

№2 | 2014

эстетика тела МАССАЖ

научно - практический методический журнал

ЛИЧНЫЙ ВКЛАД

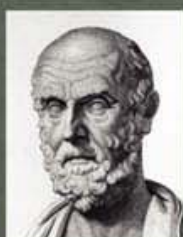
Томас Ханна.
Клиническое
соматическое
обучение – новое
направление в сфере
здравоохранения

ОБЗОРЫ И РЕЙТИНГИ

**Основы моделирования
рациональных
технологий ручного
массажа для лиц
с отклонениями
в состоянии здоровья**

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

**Эффективность
точечного массажа
в комплексной
реабилитации
мужчин 25–35 лет
с хроническим
гастритом**



Во многих вещах врач должен
быть опытным, и не менее
в массаже...

Гиппократ

«МЕДИА МЕДИКА»

Директор: Т.Л. Скоробогат
Директор по рекламе: Н.М. Сухова
Менеджер по рекламе: Кандина
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@hmp.ru
Арт-директор: Э.А. Шадзевский
Медицинский директор: Б.А. Филимонов
Исполнительный директор: Э.А. Батова

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

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных материалов.
Научное производственно-практическое издание.
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.....	1
ЛИЧНЫЙ ВКЛАД	
Томас Ханна: клиническое соматическое обучение: новое направление в сфере здоровоохранения.....	3
МАССАЖ	
ОБЗОРЫ И РЕЙТИНГИ	
Опыт обучения студентов медицинского вуза основам классического массажа на базе центра здоровья санатория-профилактория	11
Основы моделирования рациональных технологий ручного массажа для лиц с отклонениями в состоянии здоровья.....	12
Марма-терапия: древнее искусство исцеления	15
ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА	
Эффективность точечного массажа в комплексной реабилитации мужчин 25–35 лет с хроническим гастритом.....	17
Массаж как средство регуляции эмоционального состояния спортсменов.....	18
Мануальная терапия, иглорефлексотерапии и восточный массаж в лечении посттравматической кокцигодии.....	19
Комплексная физическая реабилитация при детском церебральном параличе	20
Повышение адаптивных функций у спортсменов туристического клуба	22
Физическая культура и массаж при артрозах.....	24
Ранняя коррекция ортопедической патологии у детей первого года жизни	26
ЭСТЕТИКА ТЕЛА	
ЭКСКЛЮЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Массаж и мобилизация в комплексном лечении патологии височно-нижнечелюстного сустава	27
Массаж, кинезиотейпнинг, ПИР в системе комплексного лечения плечелопаточного периартрита	34
ТЕХНОЛОГИИ КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ	
Способ косметического массажа для формирования скулы и овала (по материалам патента РФ на изобретение № 2471470)	40
УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ.....	58

НАШИ ПАРТНЕРЫ:



ЦЕНТР КАПРАЛОВА
нетрадиционные методы оздоровления



Западно-Сибирский Центр
Массажных Технологий



12 марта прошел VII Открытый чемпионат по спа-массажу Украины в международном выставочном центре «Estet Beauty Expo» в рамках 14 Конгресса индустрии красоты. Он ознаменовал себя яркими и сильными выступлениями участников со всех уголков Украины.

Организаторы: Украинская Школа Спа, при поддержке Национальной Федерации массажистов, президент Федерации – М. А. Еремушкин, а также, по правилам и критериям, утвержденным Организационным комитетом Единой консолидированной системы чемпионатов по спа-массажу в лице А. И. Сырченко. Косметический партнер чемпионата – компания «Farmona». Официальный партнер – косметическая компания «Реноме», информационный партнер – журнал «Массаж. Эстетика тела».

В финале выступили лучшие мастера – победители чемпионатов украинских регионов. Специалисты продемонстрировали косметические, оздоровительные, этнические, авторские массажные методики, используемые в спа-программах.

Победительницей VII чемпионата по спа-массажу Украины стала Татьяна Фролова (Киев), показавшая незабываемую спа-композицию «Мед и ваниль». Она получила кубок победителя и диплом, профессиональную косметику и сертификаты на семинары, и самый главный приз – такую желанную путевку на чемпионат Мира! Член судейской коллегии из России Евгений Сидякин лично отметил профессионализм Татьяны, презентовав сертификат на обучение по его авторской методике «Миопластика лица». Второе место на чемпионате занял Андрей Демьяненко (Севастополь) с программой «Гармония Чанг Май» (одноименная Северная школа Таиланда) – традиционный тайский массаж в четыре руки. Ему был вручен серебряный кубок и диплом, наборы профессиональной косметики, сертификаты на обучение и путевка на чемпионат Мира. Бронзовой награды чемпионата удостоилась Дарья Глушич (Симферополь) – Тайский массаж стоп. Сконцентрировано... С любовью... Душевно... В номинации «Выбор зрителей» с заметным преимуществом победила Призер чемпионата Татьяна Фролова, тем самым подтвердив свое мастерство не только, по мнению судей, но и зрителей! Очень много позитивных отзывов по отношению к представленной программе заслужил представитель Харькова – Сергей Озеров «Открытие го-

да» чемпионата Украины 2014. Обворожительный, нежный и романтический массаж лица привел Оксану Овсяник (Киев) к победе в номинации – «Лучший косметический массаж». Безоговорочный победитель в номинации «Мастерство и профессионализм» – Лариса Даташева (Киев) и ее Fancy-massage с применением пассивной йоги и специального ремня.

Комментарии главного судьи Сырченко А.И. по окончании чемпионата для участников оказались самыми ценными, объективная критика метра – это уверенные шаги на пути к совершенству!

Надо признать, что нынешний чемпионат оказался самым лучшим с точки зрения объединения людей по принципу любви к массажу. Члены жюри отметили, что с каждым годом все сложнее и сложнее выбирать победителей, потому что растет мастерство участников. Зрители, не отрываясь, следили за исполнением заявленных массажей, старались не пропустить ни одной детали, ни одного нюанса.

И, конечно, неоценимую роль в формировании имиджа чемпионата и его высокого статуса сыграли уважаемые судьи. Жюри VII Открытого чемпионата по спа-массажу было интернациональным и состояло из признанных экс-





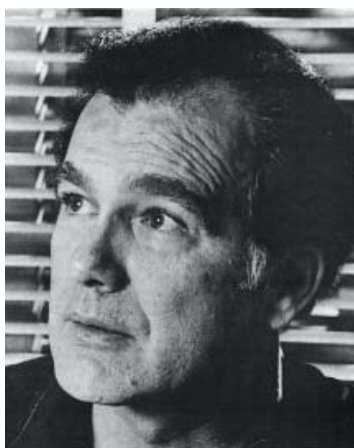
пертов в области спа: **Андрей Сырченко** (Москва, Россия), президент «Международной школы СПА», организатор и судья Международных чемпионатов по СПА-массажу, ежегодного фестиваля «TOPSPA FEST-2009-2011», главный судья; Холодов Сергей Анатольевич (Одесса) – к.п.н., специалист по физической реабилитации, «Центр реабилитации детей-инвалидов», судья украинских чемпионатов; **Александр Ермолаев** (Рига, Латвия). Ведущий спа-технолог Латвии. Член правления Балтийской спа ассоциации. Руководитель научно-исследовательской Лаборатории Инновационных спа-технологий "АВАТАРА". Мастер массажа международного уровня с 15-летним стажем, медик, профессиональный тренер по фитнесу международной категории, двукратный чемпион мира по фитнесу (по версии WFF). **Ефименко Павел Богуславович** (Харьков, Украина), кандидат педагогических наук, профессор кафедры физической реабилитации, декан факультета циклических видов спорта ХГАФК, главный судья Чемпионата Харькова по спа-массажу; **Александр Сыромятников**, Днепропетровск – врач-вертеброневролог, один из ведущих практикующих специалистов в области остеопатии в странах СНГ, преподаватель-методист специализированных массажных медицинских технологий; **Лидия Харченко**, Запорожье – старший преподаватель Украинской школы Спа, массажист с 20-ти летним стажем, постоянный докладчик профессиональных мероприятий для массажистов, мастер Индо-Тибетских практик – Тайский массаж и Аюрведа; **Арнольд Офицеров** (Харьков, Украина) – основатель и преподаватель школы массажного искусства «Жива», практикующий массажист, судья украинских чемпионатов по спа массажу, судья Украинского чемпионата по СПА массажу (г. Киев), судья чемпионата мира по спа-массажу, член ассоциации специалистов со спортивной и лечебной физкультуры Украины, спа-мастер высшей категории; **Евгений Сидякин** – косметолог-эстетист, преподаватель Международной школы СПА, практикующий специалист по массажу, высо-

ко востребованный среди клиентов салонов красоты, спа и веллнесс центров Москвы; **Роман Романенко** – (Симферополь, Россия) Номинант Чемпионата мира по спа-массажу 2008, Йогатерапевт, организатор Фестиваля Массаж и Йоги «АВТОНОМИЯ ЗДОРОВЬЯ».

Команда Украинской Школы Спа выражает огромную благодарность всем, кто принимал участие в мероприятиях в рамках выставки Конгресс ESTET BEAUTY EXPO 2014 в Киеве. Достойные участники Чемпионата, прекрасные зрители, незаменяемые партнеры, ну и непременно справедливые судьи, и мэтры современной спа и веллнесс индустрии массажа. Несмотря на непростую обстановку в стране, наши друзья и гости из России, Латвии, Украины, Израиля и Италии поддерживали нас и поделились своими ценными знаниями и умениями. Атмосфера была дружественная и совершенная, все были на высоте. Планка поднята, опускать ее мы не имеем права, остается лишь покорять новые высоты! И, наконец, надемся в скором времени вновь встретиться для обмена уникальным и бесценным опытом. До новых встреч!



Томас Ханна. Клиническое соматическое обучение: новое направление в сфере здравоохранения



Томас Луис Ханна (1928–1990) – автор системы физических упражнений, известной как «Соматическое обучение по методу Ханны». Именно он стал автором широко известного сегодня термина «соматика». Объединив свой опыт в изучении богословия, философии и психологии, Т.Ханна пришел к идее, что все события жизни приводят к «физическим паттернам в теле человека» (набору стереотипических поведенческих реакций или последовательностей действий – от ред.), которые формируют неправильную осанку, вызывая болевые ощущения и ограничивая движения. Его исследование в конечном итоге привело к разработке новаторского метода лечения, что стало кульминацией практического применения физических упражнений и телесно-ориентированной психотерапии. С любезного согласия Ingle Institute for Somatic Movement Education журнал «Массаж. Эстетика тела» размещает для своих читателей одну из последних статей Томаса Ханны, которая впервые была опубликована в журнале «SOMATICS: Magazine-Journal of the Bodily Arts and Sciences», 1990–1991, т. 8, №1, популярно объясняющую суть его метода.

Введение

Соматическое обучение (СО) – это сенсомоторное обучение, направленное на обретение большего осознанного контроля над физиологическими процессами человека. Оно является «соматическим» в том понимании, что обучение проходит внутри индивидуума как глубинный процесс.

Само по себе СО является самоиницируемым и самоконтролируемым процессом. Тем не менее появившееся в XX в. СО представляет собой процедуру, в которой процесс этого глубинного обучения запускается учителем, стимулирующим и проводящим ученика по пути сенсомоторного процесса физиологических изменений.

До появления формы «учитель–ученик» соматического типа обучения похожие случаи самотрансформации повсеместно встречались в истории человечества. «Чудесные» исцеления и излечения происходили всегда. Необычайные трансформации тела – сверхъестественная сила, радикальные изменения физических способностей, появляющиеся на теле стигматы – это известные случаи на поприще боевой, спортивной и религиозной истории.

До XX в. наиболее схожей с соматической формой обучения «учитель–ученик» была деятельность шаманов и азиатских целителей, которые помогали включить процесс сенсомоторного обучения при помощи символических манипуляций и движений, пробуждающих мощные физиологические изменения в «пациентах», исцеляя их необычным образом. Поскольку механизм подобного излечения скрыт глубоко во внутренних процессах людей, он всегда был окутан аурой тайны – мифологией «добрых и злых духов» или «хороших и плохих энергий», которыми этот процесс и объяснялся. Именно эта потаенность и придает деятельности преподавателей соматики XX в. такую же чудесность, какой отличались манипуляции шамана для людей донаучных времен.

Наша задача заключается в том, чтобы достигнуть понимания соматической области в целом и СО в частности, чтобы развеять тайны и мифы. Таким образом, СО может стать дисциплиной, доступной всем людям. Благотворные результаты самообучения, самопознания, самоисцеления и саморегуляции должны восприниматься не как чудотворные, а как соматические, ведь это генетически данные нам способности, свойственные всем человеческим существам.

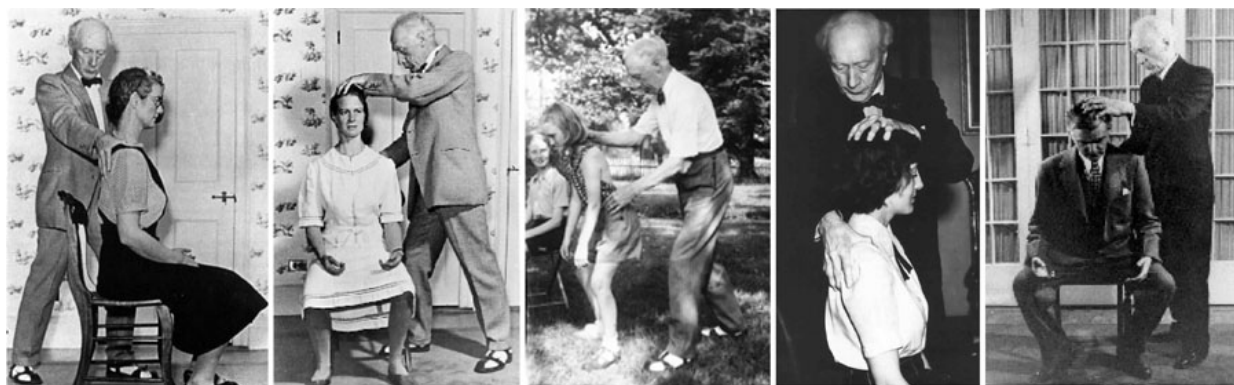
Предыстория

Фредерик Матиас Александер, «отец» техники Александера, был первым, кто вычленил СО из мира шаманских мистерий и представил его в виде доказуемой, практической техники.

С 1904 по 1955 г. Александер детально разработал свою технику внутреннего самообучения при помощи открытий, которые он сделал в самом себе в процессе постоянного стремления изменить собственную осанку. Он страдал от чрезмерного выраженного рефлекса испуга – состояния осанки, вызывающего лордоз шейных позвонков, сдавливание стенки грудной клетки и слишком выдающееся вперед положение головы, которое повлекло за собой также искривление трахеи и исказило звучание его голоса.

Вначале Александер пытался изменить вошедшее в привычку искривление шейного отдела позвоночника при помощи грубой силы, т.е. за счет усилия выпрямить шею. Но, конечно же, привыкшие к определенному состоянию мышцы снова возвращали все на свое обычное место.

Затем он отказался от попыток выпрямить шею и вместо этого сконцентрировал проприоцептивное внимание на том, посредством чего его шея, плечи, грудь и голова двигались вместе. Не сосредотачиваясь на конечной цели – прямой шее, Александер сосредоточился на том,



Ф. М. Александер за работой

«посредством чего» он бессознательно использовал свои шею, плечи, грудь и голову во время выполнения любых движений. И тот прием, что он назвал «посредством чего» (means-whereby), был аналитическим методом деления целого движения тела на несколько составляющих частей и восприятия этих частей без сосредоточения на цели выпрямить шею.

Сдерживая стремление к результату и проприоцептивно сосредотачиваясь на том «посредством чего», Александер медленно, но уверенно обучил себя самого контролировать мышцы верхней части туловища и добился восхитительно длинной шеи и прямой осанки. Он изменил свою осанку – сделал то, что никто не считал возможным, – и сделал это систематическим и весьма незатейливым способом.

Это и было началом СО в XX в. Философ Джон Дьюи признал и воздал хвалу достижению Александера как важнейшему событию. Личный опыт Дьюи по изменению и улучшению собственной осанки под присмотром Александера научил его, что не все проблемы решаются при помощи интеллекта и что для решения некоторых из них нужен непосредственный личный опыт – соматическое познание.

Например, Дьюи узнал и был восхищен в технике Александера тем, как решается физиологическая проблема при помощи экспериментального прерывания привычного паттерна, а затем ощущения нескольких его составляющих для осознания того, что человек делает неосознанно. И то, что было привычным и подсознательным, становилось осознанным путем получения новой сенсорной информации. Это позволило возникнуть новому контролю над движениями. Дьюи увидел в Александере пионера радикально нового метода физиологического самообучения – техники, которая достигла лучшей интеграции рефлекторных и сознательных составляющих в реактивных паттернах человека.

Независимо от работы Александера учителем физической культуры из Берлина Эльзой Гиндлер был разработан другой подход к СО. Гиндлер, проводя занятия по гимнастике, предлагала своим ученикам концентрироваться на ощущениях внутри собственного тела во время выполнения различных движений. Она просила учеников сосредоточить свое внимание не на самих движениях, но на внутренних ощущениях от них. Например, на том, как осуществляется дыхание во время этих движений или как перемещается вес тела между пятками, бедрами и т.д. Гиндлер направляла внимание своих учеников больше на то, «посредством чего» происходят движения, чем на их внешний конечный результат. Следствием оказались те

самые «чудесные» изменения, которые начали происходить с телами тех, кто занимался с Гиндлер. И принцип здесь был таким же: нужно сместить фокус осознанного внимания внутрь на проприоцептивный фон реального движения, и качество реальных движений станет повышаться. Большой самоконтроль был достигнут при помощи большей чувствительной осознанности.

Начиная с 1930-х годов учение Гиндлер распространилось из Берлина по всей Европе и США через выдающуюся работу Шарлотты Селвер, Каролы Спидс и Ильзы Миттендорф. Эти пионеры СО преподавали методы обретения большего сознательного контроля над своими физиологическими процессами при помощи сенсомоторного обучения. Происходили удивительные изменения – «чудотворные» трансформации, возбуждающие интерес всевозрастающего количества людей таким же образом, каким был вдохновлен и Джон Дьюи.

Тем не менее это вдохновение ослабло из-за странной необъяснимости этих физических трансформаций. И научному миру, и народным массам это казалось случаем «преобладания разума над материей». Таким образом, вдохновение было искрой, которая не смогла разжечь огня: дуализм тело–разум мешал людям понять происходящее. Сам факт, что тела менялись, был интригующим феноменом. Однако за исключением небольшого количества восхищенных приверженцев это породило простое любопытство, не переросшее в общий интерес.

СО осталось на границе здравоохранения, так и не войдя в него. На тот момент оно не было клинически точным. Не существовало общей теории метода, четких диагностических процедур, так же как и не существовало никакой предсказуемости получаемых результатов.

В этой развивающейся области появился еще один человек по фамилии Александер – Герда Александер. Никакого отношения к Фредерику Матиасу, ни интеллектуального, ни родственного, она не имела. Работая в своем центре в городе Копенгаген, она расширила область сенсомоторного обучения, привнесла в нее новый акцент: она обучала своих учеников мастерству проприоцепции – сенсорная осознанность стала для них почти самоцелью. Целью здесь было познать себя, а сенсорное познание приводило не только к грации, координации и хорошей осанке, но также к спокойствию и размеренной жизни духа. Это походило на результаты метода Фредерика Матиаса Александера.

Система Герды Александер под названием «Эвтония» предполагала длительное и активное исследование мельчайших деталей сенсорной области. Когда самоощущение человека становилось более четким, возникали

обычные соматические результаты: всегда улучшался контроль над движениями тела, часто происходили «необычайные исцеления» и телесные трансформации.

Долгие и активные занятия Александер сенсорными исследованиями повлияли не только на ее учеников, но также и на одного израильянина, который был восхищен ее работой. Это был Моше Фельденкрайз. Фельденкрайз, который уже занимался по технике Ф.М.Александера, когда жил в Лондоне, разработал свои знаменитые упражнения «Осознания через движение», следуя формату активного сенсорного изучения Герды Александер – спокойно лежа на полу.

М.Фельденкрайз, бывший одновременно и инженером-электриком, и ученым-исследователем физики высоких энергий, также являлся первым обладателем черного пояса по дзюдо в Европе. Он не только познакомил Францию с дзюдо в 1930-е годы, он даже привез в Париж Кано, величайшего мастера дзюдо. Его деятельность привела также к тому, что центры джиу-джитсу постепенно распространились по всей Франции.

Фельденкрайз был еще одним пионером СО. Работая напрямую с нервно-мышечными патологиями, он приблизил традицию еще на шаг ближе к тому, чтобы метод утвердился в качестве клинического. Тем не менее, с его точки зрения, техника функциональной интеграции, которую он изобрел, не была клинической, а являлась чисто образовательной. Он обучал других «знать, что они делают», т.е. учил сенсомоторной осознанности и контролю. На протяжении всей своей карьеры Фельденкрайз откры-

дера и Александер, – и оно улучшало не только осанку, но и движение в целом.

