:

- профессиональная подготовка и тематическое усовершенствование для медицинских сестер по массажу



ООО «Западно-Сибирский центр массажных технологий»

Тюмень, ул. Николая Чаплина, д. 113, оф. 254

+7 (345) 254-75-72

+7 (902) 818-07-00

E-mail: massage.72@mail.ru

www.mass72.ru

Образовательные программы:

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

LUCKYHOUSE

НОУ «Учебный центр Лаки Хаус»

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

+7 (861) 274-18-83,

+7 (861) 274-52-44

E-mail: lucky_office@mail.ru

www.lucky-house.ru

Образовательные программы:

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



Школа «ИнтерМастер» (ООО «Профессиональные курсы»)

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

+7 (952) 799-28-41;

+7 (906) 216-24-45

E-mail: s.dobrotvorskiy@yahoo.com

www.spa-guild.ru

Образовательные программы:

- классический массаж, банные технологии, спа-технологии

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

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

+7 (499) 151-46-39,

+7 (903) 971-63-52

E-mail: ritm-massage@yandex.ru

www.ritma.ru

Образовательные программы:

- метод мануального лимфатического дренажа по Фоддеру, ритмический массаж



Академия инновационных технологий «Золотое сечение»

Москва, ул. Зоологическая, д. 4

+7 (916) 269-96-74,

+7 (495) 952-77-78

E-mail: igolden-section@mail.ru

www.golden-section.tv

Образовательные программы:

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

НОВЫЕ
ДАТЫ
ВЫСТАВКИ!

interCHARM 2013

XX МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА
ПАРФЮМЕРИИ И КОСМЕТИКИ

27–30
НОЯБРЯ

20 ЛЕТ
ВМЕСТЕ

КРОКУС ЭКСПО,
3 ПАВИЛЬОН,
МЕТРО «МЯКИНИНО», МОСКВА

РЕГИСТРАЦИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ
И ПРОДАЖА БИЛЕТОВ НА САЙТЕ
WWW.INTERCHARM.RU

РЕКЛАМА



ПАРИКМАХЕРСКОЕ ДЕЛО

- Профессиональная косметика для волос
- Оборудование
- Аксессуары
- Мастер-классы



САЛОНЫ И ИНСТИТУТЫ КРАСОТЫ

- Оборудование, продукция и материалы
 - Услуги по обучению
- Программа для специалистов индустрии красоты, администраторов и владельцев салонного бизнеса



НОГТЕВОЙ СЕРВИС

- Продукция для маникюра и педикюра
- Аппараты и инструменты
- Расходные материалы
- Мастер-классы

А ТАКЖЕ МНОГОЕ ДРУГОЕ ДЛЯ ЛИЧНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ!

Более 3500 брендов продукции от 1000 участников • Декоративная косметика
Парфюмерия • Натуральная продукция по уходу за домом
Лечебная косметика • Яркая шоу-программа

Организатор:  Reed Exhibitions
Москва, ул. Большая Никитская, 24/1 стр. 5,
Тел. (495) 662 7101, 937 6861
ООО «Риз Эксперт»



Коган Т. Остеопатия: уникальный массаж для связок, костей и мышц. М.: АСТ, 2013.

Остеопатия помогает восстановить здоровье без использования лекарств и хирургических вмешательств. Пальпация, специальный массаж и несложные упражнения способны сотворить чудо, поскольку позволяют отрегулировать состояние организма, убирая излишние и неправильные напряжения, возникающие в связках, костях, мышцах. С помощью этой книги вы сможете познакомиться с принципами, методами и техниками остеопатии как массажной техники. Выполняя практические задания пальпации или миофасциального массажа, вы сможете развить чувствительность своих пальцев и понять, сумеете ли вы когда-нибудь уже на более профессиональном уровне применять методы остеопатии. А специальная гимнастика поможет вам усилить эффект от посещения доктора-osteопата, быстрее вернуть себе здоровье.



Шишкин А.Б. Массаж за 20 минут: экспресс-курс для начинающих. М.: Вектор, 2013.

Массаж благотворно действует на все наши органы и системы, помогает восстанавливать силы, снимает усталость и напряженность в мышцах, дарит бодрость и хорошее настроение. Воздействие массажа распространяется на весь организм в целом, и можно сказать, что после него оздоравливается не только тело, но и душа.

В книге представлен экспресс-курс классического общеоздоровительного массажа, который каждый может освоить в домашних условиях. Подробно рассматриваются все основные приемы классического массажа и даются необходимые рекомендации по их правильному выполнению.

С помощью этой книги вы освоите и сможете проводить в домашних условиях массаж головы, шеи, спины, рук, ног и ягодиц, грудной клетки, живота.



Васичкин В.И. Массаж. Уроки великого мастера. М.: Астрель, 2013. Ил. + DVD.