Однако именно мануальная методика СО Фельденкрайза, называемая функциональной интеграцией, стала основным фактором его большого успеха на этом поприще. Он принял идею Ф.М.Александера о том, что контроль головы ведет к контролю всего тела. Он также принял идею Александера, что основной причиной нарушения осанки является рефлекс испуга. С клинической точки зрения рефлекс испуга был его основным диагностическим инструментом.

Функциональная интеграция характеризовалась двумя техниками: 1) как и Ф.М.Александер, Фельденкрайз пользовался своими руками для предоставления сенсорной информации («посредством чего»), чтобы ученик мог осознать бессознательные паттерны движения в его теле; 2) из приобретенного через занятия дзюдо знания он взял принцип движения в сторону сопротивления другого человека, а не против него. Эта вторая техника оказалась блестящим и очень удачным открытием того, как можно стимулировать к расслаблению мышцы, находящиеся в сокращенном в результате сформировавшейся привычки либо спазма состоянии.

Искусство дзюдо для Фельденкрайза было почти инстинктивным, так что если он встречал мышечное сопротивление во время того, как тянул конечность в определенном направлении, он моментально начинал двигаться в противоположном направлении, т.е. вместо того, чтобы пытаться силой растянуть мышцу, он сближал крайние



Моше Фельденкрайз проводит урок Осознания через движение и Функциональную интеграцию

то отрицал, что техники были разработаны для исправления патологий. Он непоколебимо придерживался чисто позитивной обучающей точки зрения: обучая большому самоосознанию, он давал человеку возможность все большего освобождения от подсознательных ограничений мозга. Результат его уроков самосознания поразительно похож на тот, о котором говорил Дьюи, описывая занятия по методу Александера. В обращении, опубликованном руководством Гильдии Фельденкрайза, Моше говорит, что «после занятий, снова получая привычные воздействия, человек с удивлением обнаруживает измененную реакцию на них».

Фельденкрайз предполагал, что создал более тысячи упражнений «Осознания через движение» (Awareness Through Movement). Эти паттерны движений, которые можно выполнять самостоятельно, были сочетанием практики фокусирования внимания на том, «посредством чего» осуществлять собственные движения (по методу Ф.М.Александера), и практики активного чувствительного исследования себя во время спокойного лежания на полу (по методу Г.Александера). Это было крайне эффективным сочетанием для улучшения сознательного контроля – куда более замысловатая версия работы Алексан-

точки крепления мышцы, ее начало и конец. Результат был удивительным: мышца начинала частично расслабляться. Эта процедура, которую я называл кинетическим отзеркаливанием, и составляет основу уникальной эффективности функциональной интеграции. Как описывает это Фельденкрайз: «Если вы делаете работу мышцы, она перестает делать собственную работу», т.е. расслабляется.

Кинетическое отзеркаливание было первичным методом Фельденкрайза для запуска процесса мышечного расслабления. После кинетического отзеркаливания он мог использовать различные техники «посредством чего», чтобы продемонстрировать человеку новые движения, которые становятся возможными для уже расслабленных мышц и суставов.

Первоначально применение кинетического отзеркаливания Фельденкрайза настолько отождествлялось с дзюдо, что его ранняя книга «Высшее дзюдо» (The Higher Judo) выглядит не как книга о дзюдо, а как книга о функциональной интеграции. Позже, когда он лучше ознакомился с нейрофизиологией, он понял, что использовал технику сенсомоторной обратной связи, которая на самом деле была кибернетической: если в двигательных нейронах за-



Герда Александер проводит занятия

ложена программа мышечного сокращения (болезненно-го перенапряжения) и если сенсорная обратная связь от мышечных клеток сообщает нейронам, что расстояние между крайними точками крепления мышцы стало меньше запрограммированного, то двигательные нейроны прекращают работу и позволяют мышце начать расслабление.

Кибернетический принцип, стоящий за этой стимуляцией расслабления, тот же, что и у термостата: если котел запрограммирован сохранять температуру 72°C, а данные о температуре окружающего воздуха передают 73°C, котел выключается.

В руках компетентного практика кинетическое отзеркаливание в сочетании с сенсорной информацией, полученной от техники «посредством чего», намного эффективнее, чем любая предыдущая система мышечно-скелетной терапии. Проработанные мышцы расслабляются теми способами, которые ранее считались невозможными в прочих терапиях. Функциональная интеграция, однако, не была терапией, а была обучением.

Таким образом, Фельденкрайз детально разработал технику, которая стала первым шагом на пути к клиническому СО. Он смело вступил в пространство, размеры которого казались огромными, и доказал обоснованность кинетического отзеркаливания. Точно так же он веско подтвердил использование Александером мануальной техники в обучении ученика, «посредством чего» контролировать движения.

Фельденкрайз создал фрагменты системы, которую концептуально он не смог собрать воедино. Его лучшей попыткой сделать это была его ранняя книга «Тело и зрелое поведение» (Body and Mature Behavior), в которой он попытался провести анализ человеческих движений на примере описания влияния гравитации на мышечные рефлексы действий. Позже он попытался расширить эту теорию в своей неудачной книге «Зрелое Я» (The Potent Self), которую решил не публиковать. К сожалению, ее позже опубликовали его последователи, но этим только добавили теоретической неразберихи в его идеи.

Диагностируя мышечные проблемы, Фельденкрайз повторил открытый Александером рефлекс испуга, но не продвинулся дальше. Мышечное сокращение передней части тела и его последствия, такие как поверхностное дыхание и ощущение тревоги, для Фельденкрайза были константами нервно-мышечной патологии. Тот факт, что большинство взрослых людей страдает от хронического мышечного напряжения в задней части тела и шее, остался тайной: он не мог дать этому объяснение. Также он не мог объяснить и возникновение сколиоза, который тоже весьма распространен среди патологий человеческой осанки. Ирония заключается в том, что Фельденкрайз питал большую страсть к теме нервных рефлексов. Он целиком отдал себя одному – рефлексу испуга, и вдохновило

его на это его же предположение, что этот рефлекс скрывался за всеми невротами и что обучение неврастеника расслаблять мышцы живота и глубоко дышать важнее, чем психоанализ. Эта райхианская точка зрения, изложенная в книге «Тело и зрелое поведение», также была со временем заброшена.

По причине такой теоретической сумятицы занятия Фельденкрайза функциональной интеграцией были гораздо более значимыми, чем то, как он преподавал ее. Интуитивно Фельденкрайз был мастером, но ему сложно было объяснить, почему. Следовательно, его пугали прямые вопросы от учеников, поэтому он обычно отвечал гневными тирадами в адрес вопрошающего.

Жаль, что Фельденкрайз ввел традицию обучения, которая включала демонстрации, показы техник и обучала мануальной практике, но оставляла необходимость для учеников выяснять все самостоятельно. Так не было задумано, он просто не мог выразить словами то, что интуитивно очень хорошо знал. Поэтому вокруг его обучения витала аура мистической неопределенности, будто он был мастером Дзен, который ждал, что его ученики достигнут просветления.

Эта мистическая неопределенность продолжается и в Гильдии Фельденкрайза во вред учению, которое имело все шансы стать по-настоящему клинической дисциплиной огромной ценности. Таким образом, работа его студентов стала более приближенной к уровню практиков техники Александера. Они помогают улучшать движение, но мало кто из практиков может существенно повлиять на серьезные нервно-мышечные патологии, да и, как правило, они не заявляют, что способны на это.

Тем не менее Фельденкрайз приоткрыл двери возможностей в систему клинического СО. Ему не хватило следующего:

- 1) детальной диагностической теории для понимания причин типичных нервно-мышечных искажений осанки;
- 2) общей соматической теории сенсомоторных процессов;
- 3) метода СО, который не только давал бы ученику сенсорную обратную связь от кинетического отзеркаливания и инструкций «посредством чего», но также полностью задействовал бы двигательные действия ученика, с тем чтобы использовать полную мощность петли сенсомоторной обратной связи.

СО Т.Ханны

1. Диагностическая теория

В моем понимании, пожалуй, около 50% случаев хронической боли, от которой страдают люди, вызваны сенсомоторной амнезией (СМА). Это нарушение, при котором сенсомоторные нейроны участка коры головного мозга, отвечающего за сознательные движения, утратили часть своей способности контролировать все мышцы или часть мышц тела.



Фредерик Матиас Александер



Эльза Гиндлер



Герда Александер



Моше Фельденкрайз

СМА не проявляется ни как органическое повреждение мозга, ни как повреждение опорно-двигательной системы. Она проявляется как функциональный дефицит, при котором способность сокращать некую мышечную группу уступается подкорковым рефлексам. Эти рефлексы хронически сокращают мышцы до определенной степени – 10, 30, 60% или др., и тогда кора мозга бессильна расслабить эти мышцы ниже запрограммированного уровня. Она утратила данную способность и забыла, как это делать.

Мышцы, хронически находящиеся в частично сокращенном состоянии, довольно предсказуемо:

- 1) станут чувствительными или болезненными;
- 2) ослабнут от постоянного напряжения;
- 3) вызовут «неуклюжесть», потому что станут неспособными скоординировано взаимодействовать с движениями всего тела;
- 4) приведут к постоянной потере энергии тела;
- 5) вызовут искажение осанки и неправильное распределение массы тела, которое вызовет вторичные боли, обычно ошибочно принимающиеся за артриты, бурситы, грыжи дисков и т.д.

Эти симптомы СМА обычно неверно диагностируются традиционными медиками, которые они пытаются лечить при помощи механического или химического вмешательства в локальные проблемные мышечно-скелетные области. Подобные местные вмешательства не производят длительного эффекта на симптомы, поскольку пытаются исправить функциональную проблему мозга так, будто это структурное нарушение в периферической структуре тела. В результате возникает хроническая патология, которую невозможно успешно вылечить при помощи традиционной медицины. Такое состояние кажется неизлечимым, не оставляя других вариантов, кроме использования обезболивающих лекарств, которые только маскируют симптомы.

Медицинские исследователи вполне отдают себе отчет в отсутствии успеха при диагностике и лечении того, что они называют «местными мышечными расстройствами». Ревматолог Н.М.Хадлер открыто выразил свое профессиональное недоумение относительно того, что «примитивная природа нашего понимания патофизиологии таких местных костно-мышечных расстройств, как боль в спине, шее или плечах, является укором в адрес клинических исследований».

Хадлер видит трудность еще и в том, что проблемы, связанные с местными мышечными расстройствами, составляют львиную долю всех жалоб на здоровье: «В многочисленных исследованиях подобные люди составляли большинство среди всех пациентов, обращавшихся к се-

мейным врачам, в скорую медицинскую помощь, к врачам на производстве, ревматологам, ортопедам, остеопатам и хиропрактикам».

Такое состояние, как СМА, так мало изученное, но так сильно влияющее на огромную часть населения, может быть преодолено только одним способом – переобучением коры головного мозга, отвечающей за сознательные чувствительно-двигательные функции. Коре головного мозга нужно сенсорно напомнить то, что было ею забыто, чтобы она снова обрела полный двигательный контроль над пораженной мышечной областью. И когда это происходит, указанные выше симптомы исчезают и хронические, неизлечимые состояния отступают.

СМА можно преодолеть только обучением, а не лечением. Должен возникнуть внутренний процесс, посредством которого в петлю сенсомоторной обратной связи поступит новая сенсорная информация, позволяя двигательным нейронам сознательной части коры головного мозга снова полноценно контролировать мышцы и произвольно расслаблять их.

Такова общая природа патологий СМА. СМА в особенности проявляется в виде 3 патологических процессов: 1) рефлекс травмы; 2) рефлекс испуга; 3) рефлекс Ландау. Легкие случаи СМА – это атрофия, вызванная недостаточным использованием (например, лежащий больной или человек в инвалидном кресле) и привычным неправильным использованием мышечной системы (например, «горб стоматолога», вызванный постоянной работой в наклоненном вперед положении).

Рефлекс травмы проявляется как защитная мышечная реакция на сильную травму. Это рефлекс избегания боли. Съезживание, к примеру, является очевидным проявлением этого рефлекса. Если удариться с одной стороны грудной клетки, то травмированные мышцы с этой стороны станут хронически напряженными. К примеру, после операции по удалению грыжи мышцы живота на травмированной стороне тела обычно будут постоянно сокращены. Если была сломана левая нога или постоянно болит левое колено, человек будет избегать опоры на левую ногу и станет заметно наклоняться на правую сторону, что вызовет сколиоз. Таковы примеры СМА, вызванной рефлексом травмы.

Рефлекс испуга проявляется как стрессовая реакция на угрозу или неприятную ситуацию, реальную или воображаемую. Если угрожающая ситуация, провоцирующая рефлекс испуга, проявляется достаточно часто и достаточно сильно, мышечные сокращения рефлекса приобретают хронический характер, что приводит к напряжению в постоянно приподнятых плечах, вогнутой грудной клетке, натянутым приводящим мышцам бедра и в некоторых



случаях хронически подогнутым локтям и коленям. Побочный эффект хронического паттерна рефлекса испуга – это поверхностное дыхание, которое отражается на функциях сердца и центральной нервной системы, последнее провоцирует хроническое преобладание симпатического нервного возбуждения. Эти примеры СМА, вызванные рефлексом испуга, являются подкорковым алгоритмом мозга, который невозможно напрямую контролировать волевыми импульсами коры головного мозга.

Рефлекс Ландау является реакцией возбуждения, при которой сокращаются мышцы задней части тела, распрямляя спину в готовности двигаться вперед. Мышцы, которые при этом задействуются, – это центральные мышцы-разгибатели позвоночника, ромбовидные мышцы, средняя ягодичная мышца или грушевидная мышца, а также мышцы задней поверхности бедра. Такая реакция проявляется в ситуациях, где от человека требуется действие, например, стук в двери, звонок телефона, ответ на запрос и т.д. К сожалению, типичная повседневная жизнь в городском индустриальном обществе переполнена такими эпизодами. И постоянное повторение подобных ситуаций и рефлекса Ландау переводит рефлекторные мышечные сокращения в хроническую форму.

Мир бизнеса – это мир, где как минимум 80% людей, достигших 40 лет, страдают от болей и тугоподвижности в области спины, мышцы которой от таза до шеи хронически сокращены. Это все примеры СМА, вызванной рефлексом Ландау, подкорковым рефлексом, который, входя в привычку, выходит из-под контроля волевой зоны коры головного мозга. Он становится хроническим.

Очень важно отметить, что проявления этих трех паттернов хронических рефлексов, как правило, ошибочно принимаются за «неизбежные проявления старения». Тем не менее старение не является патологией, и количество прожитых лет не имеет никакого отношения к этим симптомам, кроме, конечно же, допущения, что чем дольше мы живем, тем большему количеству травм и стресса мы подвергаемся. «Старость» – это криптопатология, которая окончательно сводит на нет способность медиков диагностировать СМА.

2. Общая соматическая теория

Существуют два разных подхода к восприятию и воздействию на физиологические процессы. Первый заключается в том, что можно воспринимать тело и воздействовать на тело. Второй – можно воспринимать сому и воздействовать на сому. В первом случае мы видим объективное тело, отдельное от наблюдателя и находящееся «где-то там», это позиция третьего лица. На это тело наблюда-

тель может воздействовать, например, врач «лечит» пациента. Во втором случае тело воспринимается с позиции первого лица, рассматривающего субъективную сому «здесь»: буквально – себя самого. Сомы учится менять себя, т.е. сома – это тело, ощущаемое и воспринимаемое изнутри.

Слово «сома» описывает богатый и постоянно меняющийся набор получаемых ощущений и совершаемых действий, которые происходят в жизни каждого из нас. Соматическая точка зрения дает такое глубокое понимание и такие возможности, которые кажутся категорически невозможными с телесной точки зрения, которая является уже привычной позицией физиологической науки и медицинской практики.

То, что каждый человек испытывает изнутри – это он сам, действующее, чувствующее существо. Переживание (т.е. близкое по значению более традиционным словам «сознание» и «осознанность») является сенсомоторным явлением, в котором ощущение не может быть отделено от движения, а движение не может быть отделено от ощущения – они являются основой личной реальности человека. Эта нераздельность означает, что тем, что мы не ощущаем, мы не можем двигать; то, чем мы не можем двигать, мы не можем ощущать.

Наши переживания делятся на два слоя: филогенетические и онтогенетические. То, что дано нам филогенетически, является мириадами сенсомоторных программ, которые развивались у млекопитающих так же, как прежде у позвоночных, начиная с самых ранних форм жизни. Эти программы, рефлексивные и автономные по своей природе, являются древним биологическим океаном, на котором дрейфует наш жизненный опыт. Я назвал это биологическое явление «архисомой». Она представляет собой неосознанные процессы, от которых зависит соматическая жизнь. Эти функции произвольны.

Онтогенетический слой состоит из мириад сенсомоторных программ, которые были выучены начиная с момента рождения. Они вырабатываются во время развития в детстве из океана более глубоких рефлексов. Онтогенетический слой наших переживаний, следовательно, является результатом приобретенных адаптаций. Он составляет ту часть нашего опыта, которую мы называем «сознательным», и ту часть наших действий, которые мы называем «произвольными».

Наши сознательные, произвольные переживания произрастают из и зиждутся на нашем подсознательном, непроизвольном слое переживаний. Рождаясь, мы представляем собой не более чем набор ненамеренных реф-

лексов и автономных процессов. Лишь постепенно мы учимся, идя по пути в мир сознательного, произвольного контроля. Тем не менее, если происходит нечто, что пробуждает наши сильные подсознательные, автономные рефлексы, мы можем обнаружить, что бессознательный контроль стал преобладать над нашей сенсомоторной сферой, и мы ничего не можем поделать с этим напрямью. Мы только можем, опять же, научиться тому, как избавиться от этой потери воли.

Неврологически подобное разграничение между филогенетическим и онтогенетическим слоями является разграничением между подкорковыми, нижними структурами головного мозга и корковыми, верхними структурами головного мозга. При появлении СМА мы можем с уверенностью сказать, что подкорковые рефлексы лишили кору головного мозга когда-то усвоенного контроля над функциями. СО является единственным путем, которым мы можем пойти, чтобы преодолеть СМА и обрести больший произвольный контроль над своими физиологическими процессами.

Такой вкратце является теоретическая основа, на которой строится клиническое СО. Более широкие вопросы по соматической философии уже обсуждались ранее.

3. Сенсомоторное обучение

СМА можно преодолеть при помощи сенсомоторного процесса напоминания коре головного мозга, отвечающей за произвольные движения, о том, что она перестала ощущать и делать. Этого можно достичь несколькими способами, два из которых мы уже обсуждали: 1) помогая человеку начать сенсорно осознавать свои паттерны непроизвольных, неосознанных движений (т.е. «посредством чего»); 2) при помощи кинетического отзеркаливания, которое запускает процесс расслабления непроизвольно сокращенных мышц.

Третий метод преодоления СМА – именно он куда более эффективен, чем предыдущие два, – это пандикулярная реакция.

Пандикуляцией (рефлексом потягивания и зевания) называют паттерн действий, который встречается, как правило, у всех существ царства позвоночных. Это сенсомоторное действие используется животными для пробуждения участка коры головного мозга, отвечающего за произвольные движения. Через сильное произвольное мышечное сокращение вызывается такой же силы сенсорная стимуляция двигательных нейронов, и таким образом «будится» сенсомоторный участок коры головного мозга. Когда, например, просыпается кошка или собака, то она потягивается, т.е. сильно сокращает крупные мышцы-разгибатели спины, которые очень важны при беге. Затем она может сделать потягивание в обратную сторону, изогнувшись и сократив мышцы передней части тела. Потягивание (пандикуляция) готовит животное к нормальному восприятию и движению, подготавливая участок коры головного мозга, отвечающий за произвольные движения, к эффективному функционированию.

Птицы потягиваются, поднимая и раскрывая назад крыло и вытягивая одноименную лапку назад. А.Ф.Фрайзер, который стал признанным знатоком данного феномена, подтвердил, что пандикуляция возникает даже на внутриутробной стадии развития. Изучая зародышей овец при помощи флюороскопа, он наблюдал нерегулярные вытягивания конечностей зародыша, запрограммированные в коре мозга.

Пандикуляция проявляется и у людей. Беременные женщины говорят не только о том, что ребенок «пинается» у них в животе, но и о том, что происходят медленные удлиняющие движения, выпячивающие живот. Тот факт, что

пандикуляция возникает повсеместно у позвоночных и млекопитающих, причем как до рождения, так и после, указывает на филогенетическую глубину данного древнего паттерна действий.

Просыпаясь, человеческие существа тоже пандикулируют: они распрямляют спину, вытягивают ноги, руки и челюсть при помощи характерных потягиваний. Люди вытягивают конечности очень похожим образом, как и прочие млекопитающие. В любом случае, это напрямую связано с пробуждением – таков древний сенсомоторный паттерн коркового пробуждения.

Пандикулярная реакция является главной сенсомоторной техникой, которой пользуются практики клинического СО. Вместо того чтобы практик сосредоточивался на том, чтобы обеспечить сенсорную обратную связь при помощи собственных действий, он предлагает ученику самостоятельно выполнить сильное произвольное сокращение мышц, тем самым создавая собственную мощную сенсорную обратную связь и одновременно придавая сенсорное усиление двигательным нейронам во время их произвольного сокращения.

Действие пандикулярной реакции просто потрясает. Группы мышц, которые находились в постоянном напряжении 40 лет или больше, не только расслабляются, но при незначительных усилиях остаются в этом расслабленном состоянии. Сенсомоторное изменение является и быстрым, и комфортным. Тот факт, что длительное хроническое мышечное сокращение может исчезнуть так быстро, неврологически не является таким уж удивительным. Если изменение происходит в самом сердце сенсомоторных ощущений, периферическим мышцам больше ничего не остается, как снизить уровень сокращения. Мышцы служат мозгу и не обладают собственной волей.

При более близком рассмотрении мы можем увидеть, как происходит пандикулярная реакция. Если, к примеру, жалующийся клиент потерял 40% своего коркового произвольного контроля в пользу подкорковых рефлексов, он все еще обладает 60% произвольного контроля, хотя он не способен расслабить мышцы ниже уровня 40%. Но пользуясь пандикулярной реакцией, он сможет вернуть себе возможность снова обрести произвольный, корковый контроль. Клиент не может расслабить мышцы ниже 40%, зато он может сознательно сократить их выше данного показателя, например, до 70%. Подобное произвольное сокращение, если оно выполняется сильно и долго, создает ту самую необходимую коре головного мозга сенсорную обратную связь, которой не хватает. Если это сильное сокращение очень медленно расслаблять, сенсорное возбуждение двигательных нейронов становится таким, что после того, как мышцы достигнут исходного уровня расслабления, они продолжают расслабляться дальше, т.е. ниже этого уровня – до 30%, затем до 20, 10%, пока не достигнут полного расслабления и полного отсутствия непроизвольного возбуждения в мышцах.

Обучить практика тому, как преподавать клиенту выполнение пандикуляции именно таким точным способом, не является ни очевидным, ни легким, однако, обучившись этому однажды, практик добавит главную составляющую в систему клинического СО – надежное достижение произвольного сенсомоторного контроля. Большой корковый контроль дает большую свободу и независимость – очевидная цель в гонке разных существ, управляемых корой головного мозга, имеющей огромную способность к обучению.

Подводя итог, можно сказать, что обучение клинической соматике требует всестороннего понимания того, как могут появляться патологические функции, знания общей



теории сенсомоторного функционирования человека и обладания мощным набором техник обращения патологии вспять с предсказуемой эффективностью. Когда достигаются все три условия, мы получаем новую модальность в области здравоохранения: ту, с которой практики знают, что они делают, знают, что требуется исправить, и знают, как это сделать.

Настоящий преподаватель клинической соматики – это тот, кто настолько ясно видит, что за случай перед ним, что он может с высокой точностью спрогнозировать, как преодолеть данное расстройство. Ясность и предсказуемая достоверность клинического СО – это те качества, которые требуются в клинической модальности, чтобы пройти проверку научного изучения и подтверждения. Это то, что необходимо, если возникает потребность в клинической модальности, которая будет решать широко распространенные проблемы, от которых страдают люди и которые, очевидно, не решаются медицинским путем или другими терапевтическими способами. Это то, что необходимо, если мы собираемся выстраивать позитивную науку о здоровье и независимости человека.

Опыт обучения студентов медицинского вуза основам классического массажа на базе центра здоровья санатория-профилактория

Учеба в высшем учебном заведении, а особенно в медицинском университете, сопровождается большими нагрузками, стрессами и другими факторами, отрицательно влияющими на состояние здоровья студентов.

Среди студентов широко распространены хронические заболевания и функциональные нарушения, такие как переутомление, астенические и неврозоподобные состояния, снижение умственной и физической работоспособности и психологической устойчивости. Ослабленное здоровье в свою очередь ведет к снижению эффективности работы учащихся, успеваемости. В этих условиях массаж мог бы стать эффективным средством оздоровления обучающихся.

В качестве варианта решения данной проблемы нами была организована работа обучающихся семинаров по массажу для студентов на базе Центра здоровья санатория-профилактория ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России.

Задача работы: исследовать возможность и актуальность обучения студентов БГМУ массажным практикам.

Материал и методы

В 2011/2012 учебном году на базе Центра здоровья санатория-профилактория БГМУ проводилось обучение студентов университета гигиеническому и классическому массажу. Проходили еженедельные семинары по средам с 18.30 до 20.30. Также работал кабинет практических навыков по рабочим дням с 12.00 до 19.00.

Программа семинара состоит из теоретической и практической частей, мастер-классов, проводимых специалистами разных массажных практик, и самостоятельной работы студентов.

На семинарах студенты изучали историю развития массажа, показания и противопоказания к массажу, физиологические механизмы воздействия массажа, влияние массажа на организм человека, структуру ответных реакций на массаж, гигиенические основы массажа, продолжительность, частоту процедур и длительность курса массажа, организацию работы массажиста, системы, школы, виды, классификацию массажа.

Были проведены следующие мастер-классы: косметический массаж, детский массаж, медовый массаж, спортивный массаж, точечный массаж, баночный массаж, бразийский массаж.

Результаты

За 2011/2012 учебный год прошли обучение 200 человек по 4-часовой программе и 20 человек – по 52-часовой программе, каждый из которых провел в среднем 3 полных курса классического массажа студентам университета. Двенадцать членов клуба принимали участие в чемпионатах по массажу среди студентов.

Выводы

Организация процесса обучения массажу студентами была выполнена в полном объеме. Работа клуба дала положительные результаты в организации взаимодействия среди студентов. Качество обучения в клубе положительно отражается на результативности участников в проводимых чемпионатах республиканского уровня.

*А.Я.Крюкова, А.А.Галимзянов, С.В.Быковский
ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский
университет Минздрава России, Уфа*

Основы моделирования рациональных технологий ручного массажа для лиц с отклонениями в состоянии здоровья

В результате различных заболеваний и травм у больных часто развиваются тяжелые функциональные нарушения, приводящие к инвалидности и ограничению трудоспособности. В связи с этим в системе медицинской и социально-бытовой реабилитации больных физические средства реабилитации играют одну из ведущих ролей.

Восстановление трудоспособности больных может быть достигнуто лишь при применении комплекса дополняющих друг друга лечебных средств, направленных на улучшение функциональных возможностей организма. Одним из высокоэффективных средств физической реабилитации, способствующих повышению адаптивных возможностей организма и иммунитета, является ручной массаж. Массаж – это мощное терапевтическое средство, которое через нейрогуморальные механизмы оказывает многогранное действие на все системы организма. Общеизвестно, что в основу технологии ручного массажа заложены 3 основные характеристики: используемые массажные приемы, время их проведения и место проведения (преимущественно мышечные группы или соединительнотканые структуры).

Однако для целенаправленного управления адаптивными механизмами организма больных и получения ожидаемого гарантированного результата необходимо иметь полное представление о влиянии массажа как на отдельные системы, так и на весь организм в целом в зависимости от технологии его проведения и направленности действия.

В настоящее время известно, что массаж в зависимости от технологического режима может иметь две направленности: тонизирующую или релаксирующую, которые и обеспечивают генерализованную ответную реакцию всего организма. Для более четкого представления технологий тонизирующей и релаксирующей направленностей ручного массажа и их влияния на разные системы организма необходимо выделить следующие схемы, приведенные на рис. 1 и 2.

Какие же изменения происходят в разных системах организма при моделировании массажа, технологический ре-

жим которого обеспечивает тонизирующую направленность действия? В центральной нервной системе (ЦНС) создаются предпосылки для преобладания процессов возбуждения; в вегетативной нервной системе (ВНС) создаются предпосылки для преобладания симпатического отдела; со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) создаются предпосылки для увеличения частоты сердечных сокращений, для повышения сосудистого тонуса, но уменьшается объем сердечного выброса; в дыхательной системе создаются предпосылки для увеличения дыхательных циклов, уменьшается легочный объем, дыхание становится частым, но неглубоким; в нервно-мышечном аппарате создаются предпосылки для повышения общей работоспособности, увеличения скоростно-силовых качеств; также повышается мышечный тонус, но снижается амплитуда движений в суставах; обменно-трофические процессы усиливаются с преобладанием процессов катаболизма над анаболизмом, т.е. стимулируется преимущественно расход ресурсов организма.

Вместе с этим следует выделить изменения, происходящие в системах организма при моделировании массажа, технологический режим которого обеспечивает релаксирующую направленность действия: в ЦНС создаются предпосылки для преобладания процессов торможения; в ВНС – для преобладания парасимпатического отдела; в СССР – к урежению частоты сердечных сокращений, увеличению сердечного выброса, снижению сосудистого тонуса; в дыхательной системе – к уменьшению частоты дыхательных циклов (дыхание становится редкое, но глубокое), увеличивается легочный объем, улучшается усвояемость кислорода, транспортная функция кровообращения; в нервно-мышечном аппарате создаются предпосылки для снижения мышечного тонуса, скоростно-силовых возможностей, общей работоспособности, но увеличивается амплитуда движений в суставах; обменно-трофические процессы усиливаются с преобладанием процессов анаболизма над процессами катаболизма, т.е. стимулируется преимущественное накопление веществ. Общеизвестно, что ручной массаж через нейрогуморальные механизмы может расслабить или тонизировать ор-

Рис. 1. Ручной массаж, технологический режим которого обеспечивает тонизирующую направленность действия.



Рис. 2. Ручной массаж, технологический режим которого обеспечивает релаксирующую направленность действия.



Технологические параметры основных массажных приемов				
Приемы	Давление	Направление движения	Характер движения	Скорость движения, см/с
Поглаживание	Постоянное на протяжении одного пасса, не превышающее тяжести кисти, без смещения кожных покровов; действует в основе на кожу, преимущественно на венозный и лимфоотток	Центростремительное	Прямолинейный, спиралевидный, кругообразный	16–17
Выжимание	Постоянное на протяжении одного пасса и соответствующее УПБЧ, действует на кожу, подкожно-жировую клетчатку, мышцы, сумочно-связочный аппарат, т.е. на всю глубину подлежащих тканей	Центростремительное	Прямолинейный	16–17
Растирание	Постоянное на протяжении одного пасса и соответствующее УПБЧ	Без учета центростремительности	Прямолинейный, спиралевидный, кругообразный	Может быть больше, меньше 16
Разминание	Ритмично изменяющееся от нуля до УПБЧ на протяжении одного пасса. Чем контрастнее перепады по давлению, тем выше эффективность разминания	Центростремительное	Спиралевидный	16–17

ганизм. Мы должны понимать, что и тонизирующая и релаксирующая направленности массажа сами по себе благотворны для организма, вызывая соответствующие реакции в нем. И в этом контексте становится очень важным правильное обоснование применения той или иной направленности в каждом конкретном случае, поскольку, благоприятно воздействуя в одной ситуации, данная методика массажа может принести серьезный вред в другой.

Таким образом, ручной массаж, выполненный с различным технологическим режимом (разной направленностью действия: тонизирующей или релаксирующей), вызывает разнонаправленные изменения в обмене веществ. Тонизирующий массаж способствует повышению функциональной активности различных систем, преимущественной мобилизации резервов организма и запуску механизмов, характерных преимущественно для «срочной» адаптации; релаксирующий – преимущественному накоплению энергетического и пластического материала, временному снижению функциональной активности и запуску механизмов, характерных преимущественно для «долговременной» адаптации.

Учитывая, что ослабленный организм больных сочетает в себе ряд сопутствующих заболеваний, следует строго соблюдать влияние конкретного технологического режима массажа (направленности) на разные системы.

Тонизирующий или релаксирующий эффект массажа обеспечивают массажные приемы. Однако, к сожалению, в настоящее время нет единого представления о класси-

фикации его основных приемов. Как известно, любой массажный прием является структурным компонентом и гарантом качества массажной процедуры в целом. В связи с этим становится очевидным, что каждый массажный прием должен обладать определенными характеристиками или критериями, отличающими его от всех остальных. Такого подхода к массажным приемам в научно-методической литературе сегодня, к сожалению, не наблюдается. Основные массажные приемы и их разновидности освещены поверхностно, без четких и конкретных технологических режимов, что в конечном счете дает возможность к субъективной интерпретации получаемой информации. Отсюда становится очевидным, что без конкретных технологических параметров, характеризующих любой массажный прием, невозможно провести соответствующую процедуру в целом с гарантированным и предсказуемым результатом.

Таким образом, любой массажный прием должен оцениваться по соответствующим технологическим параметрам, к которым относятся давление, направление, характер и скорость движения руки массажиста (см. таблицу). А.В.Полуструев и соавт. (2005 г.) в своих работах уточняет, что направленности массажа формируются на базе физиологических особенностей отдельных массажных приемов. Кроме того, отмечено, что один и тот же массажный прием в зависимости от анатомо-физиологических особенностей рассматриваемого сегмента (мышца, сустав) и экспозиции приводит к разным ответным реакциям изучаемых систем организма, которые обеспечи-

вают разную направленность действия массажа (тонизирующую или релаксирующую).

Для выбора и выполнения массажа той или иной направленности (тонизирующей или релаксирующей) необходимо учитывать следующее (А.В.Полуструев, Е.П.Артеменко, С.Н.Якименко, 1999): 1) физиологические особенности отдельных массажных приемов; 2) технологию массажного приема; 3) уровень функционального состояния с выделенным ведущим клиническим признаком; 4) уровень порога болевой чувствительности (УПБЧ); 5) принцип «не навреди».

Выбор направленности (тонизирующая или релаксирующая) определяется уровнем функционального состояния и прямо ему противоположен. Уровень функционального состояния оценивается по состоянию таких систем организма, как дыхательная, мышечная, ЦНС, ВНС, ССС.

Важно отметить, что при использовании данного подхода в лечебных целях, прежде всего, необходимо ориентироваться на ведущий клинический признак заболевания и связанные с этим патологические сдвиги в организме больного. Ведущий клинический признак заболевания – это тот симптом, который является основным на данном этапе течения патологического процесса и прежде всего нуждается в коррекции.

При выборе методики массажа необходимо учитывать возможные осложнения, которые могут возникнуть при выполнении тех или иных массажных манипуляций. Назовем некоторые из них.

Известно, что при обработке приемами разминания мышечных групп в течение первых 6 мин обеспечивается тонизирующий компонент в релаксирующем массаже. В тех случаях, когда тонизирующий компонент может привести к осложнениям, необходимо выбрать тот вариант масса-

жа, который не предусматривает работу на мышечных группах (работа преимущественно на соединительно-тканых структурах). Если же тонизирующий компонент принципиально не изменяет уровень функционального состояния, выбирается самый эффективный вариант массажа (работа как на мышечных группах, так и на соединительнотканых структурах).

Рабочие сегменты выбираются в соответствии с локализацией патологического процесса и концентрацией рефлекторных изменений. При выборе рабочих сегментов необходимо также учитывать, что при длительно текущих патологических ситуациях в процесс вовлекаются околопозвоночные структуры и сам позвоночник. В связи с этим необходимо учитывать нервно-рефлекторные связи и сегментарную иннервацию при любой локализации патологического процесса и включать в работу соответствующие отделы позвоночника.

На основании изложенного следует подчеркнуть, что для получения гарантированного благотворного результата необходимо моделировать методику массажа всегда с учетом функционального состояния организма больного и в соответствии с выбранной направленностью строго соблюдать его технологический режим. Таким образом, правильно построенная методика ручного массажа через нейрогуморальные механизмы может мощно стимулировать адаптационные механизмы ослабленного организма.

*С.Н.Якименко, АНО ЦДПО Омская школа массажа;
А.В.Полуструев, БУЗ Центр восстановительной медицины и реабилитации Минздрава Омской области, Омск;
Е.П.Артеменко, П.Ю.Ефремов, Башкирский институт физической культуры (филиал) ФГБОУ ВПО Уральский государственный университет физической культуры, Уфа*

Марма-терапия: древнее искусство исцеления

По преданию, наука о мармах берет начало в текстах великого индийского мудреца Агастья, жившего тысячи лет назад на юге Индии. Однако наверняка известно, что первыми разработали и начали практиковать марма-терапию в Южной Индии мастера школы Калари. Это были воины касты кшатриев, владевшие боевым искусством Каларипаятту. Каларипаятту включает в себя не только боевые приемы, но и медитацию, йога-практику и знание Аюрведы (науки о здоровье и долголетьи). В этом смысле марма-терапия представляет собой уникальное сочетание Аюрведы и искусства единоборства.

На протяжении тысячелетий знание марм и их функций помогало воинам Каларипаятту легким точным ударом смертельно поразить противника или быстро восстановиться после боя (например, энергетически пролонгированный удар в сурья-марму может вызвать остановку сердца на несколько минут и даже часов). Поэтому эти знания в Индии до сих пор тщательно оберегаются, передаются из поколения в поколение, а западным ученикам даются лишь сведения, связанные с практикой исцеления. Так, в одном из своих канонов Агастья предупреждает: «Это (знание о мармах) не было создано для каждого в этом мире. Вы должны понимать это. Люди могут приходить и, восхваляя вас, пытаться завладеть им, но не допускайте этого. Наблюдайте и готовьте ученика 12 лет, и лишь потом можете раскрыть ему это учение».



Слово «марма» с санскрита переводится как «тайный, невидимый, жизненный». Термин «мармы» означает точки концентрации в человеческом теле жизненной энергии – праны. Энергия определяет все жизненные процессы, происходящие в организме. Прана распространяется в теле по специальным каналам – нади. Согласно Аюрведе, на нашем теле располагается 107 марма-точек, а разум является 108-й. Мармы могут находиться в сосудах, костях, сухожилиях, связках и суставах. С точки зрения марма-терапии, основополагающей причиной большинства болезней является нарушение распределения жизненной энергии в организме человека. Точечное воздействие на мармы позволяет устранить энергетические блоки и восстановить нормальное течение праны в теле и сознании.

Марма-терапия включает:

- массаж марма-точек. Для успешной диагностики и лечения пациента необходимо выбрать не только комплекс марма-точек, но и верный метод их стимуляции (известно 24 способа воздействия на одну из 107 точек);
- местное применение лекарственных масел и мазей. Масла подбираются в соответствии с индивидуальной конституцией, типом доши (тремя базовыми энергиями) и состоянием здоровья пациента. Теплые масла под энергичным действием массажа глубоко проникают в ткани и оказывают дополнительную стимуляцию, освобождая межклеточное пространство от накопившихся токсинов, помогая устранить застой энергии;
- наложение повязок;
- упражнения.

Существуют три основных разновидности марма-массажа:

1. Суша тируммал. Этот массаж применяется в качестве профилактического средства, для общего укрепления здоровья пациентов, не имеющих заболеваний на данный момент.



2. Ракша тируммал – используется для лечения многих заболеваний как соматического, так и психологического свойства.



3. Кача тируммал – применяется для лиц, занимающихся спортом, танцами, единоборствами для улучшения формы и повышения гибкости.

Итак, марма-массаж может применяться как для профилактики, так и для лечения таких хронических заболеваний, как мигрень, боль в спине, ишиас, боль в коленных суставах, шее, астма.

Приведу пример из практики. В 2010 г. ко мне обратилась пациентка, которая на протяжении 15 лет испытывала сильнейшие периодические приступы мигрени, сопровождающиеся головокружением, тошнотой, спазмами в желудке. Лечение было быстрым и эффективным. Определенное воздействие на марма-точку *Shankha marma* (шанкха-марма) позволило снять боль и все сопутствующие симптомы. Эффект от одного сеанса длится уже более 4 лет.

Марма-массаж также эффективен при разнообразных соматических состояниях, он помогает избавиться от последствий депрессии, снимает стресс и усталость, улучшает сон, повышает работоспособность и жизненный тонус, приносит ощущение покоя и умиротворения. К тому же точечный массаж отлично корректирует фигуру: лечит целлюлит и ожирение, способствует очищению организма, обладает омолаживающим эффектом.

Для возрастных пациентов марма-массаж может быть незаменимым средством для улучшения работы сердечно-сосудистой, иммунной, нервной систем, лечения опорно-двигательного аппарата.

Пример из лечебной практики: ко мне обратилась 60-летняя пациентка с диагнозом «остеоартроз» с жалобами на боли в коленных суставах, а также с затруднением сгибания-разгибания колен. На протяжении 2-недельного курса был сделан курс марма-массажа с доминирующим воздействием на марма-точку *Japu marma* (джану-марма). Впоследствии самочувствие пациентки значительно улучшилось и боли прекратились.

В экстренных ситуациях знание о мармах может спасти чью-то жизнь или стать своеобразной «аптечкой», которая всегда с вами.

Пример эффективности марма-терапии при оказании первой медицинской помощи: в поезде у одного из моих попутчиков случился эпилептический приступ. Воздействие на его *Kshipra marma* (кшипра-марму) моментально привело больного в чувство.