Книга будет интересна и для впервые изучающих разновидности массажа, и для специалистов-массажистов, желающих повысить свою квалификацию. Автор стремится в доступной форме донести основы выполнения различных манипуляций, применяемых в классическом, сегментарном, периостальном, точечном массаже. Описаны все виды массажа, механизмы его действия на организм, даны рекомендации по применению массажа и самомассажа при наиболее распространенных заболеваниях. В краткой, информативной форме изложены этиология и патогенез многих заболеваний, которые встречаются в практике специалиста по массажу. Издание рассчитано на специалистов по массажу, методистов лечебной физкультуры, медицинских сестер лечебных, оздоровительных и профилактических учреждений, а также на всех интересующихся применением массажа и самомассажа.

В.И.Васичкин – профессор Академии здоровья и экологии, председатель научно-методического совета Санкт-Петербургского института здоровья, специалист широкого профиля по рефлексотерапии, разработал методiku эстетики лица и тела и пропагандирует здоровый образ жизни и применение разновидностей массажа с целью балансирования состояний всех систем и функций организма.



Бауман Э. Из опыта работы в лечебной эвритмии. Пер. с нем. М.: Товарищество научных изданий КМК, 2013.

Эвритмия (др.-греч. εὐρυθμία – уравновешенность элементов, слаженность, соразмерность, гармоничность) – искусство художественного движения, появившееся в начале XX в. в Европе. Это сочетание особого гармонизирующего движения, напоминающего танец и пантомиму, с поэтической речью или музыкой. Эвритмическое движение является по характеру художественным и одновременно целительным, потому что основано на глубоком переживании и понимании красоты и законов музыки и речи.

Опираясь на многолетний опыт работы в первой вальдорфской школе в Германии, Э.Бауман (1895–1947) рассматривает роль эвритмии в педагогическом процессе, ее значение для целостного развития ребенка начиная с первых лет жизни, показывает возможности терапевтической эвритмии при лечении детей с нарушениями в развитии. Большую ценность представляет детальный комментарий к курсу по лечебной эвритмии, проведенному Р.Штейнером при участии Э.Бауман. Воспоминания автора рассказывают о зарождении эвритмии и ранней истории антропософского движения. Книга выдержала три издания.

Представляет интерес для эвритмистов, лечащих педагогов, дефектологов, врачей, изучающих и практикующих антропософскую медицину, специалистов в области терапевтического движения и арт-терапии, психологов, преподавателей вальдорфских школ, воспитателей детских садов, родителей.



V САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ КОНГРЕСС ПО КОСМЕТОЛОГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ «НЕВСКИЕ БЕРЕГА»

29 мая - 01 июня 2014 года
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Экспоцентр «Гарден Сити»
Лахтинский пр., д. 85-В

Организатор – Общественный фонд «Невские Берега»

NEW!

МЕРОПРИЯТИЯ КОНГРЕССА

I Международная школа для врачей-косметологов

В программе Школы – лекции приглашенных российских и зарубежных спикеров по актуальным темам медицинской косметологии, практические тренинги, трибуна инноваций, эксперт-мастер-классы, сателлитные симпозиумы компаний

- Трибуна инноваций
- Ботулинотерапия – 20 лет в авангарде медицины
- Филлеропластика
- Тредлифтинг в решении проблем омоложения лица и тела: момент истины
- Липолитические методы в косметологии
- Биоревитализация и мезотерапия в программах омоложения. Комплексный подход
- Сложные клинические случаи: интерактивный разбор пациентов

Форум «Профессия-косметолог. Междисциплинарный подход»

- Турнир экспертов – косметологов
- Anti-Aging медицина
- Здоровые женщины после 40
- На стыке дерматологии и косметологии
- HI-TECH на службе красоты: фото-, лазеротерапия и другие современные методы аппаратной косметологии
- Трихология
- Дерматоонкология и дерматоскопия: что нужно знать врачу-косметологу
- Консалтинг-проект «Юридическая поддержка новой специальности»

В рамках Конгресса пройдет профессиональная выставка

Зарегистрироваться и приобрести билет, а также подать заявку на размещение в гостиницах можно по телефонам
+7 (812) 305-37-67, +7 (921) 919-33-33

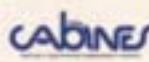
Действительным членам Научно-практического общества врачей косметологов, ОСЭМ и МООСБТ, а также при одновременном приобретении 10 билетов и более предоставляется 10% скидка

Подробности на сайте www.nbcongress.ru



Конгресс проходит при поддержке

Научные партнеры





INTERCHARM

professional

ХІІІ МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОСМЕТИКИ
И ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ САЛОНОВ
КРАСОТЫ


17–19
АПРЕЛЯ
2014

КРОКУС
ЭКСПО,
МОСКВА

**НА ВЫСТАВКЕ
ПРЕДСТАВЛЕНЫ:**

- Профессиональная косметика
- Косметологическое оборудование
- Парикмахерское оборудование
- Ногтевой сервис
- Косметологические и парикмахерские услуги
- Оборудование для спа-салонов
- Мебель и аксессуары для салонов красоты
- Оборудование и препараты для перманентного макияжа
- Солариум и средства для загара
- Ароматерапия
- Лечебная косметика
- Обучение, мастер-классы

ОРГАНИЗАТОР:

 Reed Exhibitions

ООО «РИД ЭКСПО»
Москва, ул. Большая Никитская, д. 24/1, стр. 5
Тел./факс: (495) 662-7101, 937-6861/62
E-mail: intercharm@reedexpo.ru

www.intercharm.ru

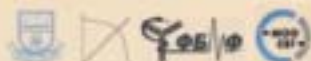
X European Congress Of Aesthetic Medicine



СОВМЕСТНО С **XIII** **Международный конгресс по эстетической медицине имени Евгения Лапутина**



X Европейский конгресс по эстетической медицине UIME проходит при поддержке и участии:



M. Delune (USA), Dr. Alessio Redaelli (Italy), A. Bourra (Morocco), A. Faria De Souza (Brazil), C.A. Bartoletti (Italy), R. Pinto (Argentina), G. Marzulo (Chile), J. Hébraut (Belgium), Sabina Zenker (Germany), Dr. Ursula Jacob (Germany), Dr. John Ionescu (Germany), Dr. Vincenzo Geraci (Italy), Dr. Jean - Dierre Naim (Switzerland), A. Elbaum (Uruguay), J.J. Legrand (France), P. Rodrigo (Spain), V. Garcia Guevara (Venezuela), B. Miller-Kobisher (Mexico), M. Leventer (Romania), G. Zhumatova (Kazakhstan), M. Oughanem (Algeria), Chang Doo Yeoul (S. Korea), H. Subasi (Turkey), R. Smit (South Africa), N. Montero (Ecuador), Liu Hong Cheng (China), V. Tsepolenko (Ukraine) and others.



**27 февраля – 1 марта
2014 года**



**Москва,
МВЦ «Крокус-Экспо»,
Конгресс-центр (навильон 3, этаж 4, зал 20)**

Эстетическая косметология

- Мужчины и женщины, разные возрастные группы, разные морфотипы.
- Авторские концепции профилактики возрастных изменений и программы восстановления.
- Инъекционная контурная пластика от а до я. Европейские тенденции. Оценка безопасности.
- Мировые стандарты ботулинотерапии.
- Возможности маломолекулярных технологий.
- Нитевой лифтинг. Современные направления.
- Квантовые, лазерные и др. современные методы физиотерапевтического воздействия.

Эстетическая дерматология

- Ане и анеформные дерматозы.
- Пигмент и гипопигментации, дисхромии.
- Новообразования кожи.
- Инфекционные заболевания кожи.
- Рубцы.

XI Конференция «Антивозрастная и восстановительная медицина»

- Гормональные дисфункции. Показания, возможности ГЗТ.
- Избыточный вес.
- Нарушения опорно-двигательного аппарата, как одна из причин инволюционных изменений.
- Патология сосудистой системы.
- Когнитивные нарушения. Возможности медикаментозной терапии.

Пластическая хирургия

Эстетическая стоматология

Трихология

VIII Международная конференция по перманентному макияжу

Генеральный спонсор



Спонсоры



Оргкомитет Конгресса

☎ (495) 937-13-18/20/21
@ congress@ki.ru

www.ki-expo.ru



Участие в X Европейском конгрессе по эстетической медицине — 16 000 руб.

Скидки:

30% – при регистрации и полной оплате до 30 сентября 2013 года;

30% – членом Общества Эстетической Медицины;

10% – владельцам дисконтной карты KOSMETIK International; при полной оплате участия до 31 декабря 2013 года.

Участие в VIII Международной конференции по перманентному макияжу — 10 000 руб.

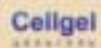
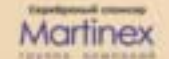
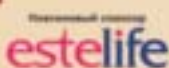
Скидки:

50% – участникам отборочного и финального тура Чемпионата «Контур века» в Москве;

20% – членом Общества эстетической дерматологии (ОСЭД);

10% – владельцам дисконтной карты KOSMETIK International; при полной оплате участия до 31 декабря 2013 года.

Спонсоры X Европейского конгресса по эстетической медицине UIME





INSTITUT
ESTHEDERM
PARIS

МАГИЯ КОЖИ

- Подход к коже как к целостной экосистеме
- Уникальные патенты
- Устранение дисфункций кожи
- Оздоровление и омоложение надолго за счет мобилизации собственных ресурсов кожи

Дистрибьютор в России:
ООО «Асэнтус»
Тел.: (495) 644-46-13
Санкт-Петербург
ООО «Дистрифарм»
Тел.: (812) 346-70-47