В период моей работы в качестве главного врача на Играх доброй воли в Дели в 2010 г. с помощью воздействия на мармы удалось быстро восстановить силы ряда спортсменов. Так, спортсмен из Норфолка непосредственно перед началом соревнований по стрельбе из лука обратился с жалобой на спазм и резкую боль в плече. Я воздействовал на мармы, которые находятся на икроножной, дельтовидной и плечевой мышце *Indra vasthi marma* (индраvasti-марма) и *Kshipra marma* (кшипра-марма). Спортсмен моментально почувствовал облегчение, смог принять участие в соревнованиях и завоевал бронзовую награду. Спортсмен из Индии (тоже лучник) обратился с жалобой на сильную боль в нижнем отделе спины. Я воздействовал на точки в основании спины *Kadikatharuna marma* (кадикатаруна-марма) и *Kukunthara marma* (кукунтара-марма), что принесло спортсмену незамедлительное улучшение, и он смог успешно выступить на соревнованиях (завоевал золотую медаль в своем виде спорта). Как было уже упомянуто, западным ученикам знания о мармах даются частично: преподается только та часть, которая связана с исцелением пациента. Поэтому на своем обучающем курсе марма-массажа я рассказываю о 64 марма-точках из 107 и обучаю 24 методам стимули-

рования каждой из этих точек. На курсе особое внимание уделяю работе с болями в спине, шее, коленях, ногах, а также терапии при мигренях, синуситах и астме. Хорошо известно, что эти проблемы наиболее актуальны для жителей больших городов. Мой курс в Москве предназначен для профессиональных массажистов, которые хотят повысить уровень мастерства и получить новые компетенции в сфере точечного массажа. Один из моих выпускников первой группы курса, остеопат Андрей Поппель, отмечал: «На курсе обучения марма-массажу я нашел несколько ключей, открывающих возможность быстрее и эффективнее лечить пациентов. С помощью марма-точек можно напрямую воздействовать на пораженный орган, минуя мышечные напряжения». Ключи, о которых он говорит, – это знание расположения марм, умение их распознавать и опыт правильного (в зависимости от состояния пациента) стимулирования.

Таким образом, марма-терапия – это эффективный метод лечения разных заболеваний и пациентов разного возраста. Основное отличие от традиционных методов массажа – это возможность напрямую – посредством стимулирования точки – воздействовать на пораженный орган, улучшать кровообращение, успешно лечить психосоматические расстройства пациента.



Ниил Венугопал, марма-терапевт, д-р Аюрведы, глав. врач Аюрведического исследовательского спа-центра Анжали в Каннуре, глав. врач Игр доброй воли – 2010, выпускник факультета аюрведической медицины и хирургии Университета Каннура, Керала (Индия)

Обучающий курс марма-терапии пройдет в Москве в центре Аюрведы и йоги «Керала» (Москва, Мичуринский проспект, д. 3). Телефон для справок и записи: 8 (495) 646-13-31. Начало 1-й группы курса – 17 октября, 2-й группы курса – 31 октября.

Эффективность точечного массажа в комплексной реабилитации мужчин 25–35 лет с хроническим гастритом

Обзор литературы по выбранной теме показал, что неблагоприятная ситуация в отношении пищеварительной системы, сложившаяся в нашей стране, делает необходимым совершенствование медицинской помощи и реабилитационных мероприятий с целью улучшения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта у пациентов с хроническим гастритом (В.А.Астахов, 2005; Н.И.Белякова, 2004). Современное лечение хронических гастритов только в 65–75% случаев позволяет остановить прогрессирование заболевания желудка (А.В.Веселов, 2005). Это обуславливает актуальность поиска новых методов лечения и профилактики хронических гастритов, которые способствовали бы исправлению имеющейся патологии на раннем этапе заболевания.

Точечный массаж при гастрите оказывает положительное влияние: успокаивает и стимулирует нервную систему, снимает болевые ощущения, снижает напряжение мышц, воздействует на секреторную и моторную функции желудка, а также на регуляцию пищеварительных процессов, способствует улучшению трофики слизистой оболочки желудка и кровообращения в брюшной полости (А.С.Бровицкий, 2005). Таким образом, целью исследования явилось определение эффективности точечного массажа в комплексной реабилитации мужчин 25–35 лет с хроническим гастритом. Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи:

1. Определить влияние точечного массажа на данные гастроскопии у пациентов с хроническим гастритом.
2. Исследовать влияние точечного массажа на общую физическую работоспособность у пациентов с хроническим гастритом.
3. Оценить действие точечного массажа на функциональные возможности системы дыхания у мужчин 25–35 лет с хроническим гастритом.

Для решения поставленных задач были выбраны следующие методы исследования:

1. Исследование состояния гастродуоденальной зоны – гастроскопия.
2. Исследование функционального состояния дыхательной системы – спирометрия, проба Розенталя.
3. Исследование общей физической работоспособности – индекс гарвардского степ-теста.

Для решения задач исследования на базе терапевтического отделения омской городской больницы №3 было сформировано 2 группы мужчин по 10 человек в каждой. Все они проходили курс реабилитации, который включал в себя лечебную физкультуру, курс лечебного массажа, физиопроцедуры (электрофорез, гальванизация области желудка, парафинотерапия, внутрижелудочные синусоидально-модулированные токи). Кроме этого с пациентами основной группы дополнительно был проведен курс точечного массажа.

Результаты эндоскопического исследования гастродуоденальной зоны не выявили преимуществ точечного массажа, существенное улучшение мы наблюдали как в основной, так и в контрольной группах мужчин 25–35 лет с хроническим гастритом.

Результаты исследования общей физической работоспособности после прохождения курса реабилитации с примени-

ем точечного массажа выявили существенное ее улучшение у пациентов основной группы. Так, отличный уровень физической работоспособности увеличился на 20%, хороший и средний уровень – на 10%, слабый уровень физической работоспособности снизился на 20%, а плохой уровень уменьшился до 0%.

В контрольной группе показатели общей физической работоспособности значительно не изменились. На 10% увеличился отличный уровень работоспособности, хороший уровень остался без изменений, средний уровень повысился на 10%, слабый уровень физической работоспособности снизился на 10%, а плохой уровень уменьшился до 0%.

Таким образом, в контрольной группе показатели уровня общей физической работоспособности существенно не изменились, а в основной группе значительно улучшились за счет появления отличного уровня, увеличения хорошего и среднего уровня, а также снижения слабого и плохого уровней физической работоспособности.

В контрольной группе результаты пробы Розенталя в начале и в конце исследования существенно не изменились. Так, исходное значение жизненной емкости легких (ЖЕЛ) в покое составило 3612 ± 56 мл, а конечное – 3706 ± 68 мл. После выполнения 5-кратного измерения ЖЕЛ с интервалом 15 с у мужчин контрольной группы наблюдалось существенное снижение показателя, который не восстановился в первые 3 мин. Данная реакция на нагрузку расценивается как неудовлетворительная. Таким образом, в контрольной группе как в начале исследования, так и в конце результат пробы Розенталя зарегистрирован на неудовлетворительном уровне.

На начало исследования существенных различий в динамике показателей ЖЕЛ между основной и контрольной группами не наблюдалось. Реакция на нагрузку имела такой же характер, как и в контрольной группе: при выполнении 5-кратного измерения ЖЕЛ с интервалом 15 с результаты пробы также были на неудовлетворительном уровне. После проведения реабилитационных мероприятий с включением точечного массажа реакция дыхательной системы на нагрузку у мужчин основной группы существенно изменилась. Увеличилась ЖЕЛ в покое и составила 3720 ± 62 мл (3619 ± 67 мл – в начале исследования), результаты пробы Розенталя с неудовлетворительного уровня изменились до удовлетворительного. После нагрузки показатели ЖЕЛ снизились, однако уже на 2-й минуте восстановительного периода они приняли свое исходное значение, а на 3-й минуте восстановительного периода превысили значение покоя.

Таким образом, комплексная реабилитация с применением точечного массажа достоверно улучшает показатель ЖЕЛ и благотворно влияет на деятельность дыхательной системы в целом.

Проведенное исследование показало высокую эффективность точечного массажа, включенного в программу комплексной реабилитации мужчин 25–35 лет с хроническим гастритом.

О.В.Балберова, О.Б.Богданова

Стерлитамакский институт физической культуры (филиал) ФГБОУ ВПО Уральский государственный университет физической культуры

Массаж как средство регуляции эмоционального состояния спортсменов

Дальнейшее повышение роста результатов спортсменов не может идти только за счет все большего увеличения объема и интенсивности тренировочных нагрузок, впрочем, как и за счет дальнейшего совершенствования системы организации учебно-тренировочного процесса и подготовки к соревнованиям. В условиях современного спорта высших достижений, когда спортсмены в основном имеют примерно одинаковый уровень физической, технической и тактической подготовленности, возрастает значимость психической готовности к соревнованию. Необходимо полнее использовать скрытые резервы, заложенные в самой личности спортсмена. Такой подход к подготовке спортсмена, основанный на знании возможностей человеческой психики, заслуживает самого пристального внимания, так как именно он содержит еще неиспользованные резервы повышения эффективности обучения и тренировки в спорте, а также помогает в решении задачи вхождения в необходимое психическое состояние перед стартом. Проблема формирования умений и навыков вхождения в оптимальное предстартовое состояние (состояние боевой готовности) является крайне важной для современного спорта. Это объясняется тем, что одной из основных причин, мешающих спортсмену полностью реализовать свой потенциал, является неумение справляться с неблагоприятными предстартовыми состояниями.

Механизмы состояний, возникающих перед деятельностью, помимо условно-рефлекторной включают и психическую волевую регуляцию состояний. Поэтому состояния, возникающие перед соревнованиями, характеризуются не только изменениями вегетативных функций (повышением частоты пульса, ритма дыхания, обмена веществ), но и отражаются на проявлении двигательных качеств, технике движений, поведении спортсмена, его речи и т.д. (Е.Н.Гогун, 2000).

Многие авторы указывают на отрицательное влияние значительного эмоционального возбуждения перед стартом и предлагают средства и методы регуляции, направленные на его снижение (Е.А.Гамаль, И.С.Пиралишвили, А.В.Алексеев, О.В.Дашкевич, В.М.Игуменов). В то же время приводятся примеры положительного влияния эмоционального возбуждения на результаты выступления спортсменов в соревнованиях (Э.Ю.Пунг, И.С.Пиралишвили, Л.Н.Радченко, Л.И.Аикина, А.А.Бирюков и др.).

Несмотря на убедительность проведенных исследований, до настоящего времени еще велик дефицит исследований по избирательным воздействиям на регулирование эмоционального возбуждения.

Многочисленные наблюдения за выступлениями спортсменов на соревнованиях показывают, что чрезмерное эмоциональное возбуждение, сопровождающееся неуверенностью, тревожностью, мыслями о последствиях неудачного выступления и др., как правило, обрекает спортсмена на неудачу еще до выхода на старт.

В зависимости от индивидуальных особенностей спортсмена, его физических и психических качеств, этапов спортивного совершенствования возможны разнообразные подходы к оптимизации стартового состояния и управлению им. При рациональном психическом настрое на предстоящие соревнования повышенное возбуждение должно быть направлено не на переживания и опасности, а на концентрацию внима-

ния на узловых компонентах технико-тактических и функциональных проявлений, учет которых обеспечивает успешное выступление на соревнованиях.

В экспериментальной группе для регуляции эмоционального возбуждения использовалась разработанная нами методика массажа, где при выраженной у спортсменов стартовой лихорадке применялись успокаивающие приемы массажа, а при стартовой апатии с целью ее мобилизации – тонизирующие. Успокаивающий массаж с целью снижения возбудимости нервной системы включал следующие приемы: поглаживание (60% общего времени сеанса), разминание (20–25%), потряхивание и встряхивание (15–20%). Тонизирующий массаж с целью повышения возбудимости нервной системы включал выжимание (10%), разминание (50%), ударные приемы (30%) в сочетании с потряхиванием и поглаживанием. Успокаивающие приемы выполнялись ритмично, непрерывно, плавно и поверхностно, а тонизирующие – глубоко, энергично, но ни в коем случае не грубо.

Массаж проводился в области спины, шеи, груди и верхних конечностей. Особое значение уделяли массажу спины и шеи. Как известно, эта область является огромной рефлексогенной зоной, воздействуя на которую можно получить отчетливую реакцию со стороны внутренних органов по типу висцеросенсорного рефлекса (В.И.Васичкин, 1990).

У спортсменов экспериментальной группы с выраженной лихорадкой успокаивающие приемы массажа вызвали уменьшение амплитуды тремора. Полученные данные позволяют рассматривать успокаивающий массаж в качестве эффективного средства, направленного на нормализацию функционального состояния центральной нервной системы. Тонизирующие же приемы массажа способствовали увеличению амплитуды тремора с выраженной аритмией, что, по данным литературы (В.И.Дубровский, 1991), свидетельствует о мобилизации функций организма. Предложенная нами методика массажа способствовала ускорению восстановительных процессов после соревнований, о чем свидетельствует нормализация амплитуды тремора до исходных фоновых величин за более короткий промежуток времени. Исследования показали, что в контрольной группе под влиянием сильного эмоционального возбуждения замедляется течение восстановительных процессов после соревнований и претерпевшие изменение показатели продолжают оставаться выше исходных в течение часа отдыха.

Различия между значениями тонуса мышц в экспериментальной и контрольной группах существенны, что характеризует положительную динамику функционального состояния нервно-мышечного аппарата под воздействием массажных мероприятий.

Таким образом, результаты эксперимента показали, что дифференцированное использование предварительного массажа непосредственно перед соревнованиями в зависимости от предстартового состояния спортсменов регулирует эмоциональное возбуждение, а также ускоряет реституцию функционального состояния после соревнований.

Н.В.Попкова, Л.А.Шмидт

Стерлитамакский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВПО Уральский государственный университет физической культуры

Мануальная терапия, иглорефлексотерапия и восточный массаж в лечении посттравматической кокцигодии

Лечение и реабилитация больных с кокцигодией является сложной проблемой практического здравоохранения, что обусловлено высокой встречаемостью заболевания у лиц наиболее трудоспособного возраста, а также многообразием его клинических проявлений. Несмотря на существование множества способов лечения данной патологии, ни один не дает полного излечения. Таким образом, разработка новых методов лечения является весьма важной проблемой восстановительной медицины. Целью работы являлась разработка комплексного восстановительного лечения кокцигодии с применением мануальной терапии, иглорефлексотерапии, массажа и лечебной физкультуры (ЛФК).

Под нашим наблюдением находились 124 человека, из них мужчин было 49, женщин – 75. Большинство из них были трудоспособного возраста: 85 человек в возрасте 35–45 лет, 15 человек – 45–65 лет, 24 человека – 15–35 лет.

Пациентам основной группы (14 человек) лечение осуществлялось с применением мануальных техник в сочетании с акупунктурным воздействием, массажем и ЛФК, а в контрольной (10 человек) применяли только мануальную терапию. Существенных различий в группах по полу, возрасту и клинических проявлениях заболевания не выявлялось.

Всем пациентам проводилось рентгенологическое исследование копчика. При мануальном тестировании использовались тесты: флекссионный, Жилета, короткой ноги, также определяли уровень стояния гребней подвздошных костей, передней и задней верхней подвздошной ости, седалищных бугров, стояние крестцово-бугорной связки, исследовали урогенитальную диафрагму, определяли степень напряжения грушевидной и поднимающей анус мышц, определяли болезненность при давлении на копчик в краниальном направлении, оценивали количество и болезненность триггерных точек, исследовали симптомы Ласега, Бонне, Фурмана. Основной задачей восстановительного лечения являлось купирование болевого синдрома. С этой целью пациентам с острой травмой (4 человека) проводили воздействие *per gestum* с последующим использованием методики баланса урогенитальной диафрагмы (по Ю.О.Новикову): коррекция проводится в положении сидя, оператор фиксировал пальцы рук медиально от седалищных бугров на тазовой диафрагме, далее пациент надавливал тыльной поверхностью кистей в проекции средней ягодичной мышцы, непосредственно под остью подвздошной кости, и осуществлял движение лопатками каудально, что приводило при правильном выполнении к расслаблению тазовой диафрагмы.

У пациентов с хронической кокцигодией вначале проводилось воздействие на копчик и античные точки меридиана TR. Техника осуществлялась следующим образом: II и III пальцы правой руки располагались на копчике, а левой рукой проводили по ходу меридиана TR и определяли, при воздействии на какую точку происходит максимальная вибрация копчика, считая ее оптимальной точкой воздействия. Наряду с этим

воздействовали на точки 2JM, 3JM, 2TM, 3TM, в некоторых случаях 1JM. А при купировании болевого синдрома уже осуществляли воздействие, направленное на восстановление нарушений межсистемного уровня – баланс урогенитальной диафрагмы.

При кокцигодии также применяется традиционный восточный массаж. Производится массаж отдаленных точек меридианов, проходящих в области боли. Выявляют точки, болезненные при надавливании. Лечебные приемы следующие:

- 1) больной лежит на животе; чтобы не вызывать резких болей, подкладывают подушечки. Массаж начинают с поглаживаний отдаленных зон, постепенно продвигаясь к болезненной области, надавливания средней силы (гармонизирующее); от точек
- 2) приемом поглаживания массируют вдоль меридиана мочевого пузыря с 2 сторон от V11 до V25; раздражение несколько интенсивнее предыдущего;
- 3) приемом «ан» (1 пальцем) массируют точки V23 шень-шу, VG4 мин-мень от V31 шан-ляо до V34 ся-ляо, вызывая сильное глубокое раздражение; обязательно также воздействовать на точки, болезненные при надавливании;
- 4) после массажа больной обязательно должен сделать легкое движение в талии, вращения, наклоны, растяжение. Сочетание массажа с лечебной гимнастикой дает очень хорошие результаты.

Для лечения острых болей в период обострения очень эффективно воздействие иглоукалыванием или массажем на болезненную точку уха в зоне проекции копчика и крестца (массируют ее тупым концом зонда, пока не исчезнет боль в позвоночнике, обычно достаточно 1–1,5 мин). Также производится воздействие на точки заднесрединного меридиана: VG1 – чан-цян, VG2 – яо-шу, VG3 – яо-ян-гуань (глубина укола – до 1 см), также проводят дзю-терапию точек данного меридиана и расслабляющие приемы массажа. Затем проводят массаж спины, как указано выше.

Комплексное восстановительное лечение кокцигодии с применением мануальной терапии, иглорефлексотерапии, массажа и ЛФК позволило быстрее добиться терапевтического эффекта. Так, в основной группе болевой синдром купировался на 3–4-й процедуре, а в контрольной группе – только на 5–7-й, что позволило сократить сроки лечения до 4–6 дней в основной группе по сравнению с контрольной группой – 10–14 дней.

Таким образом, использование мануальной терапии, иглорефлексотерапии, массажа и ЛФК при восстановительном лечении кокцигодии способствует скорейшему восстановлению нарушений межсистемного уровня, что позволяет добиться быстрого купирования болевого синдрома и существенно сокращает сроки лечения.

Ю.В.Гареева, Ю.О.Новиков
МУП Центр мануальной терапии, Уфа

Комплексная физическая реабилитация при детском церебральном параличе

В настоящее время более 1,5 млн детей, проживающих в Российской Федерации (4,5% от их общего числа), относятся к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Распространенность детского церебрального паралича (ДЦП) составляет, по данным разных исследователей, от 2,5 до 8,9 на 1 тыс. детей. При этом в последние десятилетия таких больных становится все больше. Хотя и есть определенные успехи в лечении больных с ДЦП, однако состояние 10% больных остается очень тяжелым как в двигательном (выросшие дети не могут передвигаться и обслуживать себя), так и в психическом плане (нарушения психики и интеллекта).

Для лечения ДЦП предлагается много методов физической реабилитации, как традиционных (лечебная физкультура, массаж, физиотерапия, рефлексотерапия, тепловое лечение, механотерапия, водолечение), так и нетрадиционных (лечебное плавание с дельфинами, райттерапия, Су-Джок, метод Тандо, хореография).

Лечебная гимнастика при ДЦП является одной из основных форм развития движений. С помощью лечебной гимнастики создаются необходимые предпосылки движений, формируются статические и локомоторные функции, двигательные навыки и умения, предупреждается развитие неправильных установок туловища, конечностей, тугоподвижности в суставах, атрофий мышц, укорочений конечностей, а также разных нарушений осанки.

Основными задачами физкультурных занятий являются стимуляция общего физического развития ребенка и коррекция его нарушенных двигательных функций. Занятия включают в себя выполнение общеразвивающих и корригирующих упражнений, прикладных упражнений, проведение подвижных игр и спортивные мероприятия – катание на велосипеде, лыжах, плавание. Каждое физкультурное занятие является комплексным, включающим все виды упражнений и подвижные игры.

Среди корригирующих упражнений наибольшее значение имеют дыхательные, упражнения на расслабление, на

нормализацию поз и положений головы и конечностей, на развитие координации движений, функций равновесия, на коррекцию прямохождения и ходьбы, развитие ритма и пространственной организации движений.

Длительное применение точечного массажа способствует восстановлению двигательных функций и психофизиологического состояния ребенка, что позволяет рекомендовать его для широкого применения.

Акупрессуру наряду с другими простыми методами рефлексотерапии (баночный массаж, раздражение пучком игл) могут проводить в домашних условиях родители или родственники больного ребенка. Используют преимущественно тормозной вариант воздействия. Выбор точек зависит от формы ДЦП.

Райттерапия рассматривается как форма лечебной физической культуры. Основным фактором, влияющим на организм больного при райттерапии, является езда верхом на лошади. При использовании верховой езды необходимо принимать во внимание изменение окружающей обстановки (местности), значительное эмоциональное напряжение и достаточно выраженную физическую нагрузку.

В ходе езды верхом у многих пациентов улучшается состояние здоровья. В результате занятий у 90% из них отмечено улучшение общего состояния, а у 20% активизируется мышечная деятельность.

На кистях и стопах располагаются системы высокоактивных точек соответствия всем органам и участкам тела. Их стимуляция оказывает выраженное лечебное и профилактическое действие. Точки на кистях и стопах располагаются в строгом порядке, отражая в уменьшенном виде анатомическое строение организма.

Су-Джок-терапию можно успешно использовать для лечения ДЦП, для чего необходимо знать зоны соответствия на стопах и кистях. Например, при контрактурах суставов ног (на стопу) для массажа можно брать III и IV палец руки зоны 1–2–3–4 по тормозному методу (1–2 мин). Применение тренажерных средств (метод Тандо) предполагает освоение двигательных действий путем трениров-

Результаты физической реабилитации у детей с ДЦП по данным анкетирования родителей с помощью структурированного опросника

Название шкалы	Балльные оценки по шкалам (M±m)	
	до реабилитации	после реабилитации
1. Церебрастенические симптомы	1,20±0,08	0,81±0,06*
2. Психосоматические нарушения	0,54±0,08	0,31±0,05*
3. Тревожность, страхи и навязчивости	0,53±0,08	0,37±0,07**
4. Двигательные нарушения	0,94±0,08	0,61±0,07*
5. Нарушения устной речи	0,57±0,10	0,54±0,10
6. Внимание	1,43±0,10	0,91±0,09*
7. Эмоционально-волевые нарушения	0,90±0,10	0,71±0,09***
8. Нарушения поведения	0,86±0,10	0,60±0,08***
9. Агрессивность и реакции оппозиции	0,47±0,08	0,29±0,06***
10. Трудности школьного обучения	0,80±0,13	0,66±0,11
11. Нарушения чтения и письма	0,98±0,14	0,87±0,15
Достоверное улучшение: *p<0,001, **p<0,05, ***p<0,01.		

ки с принудительным выполнением движений. Он объединяет способы обучения с помощью кинетотерапевта (когда больного держат за руки и подталкиванием стимулируют движение, контролируя постановку ноги и помогая удерживать равновесие) и с помощью подвешивания в «воротниках» и корсетах различных конструкций.

Важное значение для развития и нормализации движений у детей с ДЦП имеет проведение физических упражнений в воде – гидрокинезотерапия. Особенно полезна лечебная гимнастика в воде в период формирования активных движений. Вода уменьшает силу гравитации, облегчает статические положения, нормализует функции центральной нервной системы, способствует развитию координации движений. Теплая вода понижает мышечный тонус, расслабляет контрактуры, улучшает периферическое кровообращение и трофику тканей, уменьшает отеки и боли, способствует плавности движений. Поэтому при ДЦП рекомендуются упражнения в воде и плавание при температуре 34–38°C. Исследования в области аквааэробики свидетельствуют, что упражнения в воде развивают координацию, силу, выносливость, гибкость и способность к релаксации.

Нами была проведена оценка результатов физической реабилитации у детей с ДЦП по данным анкетирования

родителей с помощью структурированного опросника на базе ГУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Буздякского района Республики Башкортостан» в отделении реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями (см. таблицу).

Установлено, что у большинства обследованных детей наблюдалось уменьшение выраженности церебрастенических симптомов: повышенной утомляемости, капризности, плаксивости, колебаний настроения, плохого аппетита, головных болей, нарушений сна в виде трудностей засыпания, беспокойного поверхностного сна с тревожными сновидениями.

Одним из важных аспектов комплексного действия средств физической реабилитации явилась его эффективность в преодолении тревожности, страхов и навязчивостей у детей с ДЦП, в том числе боязни оставаться одному, боязни незнакомых людей, новых ситуаций, отказов посещать детский сад или школу из-за опасений неудач в обучении и общении, а также тиков и навязчивых действий.

Х.М.Ахмадуллина, У.У.Кутдусова

НЭУ ВПО Восточная экономико-юридическая гуманитарная академия, Уфа

Повышение адаптивных функций у спортсменов туристического клуба

Актуальность

Повышенные требования к достижениям спортсменов в современном мире приводят к поиску методов влияния на приспособительные и восстановительные механизмы организма в условиях спортивной жизни.

Повышенное внимание по поводу развития механизмов адаптации вызывают спортсмены, занимающиеся горным туризмом. Внимание это обусловлено тем, что на ткани и органы туриста влияют одновременно несколько факторов, но основные, требующие внимания, – это физическая нагрузка и низкое парциальное давление кислорода в воздухе, так как, воздействуя вместе, они усиливают гипоксическое влияние.

Важнейшими из задач подготовки спортсмена являются восстановление и повышение работоспособности. Наряду с физической и психологической подготовкой спортивный восстановительный массаж способствует повышению работоспособности спортсменов и росту спортивных результатов.

В условиях высокогорья возникает болезненное состояние, называемое горной болезнью, связанное с недостаточностью кислорода. Горная болезнь развивается при подъеме на высоту свыше 2000–3500 м, но кроме высоты влияет также состояние нервной системы, уровень тренированности, степень адаптации к высоте и скорость подъема. Слабость, одышка, тошнота, рвота, сонливость, носовые кровотечения и обморок являются симптомами данного патологического состояния.

Изучение механизмов развития горной болезни (нарушение газообмена, развитие гипоксии и гипоксемии) послужило основой разработки методов повышения адаптивных функций туристов-высокогорников. Это комплекс мероприятий, в который входят массаж, прием поливитаминов и антигипоксанта.

Массаж оказывает разностороннее влияние на организм и прежде всего на нервную систему. Возникающие во время массажа в коже, мышцах и суставах афферентные импульсы раздражают кинестетические клетки коры больших полушарий головного мозга и стимулируют соответствующие центры к деятельности. Сенсорные кожные возбуждения обуславливают внутрикожные рефлексы и вызывают ответные действия со стороны различных органов в виде движения, секреции и т.д.

Кроме вегетативно-рефлекторного воздействия массажа отмечается и прямое действие его на понижение проводимости чувствительных и двигательных нервов.

Массаж способен регулировать чувствительность кожи к болевым раздражениям, успокаивать боль, что очень важно в спортивной практике. Во время механического действия массажа на ткани расширяются мелкие сосуды, но при этом не исключается рефлекторное воздействие через симпатический отдел вегетативной нервной системы на кровеносные сосуды массируемого участка тела. Благодаря массажу кожные сосуды расширяются, увеличивается скорость тока крови, улучшается кровообращение за счет тех сосудов, которые до массажа были в спавшем состоянии. Все это способствует более качественному питанию кожи и других органов, а следовательно – восстановлению работоспособности. Массаж

ускоряет движение лимфы в кожных сосудах. Выдавливание во время массажа лимфы из соединительнотканых промежутков и венозной крови из капилляров способствует опорожнению не только тех сосудов, на которые воздействуют непосредственно, но и тех, которые расположены выше и ниже массируемого участка. Это объясняется наличием анастомозов и отрицательным давлением в сосудах. Такое опорожнение сосудов влечет за собой усиление циркуляции крови и лимфы, благодаря чему, с одной стороны, происходит более активная доставка тканям и органам массируемого участка питательных веществ, а с другой – удаление продуктов распада. Благодаря массажу местная температура кожи повышается. Введение антигипоксанта и поливитаминов обусловлено тем, что выполнение любых физических упражнений приводит к развитию гипоксии как в работающих мышцах и мозге, так и в других органах и тканях.

Антигипоксанта прямого действия (Актовегин, Мексидол, янтарная кислота и в том числе витамины) непосредственно влияют на течение энергетических процессов в клетке, активируя аэробное окисление, а также анаэробный гликолиз, усиливая утилизацию лактата и пирувата, активируя ферменты биологического окисления. Они также восстанавливают транспорт электронов в дыхательной цепи, стимулируют альтернативные пути метаболизма.

Цель: оценить адаптивные механизмы спортсменов в условиях высокогорья под влиянием предварительной антигипоксической подготовки.

Материал и методы

Исследования проводились на группе студентов-туристов, занимающихся в горной секции туристического клуба «Виталис». В исследование были включены 34 человека. Походы проходят по маршрутам I–V категории на высоте от 2000 до 4000 м.

С целью повышения адаптивных механизмов к условиям гипоксии в горной местности студентам была предложена предварительная антигипоксическая и психоэмоциональная подготовка к походу, в которую входили: массаж спины и шейно-воротниковой зоны, прием поливитаминов и прием антигипоксанта (Актовегин) до похода и во время него. В зависимости от регулярности приема препаратов и посещения массажного кабинета студенты были поделены на 3 группы. В первую группу входили 13 человек, которые прошли 2-недельный курс подготовки, включающий в себя массаж спины, прием поливитаминов и антигипоксанта (Актовегин) в подготовительный период и во время похода. Вторая группа состояла из 9 туристов, которые не выполнили полностью план подготовки (нерегулярно посещали массаж, не принимали витамины и антигипоксанта или принимали малоэффективные препараты). Третью группу составили 12 спортсменов, не получивших антигипоксическую подготовку.

Результаты

В ходе проведения данных наблюдений была выявлена закономерность: во время туристического похода ни у одного представителя первой группы симптомов горной

болезни не проявлялось. Во второй группе отмечались легкие признаки заболевания как в отдельности, так и в сочетании: головокружение, тошнота, легкое снижение физической активности. У студентов третьей группы отмечалась развернутая симптоматика горной болезни.

Выводы

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. При подготовке в походы в горные местности целесообразно проводить антигипоксическую подготовку.
2. В предварительной подготовке важно сочетание фармакологических препаратов и массажа, проведение монотерапии не позволяет достичь желаемого результата.
3. Массаж в сочетании с витаминами и антигипоксантами обладает высокой эффективностью в подготовке спортсменов к категорийным походам в условиях высокогорья.

*С.Н.Быковский, А.Н.Гафурова, Э.Р.Шарипов,
А.Е.Стрижков
ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский
университет Минздрава России, Уфа*

Физическая культура и массаж при артрозах

Остеоартроз – частое заболевание суставов, клинические проявления которого отмечаются у 20% населения земного шара. Среди всех ревматических болезней доля остеоартроза составляет примерно 70%. Синонимом остеоартроза по международной классификации болезней является остеоартрит (допускается употребление терминов «артроз» и «артрит»).

Страдания, которые испытывают больные артрозом в связи с ограничением подвижности суставов и постоянными болями, вынуждают их постоянно вести поиск возможностей, способных облегчить течение заболевания. Зачастую пациенты сами становятся активными участниками лечебного процесса. Понимание пациентом своей роли в устранении действия патогенных факторов на больной сустав представляет собой чрезвычайно важный аспект достижения жизни без страданий при артрите и артрозе.

Ранее высказывавшаяся концепция, согласно которой остеоартроз, раз начавшись, неумолимо прогрессирует, не находит должного клинического подтверждения, и скепсис в отношении возможности жить без страданий при этой болезни может и должен быть поколеблен. Чтобы жить без страданий, надо помнить, что лечение артроза и артрита – это не разовое мероприятие, а продуманная система реабилитации, которой необходимо придерживаться на протяжении всей жизни. Она включает разные методы и способы лечения, применяемые параллельно или последовательно в зависимости от конкретной клинической ситуации. Основными методами лечения артрита и артроза всегда были и остаются консервативные, в первую очередь массаж и лечебная физкультура (ЛФК). Арсенал их широк, и комплекс мероприятий, направленный на разгрузку пораженного сустава, является эффективным.

На протяжении десятилетий клиницисты и рентгенологи рассматривали артроз как болезнь старческого возраста. Однако наблюдения последних лет показали, что иногда возникновение артрита и артроза отмечается у людей уже в возрасте 16–25 лет, однако с возрастом частота заболеваний увеличивается и у лиц старше 50 лет составляет 27%, а в возрасте старше 60 лет достигает 97%. В большинстве случаев развитие остеоартроза начинается в возрасте 30–40 лет, протекает вначале без выраженной клинической симптоматики и рентгенологических изменений. Боль в начальных стадиях тоже незначительная и возникает только при серьезных нагрузках на сустав – например, длительном сидении в неудобной позе, продолжительной ходьбе и беге, ношении тяжестей. Стоит немного отдохнуть, расслабить сустав – и все проходит. Но со временем боль становится все продолжительней и нестерпимей. Поэтому больные зачастую несвоевременно обращаются за медицинской помощью.

Хотя необходимо признать и низкий уровень знаний некоторых специалистов относительно данной проблемы, ставящих неправильный диагноз и выбирающих неадекватную лечебную тактику при лечении этих больных. Еще Парацельс сказал: «Болезнь не может приспособливаться к знаниям врача». И не принятые вовремя меры на первой стадии заболевания, когда можно полностью повер-

нуть болезнь вспять, в дальнейшем серьезно затрудняют лечение и процесс реабилитации больных артритом и артрозом. Задача заключается в том, чтобы определять болезнь на ранней стадии остеоартроза, когда рентгенологические изменения еще не проявляются. Для этого возможности современной медицины огромны. На сегодняшний день есть достаточное количество диагностических методик – от самых доступных мануальных и визуальных до использования современной диагностической аппаратуры. Не секрет, что многие специалисты во время диагностического поиска и при лечении больных остеоартрозом основное внимание уделяют изменениям в самих суставах. Что же касается рядом расположенных скелетных мышц, которые неотделимы от суставов как с анатомической, так и с функциональной точек зрения, то об их состоянии подчас судят весьма поверхностно и вопрос этот отходит далеко на второй план. А ведь поражение скелетных мышц при артрите и артрозе встречается весьма часто и является первичным, ранним и характерным синдромом заболевания. Имеется немало наблюдений, когда в клинической картине остеоартроза дебютировали и длительное время доминировали признаки мышечного болевого синдрома, лишь к старости приводящие к деформации суставов.

Болевой синдром при остеоартрозе имеет значительно более сложное происхождение, чем это представлялось ранее. В его формировании участвуют тканевые структуры, относящиеся как к пораженному суставу, так и к окружающим его мышцам, связкам, сухожилиям, элементам костной ткани. Это принципиальный момент в понимании тайны боли при данном заболевании. Новый взгляд на природу боли коренным образом меняет тактику и стратегию всей системы лечения и реабилитации артрита и артроза.

Именно в начале заболевания, когда ограничение подвижности сустава связано в основном с мышечно-связочными изменениями, можно добиться великолепных результатов лечения разными видами лечебного массажа, гимнастикой, физиопроцедурами и обойтись без применения лекарственных препаратов.

В более поздний период, когда полость сустава заполняется грануляционно-рубцовой тканью или происходит спаивание костей после атрофии хряща, возможности ЛФК и массажа становятся более ограниченными.

Именно поэтому важны и необходимы профилактика первичного остеоартроза, выявление заболевающих на ранней доклинической стадии и проведение реабилитационных мероприятий по предупреждению развития и прогрессирования этого заболевания.

Конечно, идеальным было бы одновременное устранение и суставной боли, и двигательных нарушений с последующей стабилизацией изменений в пораженном суставе. Благодаря постоянному выполнению реабилитационных мероприятий такие люди чувствуют себя практически здоровыми и на долгие годы сохраняют достаточный объем движений в пораженном суставе без существенных ограничений.

Главным и самым эффективным средством лечения и реабилитации артрита и артроза являются разные виды

массажа и специальная суставная гимнастика, а лекарственная терапия играет лишь вспомогательную роль. Как ни парадоксально, но длительное время многие врачи из-за чрезмерной осторожности и консерватизма даже незначительные физические нагрузки при остеоартрозе считали вредными и ориентировали пациента на то, что он скоро окажется в категории неработающих инвалидов. Родные, близкие, товарищи по работе обычно тоже сочувствуют страдальцам и стараются оградить их от любых дел, требующих физических усилий. Напрасно! Больных остеоартрозом не надо ограждать от работы. Это их деморализует, расслабляет. А они нуждаются в совершенно ином – в активном, деятельном настрое. Артроз меньше себя проявляет, если человек преодолевает боль и все время что-то делает, то есть двигается. К этому надо прибавить еще и психологический фактор. У многих больных остеоартрозом осознанно возникает искушение двигаться как можно меньше, когда каждое движение причиняет боль. Однако это не выход из положения. Со временем состояние может еще ухудшиться. Суставы должны находиться в движении. Пусть это будет сначала ограниченная подвижность, раз речь идет о больных суставах. Но необходимо заставлять их двигаться, причем двигаться постоянно. Артрит и артроз боятся движений!

Средства ЛФК направлены в основном на уменьшение болевых ощущений в суставах и мышцах. С этой целью на занятиях лечебной гимнастикой используются пассивные и активные физические упражнения, упражнения, направленные на растяжение и расслабление мышц, лечение положением.

Расслабление мышц во время физических упражнений – следствие реципрокных отношений мышц-антагонистов. В период обучения активному расслаблению у пациентов вначале наблюдаются повышение напряжения и тонуса мышц и закрепощение движений. Более легко расслабление выполняется непосредственно после напряжения мышц. При расслаблении мышц в них улучшаются обменные процессы, и в частности поглощение кислорода, ускоряются восстановительные процессы, происходит накопление энергетических потенциалов.

Бывают упражнения в расслаблении:

- находящихся в покое отдельных групп мышц в исходном положении стоя, сидя и лежа;
- отдельных групп мышц или мышц отдельных сегментов тела (например, кисти, предплечья, голени и стопы) после их предварительного статического напряжения или после выполнения изотонических упражнений;
- отдельных групп мышц или мышц отдельных сегментов тела в сочетании с активными движениями, осуществляемыми другими мышцами;
- мышц отдельных сегментов тела, сочетаемые с пассивными движениями в этих же сегментах;
- находящейся в покое всей мускулатуры в исходном положении лежа.

Упражнения на растягивание применяются в форме различных движений, вызывающих в суставах незначительное превышение свойственной им пассивной подвижности. Лечебное действие этих упражнений используется при тугоподвижности в суставах, ухудшении эластиче-

ских свойств тканей опорно-двигательного аппарата и кожи, чрезмерном повышении тонуса мышц (например, при миофасциальном болевом синдроме), необходимости восстановить утраченную при заболевании подвижность. Интенсивность их дозируется степенью активного напряжения мышц, производящих растягивание, силой инерции при маховых движениях, специальными исходными положениями, использованием гимнастических предметов, позволяющих удлинять рычаг и увеличивать массу перемещаемого сегмента тела. Увеличить растягивающее влияние можно за счет дополнительных усилий методиста. При воздействии растягивания на гипотрофичные, дегенеративно измененные и денервированные мышцы легко могут возникнуть опасность их перерастяжения, последующее ухудшение функции (в частности, снижение силы) и замедление процессов нормализации деятельности.

Главным признаком артроза является наличие боли в суставе (артралгия), которая имеет механический характер (возникает во время нагрузок и исчезает в моменты покоя). Есть и другие признаки заболевания, все они зависят от места появления артроза.

Массаж является эффективным средством лечения артроза суставов, потому что он улучшает периферическое кровообращение, снабжение конечностей и тканей больного сустава кислородом и другими питательными веществами.

Цели массажа при артрозе суставов:

1. Уменьшение боли.
2. Преодоление скованности.
3. Улучшение крово- и лимфообращения в пораженных местах.
4. Предупреждение появления тугоподвижности суставов, развития контрактур.
5. Улучшение снабжения тканей конечности кислородом и другими питательными веществами.
6. Предотвращение атрофии мышц.

Нельзя идти на поводу у болезни. Надо перешагивать через боль. А если мучительные ощущения неодолимы, остается еще один выход: принять обезболивающие и успокаивающие таблетки и, дождавшись момента, когда боль отпустит, – все-таки начать активно упражняться. И при этом обязательно пытаться брать как раз те барьеры, которые ограничивают, скажем, подъем руки, сгибание ноги, поворот туловища. Только так удастся сохранить способность двигаться. Это должна быть ежедневная, систематическая и очень упорная суставная гимнастика, приемы самомассажа и лечебный массаж у специалиста. Специальные физические упражнения и лечебный массаж помогут уменьшить боль, сохранить подвижность суставов, укрепить мышцы, кости и связки, предотвратить деформацию костей, улучшить кровоснабжение, а значит, и питание суставов, поддерживать хорошую физическую форму и психологический настрой.

И.Р.Юсупов, М.А.Валеев, Е.В.Гуцол
ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа

Ранняя коррекция ортопедической патологии у детей первого года жизни

Актуальность

Большой процент недодиагностики заболеваний детей первого года жизни, частые случаи неправильной постановки диагноза, ошибки в лечении и реабилитации, как следствие, отдаленная ортопедическая патология послужили причиной данной работы. Зачастую заболевания, проявляющиеся в зрелом возрасте, можно эффективно предупредить в детстве. По данным разных авторов, процент ортопедической патологии у детей варьирует от 5 до 30%. Такой большой разброс возникает вследствие большого процента недиагностируемых заболеваний. Среди них на первые места выходят дисплазия тазобедренного сустава (ДТБС) и кривошея. Процент отдаленных осложнений нелеченой и неправильно леченной ортопедической патологии достигает 8–9%.

Материалы и методы

Были проведены ретроспективный анализ историй болезни, осмотр и наблюдение динамики 50 детей детского сада №30 (г. Уфа) за 2006–2012 гг., из которых 34 ребенка имели ортопедическую патологию: у 17,6% – понижение мышечного тонуса, у 20,6% – патология стоп, у 26,5% – кривошея, у 35,3% – ДТБС.

Результаты и выводы

Всем обследуемым был проведен общий точечный массаж с лечебной физкультурой (ЛФК) по 2–5 курсов, в зависимости от степени заболевания.

После 1-го курса массажа удалось достичь положительного результата: у 91,17% пациентов улучшился сон, аппетит, дети стали более спокойными. У пациентов с нарушением мышечного тонуса в 83,3% отмечалось стойкая коррекция мышечного тонуса, у пациентов с кривошеей в 71,42% случаев отмечались центрация головки, понижение тонуса грудино-ключично-сосцевидной мышцы, у пациентов с ДТБС в 67% случаев улучшилось отведение, сгладилась асимметрия паховых складок.

Установлено, что чем раньше начато лечение, тем выше процент выздоровления. При выявлении данной патологии и начале ее лечения у ребенка до 3 месяцев удается получить хорошие результаты в 97% наблюдений, а при диагностике и начале лечения во втором полугодии жизни хороший эффект терапии имеют только 30% больных (А.Ф.Левицкий, 1988). Результатом несвоевременного лечения данной патологии являются диспластический коксартроз, изменения шейно-диафизарных углов с формированием *coxa vara* или *coxa valga*, а также дистрофические изменения в головке бедренной кости (асептический некроз); Е.Е.Цыганкова, 1995; Н.М.Мылов, 2005. Нами было проведено обследование и лечение массажем 6 детей 2–4 месяцев. Дети были осмотрены травматологами, был назначен и проведен рентген. Наблюдались асимметрия паховых складок, ограничение разведения. Проводился общий массаж в сочетании с точечным и ЛФК (лечение положением). Массаж проводился курсами по 10 дней. Двоим пациентам проводилось широкое пеленание. У 5 из 6 пациентов удалось добиться полного выздоровления после 3 курсов массажа. У 1 пациента после 4 курсов отмечался стойкий положительный эффект.

Через 3 мес проводилось повторное обследование, включающее в себя рентген и осмотр ортопеда. У всех пациентов отмечалась стойкая положительная динамика.

Заключение

Наиболее ранняя диагностика и коррекция ортопедической патологии у детей первого года жизни, ортопедическая коррекция и массаж в сочетании с ЛФК в отдаленном периоде приведут к снижению ортопедических осложнений.

Б.Г.Загитов

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа

Массаж и мобилизация в комплексном лечении патологии височно-нижнечелюстного сустава

Анатомические и функциональные особенности височно-нижнечелюстного сустава

Височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС) *articulatio temporomandibularis* образуется *caput mandibulae* и *fossa mandibularis* височной кости. Сочленяющиеся поверхности дополняются лежащим между ними внутрисуставным волокнистым хрящом *discus articularis*, который своими краями срастается с капсулой сустава и разгораживает суставную полость на два обособленных отдела. Суставная капсула прикрепляется по краю *fossa mandibularis* до *fissura petrotympanica*, заключая в себе *tuberculum articulare*, а внизу охватывает *collum mandibulae* (рис. 1).

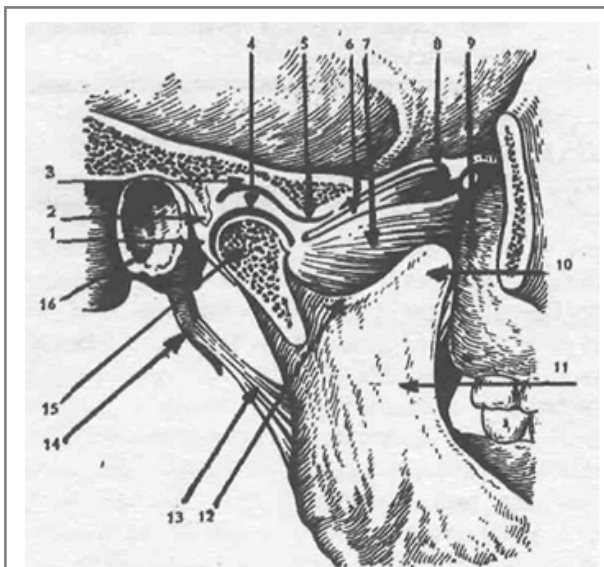


Рис. 1. Строение ВНЧС: 1 – капсула сустава; 2 – позадисуставный бугорок; 3 – нижнечелюстная ямка; 4 – суставной диск; 5 – суставной бугорок; 6 – верхняя головка латеральной крыловидной мышцы; 7 – нижняя головка латеральной крыловидной мышцы; 8 – подвисочный гребень; 9 – бугор верхней челюсти; 10 – венечный отросток; 11 – ветвь нижней челюсти; 12 – вырезка нижней челюсти; 13 – шилоножнечелюстная связка; 14 – шиловидный отросток; 15 – головка нижней челюсти; 16 – наружный слуховой проход.

ВНЧС – это парное сочленение, образованное нижнечелюстной и височной костями. Правое и левое сочленение физиологически образуют единую систему, движения в них совершаются одновременно. ВНЧС состоит из следующих элементов: головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула и связки.

Суставная головка – костное образование эллипсоидной формы на конце мыщелковых отростков нижней челюсти. Состоит из тонкого слоя компактной кости, сбоку покрытой волокнистым хрящом, а снизу – губчатой костью. Головка удлинена в поперечном направлении, сужена в сагитальном.

Нижнечелюстная ямка височной кости спереди ограничивается суставным бугорком, сзади проходит по переднему краю каменисто-барабанной щели височной ко-

сти, латерально ограничена скуловым отростком. Каменисто-барабанная щель делит ямку на две примерно равные части: переднюю (интракапсулярную) и заднюю (экстракапсулярную). Передняя часть ямки представлена плотной костной тканью, покрытой хрящом, задняя часть – тонкой костью, отделяющей суставную ямку от среднего и внутреннего уха. Размеры нижнечелюстной ямки височной кости больше суставной головки, что относит ВНЧС к инконгруэнтным суставам. Суставная головка выравнивается за счет того, что суставная капсула прикрепляется не вне ямки, а внутри ее у переднего края каменисто-барабанной щели за счет двояковогнутого суставного диска.

Суставной бугорок – костное утолщение заднего отдела скулового отростка височной кости. У новорожденных он отсутствует, а появляется к 7–8 месяцам жизни и полностью оформляется к 6–7 годам (к началу прорезывания постоянных зубов). При вертикальных движениях нижней челюсти головка скользит по заднему его скату, а при максимальном открытии рта – останавливается у его вершины. Высота суставного бугорка изменяется в зависимости от возраста и зубной окклюзии. Наибольшая его высота – у людей среднего возраста с нормальным прикусом. В пожилом возрасте и при отсутствии зубов высота бугорка уменьшается. Суставной диск – двояковогнутая пластинка, состоящая из грубоволокнистой соединительной ткани. Имеет овальную форму. Расположен между суставными поверхностями, изолирует суставную головку от нижнечелюстной ямки, разделяя полость сустава на два этажа (верхний и нижний); сращен по краям с капсулой сустава.

Объем верхнего этажа – 1,5 мл, а нижнего – 0,5 мл. Диск расположен так, что суставная головка скользит по задней поверхности бугорка, поэтому в момент жевательного акта наибольшее давление приходится не на заднюю часть свода суставной ямки, а на суставной бугорок.

Суставная капсула – эластичная соединительнотканная оболочка. Состоит из наружного – фиброзного и внутреннего – эндотелиального слоя. Внутренний слой представлен клетками, которые выделяют синовиальную жидкость, уменьшающую трение суставных поверхностей, и является биологической защитой сустава от внедрения микробов. Капсула очень прочна (не разрывается при вывихах). Передняя часть капсулы прикрепляется впереди бугорка, а задняя – к каменисто-барабанной щели. Связочный аппарат представлен интра- и экстракапсулярными связками (рис. 2).

Связки регулируют боковые движения или выдвигания челюсти вперед.

При заболевании ВНЧС связки теряют свою эластичность и ограничивают движение в суставе, а при их оссификации возникает полная адинамия.

Около ВНЧС находятся 3 связки, из которых непосредственное отношение к суставу имеет только *ligamentum laterale*, идущая на боковой стороне сустава от скулового отростка височной кости косо назад к шейке мыщелкового отростка нижней челюсти. Она тормозит движение су-

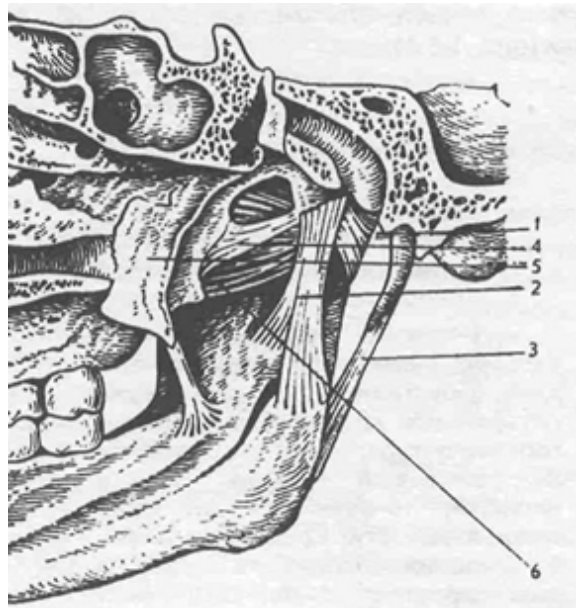


Рис. 2. Связки нижней челюсти: 1 – капсула сустава; 2 – клиновидно-нижнечелюстная связка; 3 – шилонижнечелюстная связка; 4 – крыловидно-остистая связка; 5 – крыловидный отросток; 6 – латеральная крыловидная мышца.

ставной головки кзади.

Остальные две связки (*ligamentum sphenomandibulare* et *stylomandibulare*) лежат в отдалении от сустава и представляют собой не связки, а искусственно выделяемые участки фасций, образующие как бы петлю, способствующую подвешиванию нижней челюсти.

Оба ВНЧС функционируют одновременно и поэтому представляют одно комбинированное сочленение. ВНЧС относится к мышечковым сочленениям, но благодаря внутрисуставному диску в нем возможны движения в трех направлениях. Движения, которые совершает нижняя челюсть, таковы: 1) опускание-поднятие нижней челюсти с одновременным открыванием и закрыванием рта; 2) смещение нижней челюсти вперед и назад; 3) боковые движения (ротация нижней челюсти вправо и влево, как это бывает при жевании). Первое из этих движений совершается в нижнем отделе сустава, между *discus articularis* и головкой нижней челюсти. Движения второго рода происходят в верхнем отделе сустава. При боковых движениях (третий род) головка нижней челюсти вместе с диском выходит из суставной ямки на бугорок только на одной стороне, тогда как головка другой стороны остается в суставной впадине, совершает вращение вокруг вертикальной оси. Возможны небольшие круговые движения в трех плоскостях. Непосредственно движения в ВНЧС осуществляются посредством мышечной работы (рис. 3).

В своей работе специалист по массажу должен определять наличие отека, набухания, пульсации, вялости, атонии, гипертонуса, крепитации, симптомов натяжения и раздражения как поверхностных, так и глубоких слоев тканей. Состояние ткани оценивается по асимметрии, объему движений и смещаемости.

При исследовании пассивный объем движений в норме всегда больше активного, особое внимание уделяется барьерам движения и их симметричности.

В норме различают: физиологический (активный) барьер – граница активного движения, эластический (упругий) барьер – граница пассивного движения, анатомический (жесткий) барьер – граница объема возможного насильственного смещения, определяемого прочностью тканей

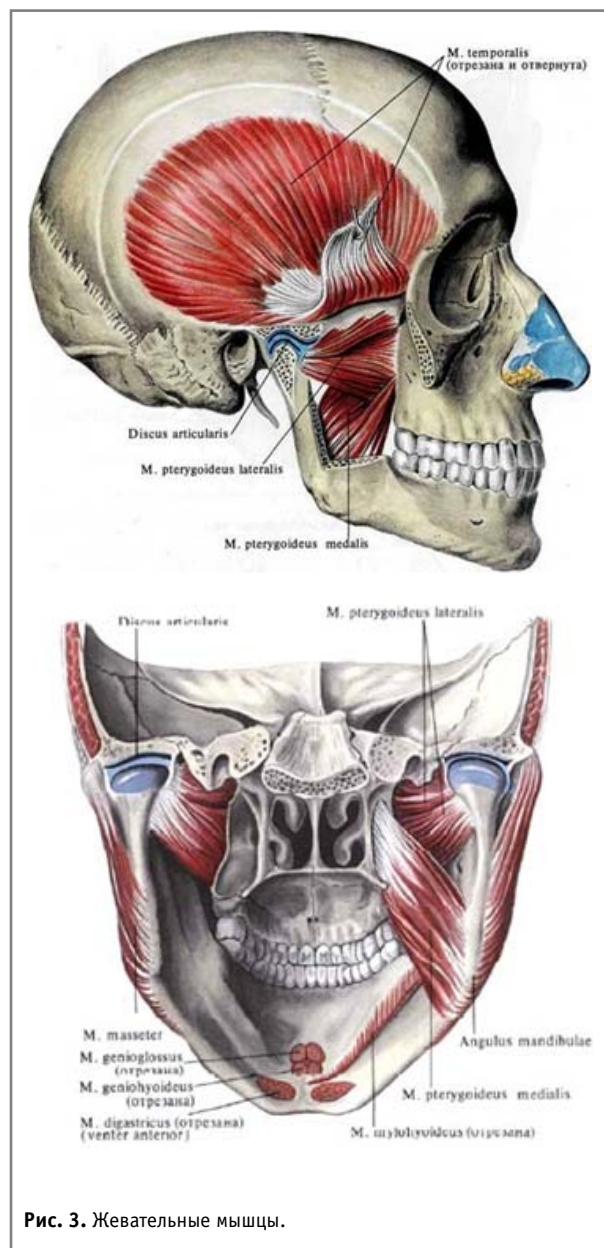


Рис. 3. Жевательные мышцы.

(далее разрыв, перелом и т.п.).

Резерв движения – разница между анатомическим и эластическим барьерами любого элемента двигательной системы. Это единственная характеристика эластического барьера. Чем больше разница между эластическим и анатомическим барьерами, тем лучше функциональные возможности двигательной системы. Наименьшие показатели резерва движения определяются в «вялой» мышце. Вялость мышцы – не слабость, а снижение ее рефлекторной возбудимости.

Нейрофизиологическая основа резерва движения – совершенство рецепции и перцепции проприоцептивного потока с мышц и фасций. Высокое качество рецепции и перцепции (обработки) афферентного потока с мышц и фасций определяет и высокое качество исполнения движения. Резерв движения мышцы определяет скоростные и силовые характеристики мышечного сокращения.

Патология ВНЧС (артрит, артроз, функциональное блокирование, посттравматическая контрактура) может быть причиной боли в челюстно-лицевой области, которую надо дифференцировать с невралгией тройничного нерва. Вместе с приступообразным головокружением эта боль составляет синдром Костена.

Это определяет тесную рефлекторно-функциональную

связь ВНЧС с шейным отделом позвоночника, очень много зависит от нормальной функции суставов позвоночно-двигательных сегментов Ос-С1 и С1-С2, регулирующих равновесие. Поэтому состояние ВНЧС является важным фактором, составляющим равновесие всего организма человека.

Характерна болезненность при давлении в области суставной головки перед козелком или при пальпации у наружного слухового прохода. Функциональные движения – открывание и закрывание рта, смещение нижней челюсти вперед, назад и боковое смещение. При функциональных нарушениях отмечаются тризм, ограничение бокового движения и отклонение нижней челюсти при открывании рта. При нормальной подвижности в суставе при максимально открытом рте между резцами можно поместить 3 фаланги пальцев.

Суставная игра состоит в тракции вниз, смещении в сторону, в экстремальном положении.

Основной причиной функциональных нарушений и артрозов ВНЧС является нарушение окклюзии (прикуса) вследствие частичной или полной адентии (потери зубов), отсутствия зубных протезов или качественного ортопедического лечения полости рта, в чем следует обязательно убедиться.

Если не думать об этом суставе, то не избежать ошибок в диагностике и лечении при некоторых формах головной и лицевой боли, которые при правильной диагностике легко устраняются. Одновременно лечим функциональные нарушения шейного отдела позвоночника. Часто причиной нарушений ВНЧС бывает неправильная окклюзия зубов, тогда мобилизация может дать только временное улучшение. При патологии зубочелюстной системы проводится соответствующее лечение у стоматолога.

Необходимо определить болезненное напряжение (триггерные зоны) жевательных мышц, которые должны быть тщательно исследованы, поскольку они играют большую роль в лечении головной боли. В этих случаях необходима также пальпация височной мышцы в височной области, так как болезненные точки в области ВНЧС могут возникнуть в результате иррадиации мышечной боли.

Мануальные методы лечения ВНЧС

1. Сегментарный и точечный массаж.

Рефлекторные изменения челюстно-лицевой области:

1) изменения в коже (гиперестезия, гипералгезия, парестезия, анестезия, отек):

- щечная (V пара черепно-мозговых нервов – ЧМН, *nervus trigeminus*);
- височная (V пара ЧМН, *nervus trigeminus*);
- околоушная области (V пара ЧМН, *nervus trigeminus*);

2) изменения в соединительной ткани (тяжи, мягкие и жесткие набухания):

- область затылочной кости (С2–3);
- нижняя выйная линия (С2–3);
- надключичная область (С4);

3) изменения в мышцах (миогипертонус, миофиброз, миогелез, нейроостеофиброз):

- жевательная мышца (V пара ЧМН, *nervus trigeminus*);
- височная мышца (V пара ЧМН, *nervus trigeminus*);
- латеральная и медиальная крыловидные мышцы (V пара ЧМН, *nervus trigeminus*);
- поперечная затылочная, место прикрепления (С3);
- ременная головы (С3–4);
- поперечно-остистые мышцы (С1–D1);
- трапецевидная вертикальная и средняя порция (С5–8);



Рис. 4. Прием «пила» в области D2–С2.

- грудино-ключично-сосцевидная и лестничные мышцы (С3–4);

4) изменения в надкостнице (гипертрофия или атрофия):

- головка нижней челюсти;
- скуловая дуга;
- височная и лобная кость;
- затылочные бугры;
- боковые массы С1;
- остистый отросток С2;

Триггерные точки (ТТ) – активные или латентные болевые зоны в жевательных и височных мышцах.

Позвоночные функциональные блокады атлантозатылочного, атлантоаксиллярного, крестцово-подвздошного суставов (нарушение движения, игры сустава).

План и техника массажа

1. Массаж задней поверхности шеи.

Исходное положение пациента – лежа на животе, в области лба валик.

1.1. Подготовительный массаж.

Обхватывающее поглаживание обеими руками одновременно. Массажист располагает ладони на темени, руки, обхватывая заднюю и боковую часть шеи, одновременно перемещаются по надплечьям к плечевым суставам. Попеременное растирание и пиление в косом направлении.

Обхватывающее поглаживание обеими руками одновременно.

1.2. Массаж шейного и верхнегрудного отдела позвоночника.

Отглаживание двумя большими пальцами паравертебрально в зоне выхода спинномозговых нервов от D5 до С1.

Спиралевидное растирание двумя большими пальцами там же с акцентом на D1–С7 и С3–С1.

Отглаживание двумя большими пальцами паравертебрально.

«Пи́ла» в области D2–С2 (рис. 4).

Отглаживание двумя большими пальцами паравертебрально.

Миофасциальный релиз (тензия, тракция, твистинг) паравертебрально D2–С1.

Отглаживание двумя большими пальцами паравертебрально.

Переменяющееся надавливание основаниями ладоней в межлопаточной области и большими пальцами со смещением вдоль шейного отдела позвоночника.

Отглаживание двумя большими пальцами паравертебрально.



Рис. 5. Массаж ТА-мышц.

Обхватывающее поглаживание обеими руками одновременно.

1.3. Массаж мышц шеи.

Спиралевидное растирание 4 пальцами трапециевидной мышцы от затылочных бугров к плечевым суставам.

Глубокое поглаживание передним ходом. Одна рука массирует, другая поддерживает пациента за плечо ближе к плечевому суставу. Массирующая рука располагается так, чтобы основание ладони находилось вблизи затылочной кости, а концы пальцев были обращены кнаружи и располагались параллельно мышечным волокнам верхней части трапециевидной мышцы. Рука при поглаживании скользит сверху вниз к плечевому суставу. При этом основное давление в начале движения приходится на ладонную поверхность фаланг пальцев, во второй половине движения – постепенно переносится на основание ладони.

Спиралевидное растирание большими пальцами между поперечными и остистыми отростками шейных позвонков, сверление.

Щипцеобразное поглаживание трапециевидной мышцы от затылка к плечевым суставам.

Щипцеобразное разминание в этом же направлении.

Ручная косвенная вибрация в зоне D2–C6 или механическая вибрация до 15 мин.

Обхватывающее поглаживание.

1.4. Воздействие на точки акупунктуры (ТА).

Фэн-фу (сосудистая точка) – между затылком и атлантом по средней линии спины.

Фэн-чи (важнейшая сосудистая точка) – позади сосцевидного отростка, в углублении, на уровне между затылком и атлантом.

Тянь-чжу – между C1–C2 на 1,5 цуня (пропорциональных отрезка) кнаружи (для устранения спазма мышц шеи).

Цзянь-цзинь – центр надостной ямки, посередине между C7 и акромионом (для активации шейного сплетения, звездчатого ганглия).

2. Массаж передней поверхности шеи и лица.

Исходное положение пациента – лежа на спине, под коленями валик, в области затылка возможна плоская подушка.

2.1. Передняя поверхность шеи.

Поглаживание двумя руками от подбородка, над ключицами, к плечевым суставам.

Спиралевидное растирание 4 пальцами обеих рук там же. Попеременное поглаживание.

2.2. Грудно-ключично-сосцевидная мышца (голова немного повернута в противоположную сторону).

Плоскостное поглаживание подушечками указательного, среднего и безымянного пальцев от сосцевидного отростка височной кости до грудины и ключицы.

Спиралевидное растирание теми же пальцами и в том же направлении.

Поглаживание.

Щипцеобразное разминание большим и указательным пальцами от сосцевидного отростка к грудине.

Продольное поглаживание.

3. Массаж лба, височных и жевательных и мышц.

3.1. Массаж области лба.

Плоскостное поглаживание ладонной поверхностью кистей и пальцев обеих рук одновременно. Движение начинают от средней линии лба, далее руки движутся к вискам, где дугообразно спускаются вниз к углу нижней челюсти. Следить, чтобы кожа лба сильно не растягивалась, не собиралась под пальцами в складки. Движения рук плавные, осторожные и симметричные.

Спиралевидное растирание 4 пальцами. Свободная рука массажиста фиксирует голову пациента в области темени, другая производит растирание от средней линии лба к виску. При этом правая рука движется от средней линии лба к левому виску, левая – к правому.

Поглаживание от средней линии лба к вискам одновременно обеими руками.

Перемежающееся надавливание подушечками II–V пальцев в направлении от средней линии лба к виску.

Продольное поглаживание.

3.2. Массаж области височных мышц.

Круговое растирание лобных, височных и затылочных мышц ладонью одной руки, другая рука фиксирует голову пациента с противоположной стороны.

Продольное поглаживание.

Раздельно-последовательное поглаживание.

Спиралевидное растирание подушечками 4 полусогнутых и слегка разведенных пальцев одной руки в сагиттальном направлении, свободная рука фиксирует голову пациента в теменно-затылочной области с противоположной стороны.

Раздельно-последовательное поглаживание.

Спиралевидное растирание большими пальцами по височно-теменному шву охватывает всю половину волосистой части головы. Каждая рука массирует свою половину головы.

Раздельно-последовательное поглаживание.

Сдвигание подушечками 4 пальцев сагиттально в проекции височных мышц одновременно с двух сторон.

Продольное поглаживание.

Надавливание обеими руками подушечками II–V пальцев в сагиттальном направлении в проекции височных мышц.

Продольное поглаживание.

Сдавливание-сжатие головы. Обе ладони располагают в лобно-затылочном, затем височно-височном положении, пальцы специалиста – на темени пациента, локти широко разведены в стороны, медленно, мягко, адекватно с достаточной силой сдвигают голову с обеих сторон 3–5 раз по 8–10 сек.

Продольное поглаживание и длинное заднее поглаживание.

3.3. Массаж жевательных мышц.

Спиралевидное растирание от угла нижней челюсти к скуловой дуге.

Поглаживание ладонью в том же направлении.

Релиз (тензия, тракция, твистинг) в зоне мышечных уплотнений или миопрессура.

Продольное поглаживание.

Надавливание подушечками II–IV пальцев или сверление. Продольное поглаживание.

Механическая вибрация воронкообразным или полушаровидным силиконовым вибратором.

Продольное поглаживание и длинное заднее поглаживание.

3.4. Воздействие на ТА для ВНЧС.

• Локальные ТА:

Тоу-вэй – по верхнему краю жевательной мышцы, примерно 1 цунь на ВЧГ.

Тай-ян – на 1 см от наружного угла глаза.

Шуай-гу – на 1,5 цуня выше края ушной раковины.

И-фэн – в углублении кзади от основания мочки уха, между сосцевидным отростком и ветвью нижней челюсти.

Тин-хуэй – кпереди и книзу от козелка уха в углублении.

Ди-цан – кнаружи от угла рта на 1 см, на уровне вертикальной линии зрачка.

Цзя-чэ – кпереди и кверху от угла нижней челюсти в углублении.

Ся-гуань – впереди козелка уха, во впадине, которая образуется нижним краем скуловой дуги и вырезкой нижней челюсти, определяют при закрытом рте.

• Отдаленные ТА.

Шоу-сань-ли – 2 цуня ниже складки локтевого сгиба, по латеральному краю плечелучевой мышцы.

Ней-гуань – с ладонной стороны предплечья, между лучевой и локтевой костями на 2 цуня выше складки лучезапястного сустава.

Хэ-гу – посередине второй пястной кости с лучевой стороны.

Методические указания:

1. Во время массажа внимательно следить за состоянием пациента. Незрячий массажист задает пациенту короткие вопросы по поводу его самочувствия.

2. Все приемы в области головы и шеи производить мягко, ритмично, безболезненно, используя адекватную силу давления, не превышающую болевой порог.

3. Соблюдать осторожность при массаже головы у лиц, страдающих частыми головокружениями или артериальной гипертензией.

4. Средняя продолжительность массажа шеи – до 15 мин, головы и жевательной мускулатуры – 10–12 мин. При воздействии на ТТ и ТА время процедуры увеличивается до 30–40 мин.

5. Каждый массажный прием повторяют 3–4 раза.

6. ТТ на 75–80% совпадают с ТА.

7. Время миотерапии для ТТ – 60–90 сек.

8. На ТА воздействуем гармонизирующим методом 2–3 мин.

2. Мобилизация шейного отдела позвоночника.

Исходное положение пациента – лежа на спине.

1. Постизометрическая тракция шейного отдела позвоночника по вертикальной оси тела. Затем следует серия пассивных функциональных движений в строго определенной последовательности:

2. Сгибание – флексия.

3. Неполное разгибание – экстензия-ретрофлексия (чтобы не компримировать позвоночную артерию).

4. Боковой наклон – латерофлексия.

5. Ротация.

6. Мобилизация и релаксация атлантозатылочной мембраны. Специалист располагает ладонь на темени, затылок пациента располагается на другой ладони специалиста, при этом массажист фиксирует большим и средним пальцами область сосцевидных отростков. Пациент дела-



Рис. 6. Мобилизация и релаксация атлантозатылочной мембраны

ет вдох, переводит взгляд вверх, задерживает дыхание на 7–8 с, в этот момент происходит рефлекторное напряжение мышц атлантозатылочной мембраны. В фазу выдоха по команде массажиста переводит взгляд вниз, а специалист производит «передний кивок» давлением ладонью на темя по вертикальной оси (часто получается второй подбородок), подбородок немного приближается к груди, но это не сгибание шеи, а движение в атлантозатылочном суставе, способствующее микрорепозиции суставов головы, растяжению и релаксации затылочных мышц (рис. 6).

7. Мобилизация атлантоосевого сустава и релаксация нижней косой мышцы. Специалист располагается у головы пациента, левая рука фиксирует подбородок, правая ладонь располагается на затылочной области. Специалист приводит подбородок к груди, сгибая шейный отдел позвоночника, и поворачивает голову влево (для правой нижней косой мышцы). Изометрическая работа пациента направлена на ротацию вправо (в противоположную сторону).

8. Мобилизация крестцово-подвздошного сустава проводится ритмическим попеременным давлением на верхушку крестца и заднюю верхнюю ость по методике Стоддарда.

3. Мобилизация ВНЧС по методике Danbury.

Мобилизация ВНЧС по методике Danbury основана на суставной игре – на латеро-латеральных движениях нижней челюсти. Специалист по массажу располагается позади сидящего пациента, поворачивает его голову так, чтобы больной стороной он опирался на грудь или верхнюю часть живота специалиста. Одной рукой фиксируем лобно-височную область. Просим пациента приоткрыть рот (подбородок немного опущен), другая рука мягко фиксирует нижнюю челюсть пальцами и основанием ладони, подбородок в ладонной ямке массажиста. Затем проводим мобилизацию, смещая нижнюю челюсть сначала в сторону повреждения, а в последней фазе движения – вверх и немного кзади, чтобы добиться движения суставного отростка выдоха. Расслабление во время вдоха. Количество мобилизационных движений до 20, скорость движения не более 1 смещения в 1 сек.

При тракции сустава пациент лежит на спине, его голова зафиксирована ассистентом. Просим пациента открыть рот, обеими руками охватываем челюсть и обернутые марлей большие пальцы помещаем на коренные зубы, проводим тягу вниз и вперед.

4. Постизометрическая релаксация жевательной мускулатуры.

Постизометрическая релаксация мышц (ПИРМ) – функциональный, биоэкономичный метод мануального лечения, основанный на феномене торможения тонически сокращенных мышц после предварительного их изометрического напряжения. Лечебная задача ПИРМ – ликвидация патологического тонического напряжения мышцы, боли, нормализация трофики и метаболизма окружающих тканей.

ПИРМ приводит к декомпрессии нервного ствола вследствие устранения реактивного отека (туннельный синдром), ликвидирует патологические рефлекторные мио-висцеральные взаимосвязи, способствует деблокированию сустава. Клиническим критерием правильного проведения методики ПИРМ является устранение мышечного гипертонуса, что субъективно сопровождается приливом тепла в зоне воздействия, исчезновением боли, восстановлением сократительной способности мышцы.

ПИРМ оказывает многостороннее действие на нейромоторную систему регуляции тонуса поперечно-полосатой мышцы. Она способствует нормализации проприоцептивной импульсации и устанавливает физиологическое соотношение между проприоцептивной и другими видами афферентации. Результатом этого является восстановление эффективности механизмов торможения.

По современным представлениям релаксирующий и анальгезирующий эффекты объясняются следующим образом. Изометрическая работа требует участия всей мышцы против внешнего усилия. Мышца с миофасцикулярным гипертонусом способна реализовать это напряжение только за счет своей непораженной части. Поскольку при этом режиме работы вся мышца остается неизменной в своей исходной длине, функционально активная ее часть при сокращении начинает растягивать этот пассивный (в данных условиях) участок гипертонуса.

Последующее пассивное растяжение всей мышцы до максимальной величины способствует дальнейшему уменьшению размеров гипертонуса с периферии. При повторной изометрической работе в условиях зафиксированной длины мышцы растягивающее влияние здоровых участков на пораженный еще более усиливается. Это приводит к повторному уменьшению размера гипертонуса.

При максимальном пассивном растяжении мышцы до ее возможных физиологических характеристик сократительная способность вообще падает до нуля. Как правило, это означает, что в мышце возникла гипотония. Через 25–30 мин она возвращает «привычную» для себя длину без восстановления имевшегося гипертонуса. При сохранении патологического динамического стереотипа гипертонусы могут возникнуть через 36–48 ч. Повторение ПИРМ вызывает удлинение срока рецидива гипертонуса, для полного его устранения бывает достаточно 5–7 сеансов релаксации. Представление о механическом растягивающем эффекте как единственном лечебном факторе релаксации, конечно, является упрощением сложного явления. Релаксирующий и анальгезирующий эффекты ПИРМ связаны со сложными однонаправленными изменениями в системах афферентации в деятельности сегментарного аппарата спинного мозга.

В этой связи исчезновение гипертонуса является скорее функциональным, чем структурным феноменом, означающим восстановление общего уровня проприоцептивного потока и нормализацию его составляющих. Параллельно восстанавливаются механизмы контроля и регуляции тонуса мышцы в пределах сегментарного аппарата спинного мозга.

Методика проведения ПИРМ заключается в сочетании предварительного медленного пассивного растяжения мышцы (5–10 с), кратковременной (7–10 с) изометрической работы минимальной интенсивности, расслабления (3–4 с), мышца фиксируется натяжением для повторения изометрической работы с другой исходной длиной. Данный цикл проводится 3–4 раза. В результате в мышце возникает стойкая гипотония и исчезают гипертонус и исходная болезненность.

Основные предпосылки ПИРМ следующие: активное усилие пациента – изометрическая работа – должно быть минимальной интенсивности и достаточно кратковременным (7–10 с); усилие средней, тем более высокой интенсивности, вызывает выраженное снижение эффекта миорелаксации на уровне центральной нервной системы и спинномозговых рефлекторных взаимосвязей, значительные временные интервалы вызывают утомление мышцы, чересчур кратковременное усилие неспособно вызвать в мышце пространственные перестройки сократительного субстрата, что в лечебном отношении неэффективно.

Как добиться минимального изометрического напряжения для жевательной мускулатуры?

Можно попросить пациента оказать минимальное (5–10%) давление в сторону или больше вверх, при этом он напрягает жевательные, височные или крыловидную мышцы. Этой методикой можно лечить также спазм (ТТ) жевательной мускулатуры. Для усиления эффективности ПИРМ используют дыхательную синкинезию: во время выдоха рот закрывается, во время вдоха открывается; жевательные мышцы напрягаются во время выдоха и расслабляются во время вдоха.

Следует подчеркнуть, что методика ПИРМ является совершенно безопасной техникой мануальной терапии. Релаксирующий эффект практически не реализуется на клинически здоровых мышцах, что исключает побочное действие методики.

Модификацией ПИРМ является методика постреципрокного торможения спастически сокращенных мышц, которая основана на дополнительном активном изотоническом сокращении мышц-антагонистов, – постреципрокная релаксация (ПРР).

Техника ПИРМ и ПРР

I фаза ПИРМ – растяжение. Специалист и пациент принимают строго определенное устойчивое положение, проводятся надежная фиксация и пассивное растяжение спастически сокращенной мышцы (5–6 с) до преднапряжения, до границы пороговой боли.

II фаза – изометрическое напряжение. Пациент делает спокойный, немного форсированный вдох, задерживает дыхание на 7–10 с или осуществляет попытку произвести движение в направлении функции данной мышцы против сопротивления специалиста при минимальном усилии – 5–10% от максимально возможного. Необходимо заранее показать это направление пациенту при помощи пассивного динамического движения. Время изометрического напряжения – 7–10 с.

III фаза – расслабление (релаксация). Пациент производит постепенный выдох, прекращает напряжение, расслабляется. Специалист примерно через 3 с, в конце выдоха, вновь проводит небольшое растяжение мышцы, не ослабляя натяжение и повторяет цикл 3–6 раз.

ПРР превосходит по своему лечебному результату ПИРМ. Она проводится следующим образом:

I этап – растяжение пораженной мышцы до преднапряжения – 5–6 с;

II этап – изометрическая работа пораженной мышцы с минимальным усилием – 7–10 с;

III этап – активная изотоническая работа антагониста (постреципрокное торможение) пораженной мышцы с достаточным усилием до 10 движений, со скоростью 1 движение в 1 с;

IV этап – удержание с минимальным усилием достигнутого положения сегмента двигательной системы в состоянии преднапряжения растянутого агониста и укорочения антагониста.

Далее повторение II–IV этапов. Количество повторений в связи с высокой эффективностью методики – не более 2–3 раз. Основное требование к проведению процедуры – соблюдение временных и силовых параметров каждого этапа.

Технические ошибки и осложнения при проведении методики ПИРМ:

1. Отсутствие преднапряжения (теряется контроль над эластическими барьерными свойствами тканей).
2. Неверный вектор мышечного напряжения: необходимо строго соблюдать функцию мышцы.
3. Быстрое растяжение мышцы, резкий прирост пассивного движения от нуля до максимума, что по закону Ч.С.Шерингтона повышает мышечный тонус. Движение должно проводиться медленно, с замедлением в конце.
4. Нарушение степени мышечного усилия: изометрическое напряжение должно быть минимальным.
5. Нарушение временного интервала: норма изометрического напряжения – 6–10 сек. При уменьшении интервала до 2–5 с мышца не успевает обработать афферентный нервный сигнал (перцепция) и перестроиться. Увеличение времени напряжения до 15–20 сек и более приводит к утомлению мышц.
6. Неадекватное воздействие, травма мышцы при грубой силовой работе.
7. Недостаточное обследование пациента, когда обращается внимание на локальные нарушения, но не учитывается общее состояние пациента, влияние на мышцы патологических нарушений со стороны нейрогуморальной, эндокринной системы, внутренних органов.
8. Отсутствие иммобилизации (покоя) для релаксированной мышцы и специализированной лечебной гимнастики, основанной на избирательной тренировке мышц с целью восстановления оптимального статического и динамического стереотипа.

Эффективность применения ПИРМ и медицинского массажа неоднозначна. Для достижения выраженного релаксационного и обезболивающего действия необходимо в среднем 2–3 процедуры ПИРМ или 6–7 массажных процедур, но продолжительность терапевтического действия, стойкость лечебного результата в 2 раза выше у массажа. Несложно сделать вывод о комплексном применении этих прекрасных мануальных методов лечения.

Релаксация жевательных мышц:

1. Мышцы жевательная, височная, медиальная крыловидная (поднимают нижнюю челюсть).

ПИРМ. Специалист, стоя сзади, одну руку располагает на темени, фиксируя голову, другую на нижних резцах или подбородке. Пациент пытается закрыть рот. ПРР. Широкое открывание рта.



Рис. 7. ПИРМ мышцы опускающие нижнюю челюсть

2. Латеральная крыловидная мышца (боковое смещение челюсти в противоположном направлении).

ПИРМ. Одна рука специалиста фиксирует лобно-височную область, другая захватывает подбородок и смещает челюсть в сторону. Пациент пытается сместить челюсть в противоположном направлении. ПРР. Смещение челюсти в противоположном направлении.

3. Мышцы, опускающие нижнюю челюсть (челюстно-подъязычная, грудино-щитовидная, щитоподъязычная, двубрюшная).

ПИРМ. Одна рука специалиста фиксирует подбородок и немного надавливая разгибает голову, другая фиксирует область рукоятки грудины. Пациент пытается открыть рот. ПРР. Смыкание челюстей (рис. 7).

5. Позиционная мобилизация.

Позиционная мобилизация сочетает ритмическую мобилизацию и ПИРМ. Прием выполняется мягко и медленно. Необходимо достигнуть напряжения в суставе в направлении блокады в сторону ограничения до функционального барьера и в удерживании этого усилия около 1 мин. Как правило, напряжение в сегменте сопровождается растяжением мышц в области суставов. Позиционная мобилизация часто сопровождается синергическим напряжением мышц, происходящим при изменении взора, дыхания, активации соседних мышц. Вследствие этого во время мобилизации происходят 3 важных биомеханических процесса:

- 1) пространственное изменение поверхностей суставов как результат репозиции;
- 2) ПИРМ растянутой мускулатуры сустава;
- 3) ритмическая медленная мобилизация сустава вследствие изменения его положения в такт синергическим ритмическим реакциям мышц.

В результате позиционной мобилизации происходит расширение границ общего анатомического и функционального барьеров разных тканей с восстановлением функционального резерва ВНЧС.

М.Г.Бондаренко

ГБОУ СПО Кисловодский медицинский колледж

Массаж, кинезиотейпинг, постизометрическая релаксация в системе комплексного лечения плечелопаточного периартрита

В современном мире массажных технологий ведется перманентный поиск наиболее эффективных физических методов лечения человека от различных заболеваний, что приводит к дальнейшему их развитию и совершенствованию, внедрению в лечебную практику. В век быстро развивающихся информационных систем и их практически мгновенного распространения по всему миру мы имеем возможность изучать, оценивать, сравнивать те системы, которые используются в лечебных и оздоровительных практиках разных стран и народов. И мы делаем это все с вполне конкретной и определенной целью – получить в свои руки эффективный инструмент, который будет использован как самостоятельный метод профилактики и лечения заболеваний, так и в комплексном применении вместе с другими технологиями. Однако для того чтобы успешно использовать разные техники для более эффективного воздействия на причины тех же мышечных болей, в своей работе следует опираться на методы, которые зарекомендовали себя в результате длительного успешного применения в лечении и профилактике.

Классический массаж зарекомендовал себя как эффективная оздоровительная и лечебная система, которая базируется на мощной научно-практической базе и давно используется в нашей стране с другими лечебными средствами на всех этапах заболевания. Этому предшествовала кропотливая и системная работа ученых, врачей в разных областях медицины, начиная с И.Мерцгера, В.Штанге, И.Заблудовского и до сегодняшних дней – А.Вербова, Н.Белой и др. Нельзя сказать, что тенденция использования лечебных и оздоровительных методов вкупе с классическим массажем обозначилась только сейчас. В советский период накоплен огромный опыт эффективного использования в лечебной

практике массажа в комплексе с физиотерапией, лечебной физкультурой, ультрафиолетовым облучением, медикаментозной терапией и др. Однако появление в последние десятилетия в нашей стране новых направлений, интересных систем, оригинальных методик подталкивает специалистов в области массажа, работающих в сфере медицины, спорта, спа-услуг, к их использованию в своей работе с целью повышения ее эффективности. Кроме этого, все больше массажистами в своей практике применяются техники и их элементы, которые продолжительное время использовались только врачами в силу их специфичности. Появление новых направлений, таких как остеопатия, которая уже сама по себе является самостоятельной наукой, пусть ее подходы и отличаются от общепринятых в официальной медицине, обозначило использование техник мышечных энергий, в том числе в практике массажиста. Помимо этих техник представляет интерес лечебно-диагностический метод, основанный на квинтэссенции восточного учения о меридианах и взаимосвязи процессов, происходящих в мышечной системе и внутренних органах, – прикладная кинезиология. Любопытен взгляд Т.Майерса на возникающее напряжение в миофасциальных структурах по типу тесно взаимосвязанных цепочек. Миофасциальный релиз, позволяет успешно справляться с болевыми синдромами, вызванными перенапряжением мышц, наряду с множеством других техник, методов, способов и практик, призванных наиболее эффективно решать проблемы с состоянием здоровья человека. Конечно, эти методы, которые к массажу имеют, может быть, опосредованное отношение, сами по себе являются цельными системами. Кроме того, с точки зрения официальной медицины, многие постулаты этих техник не согласуются с общепринятыми принципами. На-

пример, некоторые техники базируются не на полученных прочных, научно обоснованных данных, а на предположениях, догадках, гипотезах, даже несмотря на достаточно продолжительный период их применения и получения положительных результатов в лечебной и оздоровительной работе, в первую очередь за рубежом. Однако, как показывает практика специалистов в области массажных технологий, это не является поводом отвергать их полностью как несостоятельные, а нужно пытаться использовать эти наработки и элементы вкупе с общепризнанными, в первую очередь с классическим массажем, для получения стойкого результата. На наш взгляд, в настоящее время такими техниками могут являться постизометрическая релаксация (ПИР) и кинезиотейпинг.

Предложенная в 1979 г. Фредом Митчеллом, затем творчески доработанная Карелом Льютом ПИР мышц применялась в нашей стране мануальными терапевтами перед проведением мобилизационных и манипуляционных приемов на костных структурах. В последнее время она предлагается для использования в практике массажистов, но, конечно, строго по указаниям и под контролем врача. Почему выбор пал на сочетание с массажем именно этой техники? Тому есть несколько причин: во-первых, высокая эффективность применения ПИР при гипертонусе и укорочении мышц, которые снижают функциональную подвижность опорно-двигательного аппарата человека и могут являться причиной мышечных болей. Во-вторых, нетравматичность, безопасность, отсутствие сколь-нибудь серьезных побочных эффектов в случае некорректного применения.

Сущность методики заключается в сочетании кратковременной (5–10 с) изометрической работы минимальной интенсивности и пассивного растяжения мышцы в последующие

5–10 с. Такое сочетание повторяется 3–6 раз. В результате в мышце возникает стойкая гипотония и исчезает исходная болезненность. Основные предпосылки ПИР скелетной мускулатуры следующие:

1. Активное усилие пациента – изометрическая работа – должно быть минимальной интенсивности и достаточно кратковременным.
2. Усилие средней, тем более большой интенсивности, вызывает в мускулатуре изменения совершенно другого рода, в результате чего релаксация мышц не наступает.
3. Значительные временные интервалы вызывают утомление мышц, чересчур кратковременное усилие не способно вызвать в мышце пространственные перестройки сократительного субстрата, что в лечебном отношении неэффективно.

Основные рекомендации по ПИР скелетной мускулатуры следующие. Активное противодействие пациента (изометрическую работу) можно заменить напряжением мышцы, возникающим в качестве синергии при вдохе. Наиболее заметно это явление в проксимальных группах, менее – в дистальных мышцах. Активность мышц уступает по своей выраженности активности волевого напряжения, а достигаемый лечебный эффект одинаков. В паузу проводится пассивное растяжение мышцы до появления легкой болезненности. В этом положении мышца фиксируется натяжением для повторения изометрической работы с другой исходной длиной.

Следующей модификацией этого приема следует назвать сочетания синергического напряжения мышцы, возникающие при изменении направления взора.

При взоре вверх напрягаются мышцы-разгибатели шеи и спины, при взоре вниз – сгибатели шеи и туловища, вправо – мышцы-ротаторы, поворачивающие голову и туловище вправо, и наоборот, когда взор обращен влево. Наилучший эффект в выполнении технического приема достигается одновременным применением дыхательных и глазодвигательных синергий. Известно, что вдох повышает тонус предварительно активированной мышцы, а выдох увеличивает расслабление предварительно расслабленной мышцы. Техническое исполнение этого сочетания предполагает такую последовательность команд: посмотрите вправо, вдох, задержите вдох (пауза до 7–10 с), посмотрите влево, выдох; или: посмотрите вверх, вдох,

задержите вдох (пауза 7–10 с), посмотрите вниз, выдох. Другая комбинация с предварительным изменением дыхания и последующим изменением взора малоэффективна. При максимальном пассивном растяжении мышцы до ее возможных физиологических характеристик сократительная способность вообще падает до нуля, что свидетельствует о возникновении гипотонии в мышце. Через 25–30 мин она возвращает «привычную» для себя длину без восстановления имевшегося гипертонуса. При сохранении патологического динамического стереотипа гипертонусы могут возникнуть через 36–48 ч. Повторение ПИР вызывает удлинение срока рецидива гипертонуса; для полного его устранения бывает достаточно 5–7 сеансов ПИР.

Техника ПИР мышц уже довольно продолжительное время применяется мануальными терапевтами, а в последнее время – и массажистами в своей работе и зарекомендовала себя как действенное средство при мышечных болях различного генеза. Кинезиотейпинг, несмотря на длительное применение в первую очередь в спортивной практике за рубежом, в нашей стране является относительно новым методом терапии при мышечных болях. Другие названия, которые используются: «функциональное тейпирование», «мультитейпинг», «кинезиотейпирование» и др. Впервые этот метод был широко представлен на Олимпиаде в Сеуле в 1988 г. и с тех пор стал одним из наиболее применяемых современных методов лечения, реабилитации, профилактики травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата не только в спортивной медицине. Кинезиотейпинг является уникальной методикой, которую на протяжении многих лет используют спортивные врачи, физиотерапевты и реабилитологи многих стран Европы и Америки. Впервые наклеивание лент на кожу начали применять в США. В настоящее время кинезиотейпирование в Европе чаще используется в спортивной медицине, а в США применяется в 80–90% обращений к врачу в амбулаторной травматологии и ортопедии.

Сегодня кинезиотейпирование вышло за пределы применения в спортивной медицине. Оно широко применяется и как самостоятельный метод, и в сочетании с другими физиотерапевтическими методиками, мануальной терапией, массажем, рефлексотерапией, лазеротерапией,

криотерапией, бальнеотерапией, в том числе и в лечении животных.

Слово «кинезиотейпирование» состоит из двух частей: кинезио – движение, тейп – лента. «Кинезио» подразумевает, что при использовании этого метода не происходит жесткой фиксации ткани или сустава, а сохраняется их подвижность. То есть реализуется главный принцип кинезиотейпинга как метода – активация вместо фиксации, что позволяет обеспечивать более быстрое восстановление после травм и патологий опорно-двигательного аппарата.

Эффекты кинезиотейпинга:

- обезболивающий;
- противовоспалительный;
- расслабляющее действие на мышцы;
- рассасывание отеков и гематом;
- лимфодренажный;
- мягкая репозиция сустава;
- динамический – облегчает движение конечности или сустава.

Преимущества кинезиотейпирования:

- получение благоприятных результатов в относительно короткий промежуток времени;
- простота и экономичность применения;
- возможность непрерывного лечебно-корректирующего воздействия в течение 3–5 сут;
- отсутствие в составе кинезиотейпов и в клеевой основе фармакологически активных веществ;
- отсутствие ограничений в процессе жизнедеятельности и занятия спортом.

Суть методики состоит в том, что в месте повреждения (заболевания) особым способом приклеивается тейп, нарезанный специальным образом.

Общие правила кинезиотейпирования:

1. Перед наклеиванием кожу рекомендуется очистить, обезжирить и высушить.
2. Осторожно отделить часть защитной бумаги от тейпа, не допуская склеивания тейпа.
3. Тейп отрезается со стороны бумаги, концы полосок закругляются для улучшения фиксации на коже.
4. У полоски кинезиотейпа выделяют рабочую часть, которая может использоваться с натяжением или без него, и прикрепляющую часть (якоря или базы), которую всегда наклеивают без натяжения.
5. Тейп наклеивается нерастянутым или слабо, средне и полностью растянутым.
6. Для более быстрой и качественной фиксации после наклеивания на

тело тейп разогревается (растирается рукой).

7. При нанесении тейпа с натяжением от периферии к центру ткани релаксируют, а от центра к периферии – тонизируют.

8. Степень натяжения тейпа важнее направления наклеивания.

9. Снимая кинезиотейп, необходимо учитывать направление роста волос сверху вниз.

10. В качестве курсового лечения тейпирование должно применяться не менее 3 раз. Однократное тейпирование возможно при острой травме, отсутствии гематом, разрывов мышечных и сухожильных волокон.

11. Курс кинезиотейпирования может быть окончен при отсутствии жалоб пациента, стабильном состоянии тканей при их обследовании и полном восстановлении функций.

12. Эластичные тейпы лучше снимать после предварительного увлажнения участка тела, поэтому мы рекомендуем пациенту принять душ перед процедурой. Покраснение кожи после снятия не есть признак аллергии, а лишь гиперемия кожи, особенно если перед снятием тейпа был принят горячий душ.

Рассмотрим основные моменты применения методов кинезиотейпирования и ПИР вкупе с классическим массажем при плечелопаточном периартрите (ПЛП).

ПЛП – это нейродистрофическое воспалительное внесуставное заболевание мягких тканей, непосредственно окружающих плечевой сустав.

Воспалению не подвергаются периартикулярные ткани: гиалиновый хрящ сустава, головка плечевой кости и суставная поверхность, а вот суставная капсула, сухожилия и связки, окружающие плечевой сустав, являются главной «мишенью» периартрита.

Из всех случаев болезненности плечевого сустава ПЛП встречается в 80% случаев. У мужчин это заболевание встречается чаще, чем у женщин. В возрастной группе до 30 лет у людей наиболее часто встречаемыми причинами поражения сухожильного аппарата являются последствия травм, а из нетравматических причин – нестабильность плечевого сустава в рамках гипермобильного синдрома. У пациентов более старшего возраста (старше 40 лет) наиболее вероятной причиной боли является первично-дегенеративный процесс в сухожилиях мышечной манжеты плеча.

Наиболее распространенными причинами ПЛП являются:

- остеохондроз шейного отдела позвоночника. Именно по этой причине ПЛП рассматривается как нейродистрофический синдром при различных дегенеративно-дистрофических процессах в шейном отделе позвоночника;
- микротравматизация сухожилий. Это может быть связано со спецификой трудовой деятельности (строитель, токарь, штукатур), активными тренировками (бокс, теннис, метание копья и др.);
- нарушение обмена веществ (ожирение, сахарный диабет);
- эндокринные нарушения у женщин в климактерическом периоде;
- заболевания печени и желчного пузыря;
- заболевания периферических сосудов.

ПЛП характеризуется стойким болевым синдромом и мышечной контрактурой в области плечевого сустава. Чаще встречается поражение в области правого плечевого сустава (характерно для правшей). Боль чаще постоянная, ноющая, ломящая. Как правило, усиливается в ночное время. Болевой синдром при ПЛП усиливается при определенных движениях верхней конечности – отведение руки в сторону или заведении руки за спину. Именно по этой причине это заболевание часто называют «синдромом замороженного плеча».

Боль может распространяться по руке, а также в шейно-затылочную или лопаточную области. Из-за боли пациент часто не может лечь на пораженную сторону. Ограничение подвижности в плечевом суставе возникает как из-за боли, так и из-за мышечной контрактуры.

При пальпации тканей в области пораженного сустава определяется напряжение и болезненность мышц. При определенном опыте можно определить в мышце локальные уплотнения и узелки. Также характерно наличие болезненности в местах прикрепления связок и сухожилий. По передне-латеральной поверхности плеча может определяться припухлость плеча.

Основными задачами комплексного применения классического массажа, ПИР и кинезиотейпирования при ПЛП будут являться:

- улучшение кровообращения и лимфотока в массируемых зонах;
- устранение воспалительного процесса и болезненных ощущений в области плечевого сустава;
- улучшение и полное восстановление подвижности плечевого сустава;

- замедление или остановка развития заболевания и предотвращение осложнений периартрита (анкилоза);
- остановка и предотвращение дальнейших дегенеративно-дистрофических процессов в суставных и околосуставных тканях;
- замедление развития и уменьшение симптомов сопутствующих заболеваний (включая шейный остеохондроз).

При ПЛП комплекс воздействий не ограничивается только вышеперечисленными методами. Лечебная гимнастика, мануальная терапия, физиотерапевтические процедуры, иглорефлексотерапия и др. – далеко не полный перечень всех способов и методов, используемых при данном заболевании.

Классический массаж при ПЛП выполняется на дорсальной поверхности туловища и проводится после острого периода заболевания. Эта зона ограничивается условной верхней горизонтальной линией, проведенной через VII шейный позвонок, и нижней горизонтальной линией, проходящей через I поясничный позвонок. Боковые линии проходят по правой и левой средним подмышечным линиям.

Массаж проводится из исходного положения сидя, руки скрещены перед собой ладонями вниз, лоб лежит на скрещенных руках.

Массажист стоит с боку.

Примерный план массажа

Непосредственно массаж спины состоит из послышной проработки тканей (кожа – подкожная клетчатка – мышцы), которая характеризуется возрастающей (каждый последующий прием воздействует на более глубокий уровень, чем предыдущий) и возвратной последовательностью (один из приемов, чаще поглаживание, повторяется после любого другого приема).

- I. Предварительный массаж.
- II. Массаж поверхностных мышц (трапециевидная, широчайшая мышцы спины).
- III. Массаж глубоких мышц (выпрямитель позвоночника, надостная, подостная, ромбовидные, подлопаточная).
- IV. Массаж дельтовидных мышц и плечевого сустава.

Техника выполнения массажа

I. Массаж поверхностных тканей.

1. Поверхностное плоскостное поглаживание.

2. Глубокое плоскостное поглаживание. Оба приема выполняются снизу вверх от крестца: а) к шее; б) к надплечьям; в) к плечевым суставам.
3. Попеременное растирание.
4. Спиралевидное поглаживание.
5. Спиралевидное растирание 4 пальцами.
6. Глажение.
7. Пиление.
8. Раздельно-последовательное поглаживание.
9. Гребнеобразное поглаживание над межреберными промежутками.
10. Штрихование над межреберьями.
11. Гребнеобразное поглаживание межреберий.
12. Гребнеобразное поглаживание паравerteбральных областей.
13. Растирание двумя большими пальцами паравerteбральных областей.
14. Раздельно-последовательное поглаживание II–III пальцами паравerteбральных областей.
15. Гребнеобразное растирание паравerteбральных областей.
16. Гребнеобразное поглаживание с отягощением паравerteбральных областей.
17. Штрихование паравerteбральных областей.
18. Глажение.
19. Строгание (паравerteбральные области).
20. Плоскостное поглаживание с отягощением в 3 тура.

II. Массаж поверхностных мышц.

1. Поперечное разминание верхней части трапециевидной мышцы в области надплечий.
2. Обхватывающее поглаживание сверху вниз.
3. Полукружное разминание трапециевидной мышцы.
4. Раздельно-последовательное поглаживание.
5. Поперечное разминание широчайшей мышцы, задней стенки надмышечной впадины и растягивание.
6. Раздельно-последовательное поглаживание.
7. Накатывание на большой палец снизу вверх параллельно позвоночнику, к надплечьям и плечевым суставам и от позвоночника латерально над подлопаточными областями.
8. Глажение.
9. Накатывание на ладонь (или на кулак).
10. Спиралевидное поглаживание.
11. Поперечное разминание верхней части трапециевидной мышцы в области надплечий.
12. Раздельно-последовательное поглаживание.

III. Массаж глубоких мышц.

1. Сдвигание внутреннего края выпрямителя позвоночника.
 2. Полукружное разминание наружного края выпрямителя позвоночника.
 3. Сдвигание средней части выпрямителя позвоночника (движение параллельно позвоночнику).
 4. Гребнеобразное поглаживание паравerteбральных зон.
 5. Сдвигание надостной и подостной мышц от плечевого сустава к внутреннему краю лопатки.
 6. Сдвигание ромбовидных мышц от внутреннего края лопатки к позвоночнику (по ходу мышечных волокон).
 7. Спиралевидное поглаживание.
 8. Разминание подлопаточной мышцы:
 - а) одноименная рука пациента тыльной поверхностью лежит на крестце. Массажист вводит свою руку под лопатку пациента и растягивает подлопаточную мышцу. Другая рука массажиста лежит на передней поверхности плечевого сустава;
 - б) одноименная рука пациента помещается на предплечье руки массажиста, фиксирующего переднюю поверхность плечевого сустава. Другая рука массажиста лежит на лопатке. Обе руки массажиста одновременно выполняют круговые движения. При этом плечевой сустав отводится слегка кзади, а лопатка придавливается к грудной клетке и перемещается по кругу.
- Используется один из двух способов.
9. Спиралевидное поглаживание.
 10. Плоскостное поглаживание.
- Далее прорабатываются дельтовидные мышцы и плечевые суставы.

Массаж дельтовидных мышц

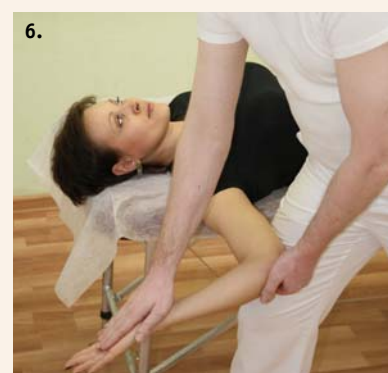
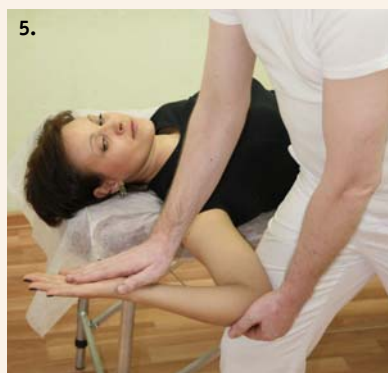
1. Обхватывающие поглаживание области дельтовидной мышцы.
2. Попеременное растирание.
3. Раздельно-последовательное поглаживание.
4. Спиралевидное растирание 4 пальцами.
5. Спиралевидное поглаживание.
6. Продольное разминание.
7. Глажение.
8. Поперечное разминание. Заднюю и переднюю части дельтовидной мышцы можно массировать приемом щипцеобразного разминания.
9. Обхватывающее поглаживание.
10. Валяние.
11. Поколачивание, рубление.
12. Обхватывающее поглаживание.

Массаж плечевого сустава

1. Круговое поглаживание плечевого сустава.
2. Спиралевидное растирание большим пальцем или 4 пальцами суставной сумки спереди, сзади и снизу:
 - а) для воздействия на переднюю поверхность суставной сумки рука пациента закладывается за спину;
 - б) для воздействия на заднюю поверхность суставной сумки кисть массируемой руки кладется на противоположное надплечье;
 - в) нижняя поверхность сумки плечевого сустава массируется при отведении руки в сторону до 90°.

Методические указания

1. Большинство массажных приемов при массаже спины выполняется двумя руками. Каждый прием повторяется 2–3 раза.
 2. При наличии артериальной гипертензии у пациента при ПЛП не выполняем интенсивных растираний в межлопаточной зоне.
 3. Глубокое поглаживание и разминание производится снизу вверх и в стороны к подмышечным лимфатическим узлам.
 4. В межлопаточной области приемы прерывистой ручной вибрации следует выполнять осторожно, особенно при заболеваниях сердца. Кроме того, эти приемы не выполняются в области проекции почек.
 5. По окончании массажа проводят пассивные движения в плечевом суставе.
 6. Массаж проводится в среднем 20–25 мин.
- При ПЛП ПИР применяется на трапециевидной, большой грудной, большой и малой круглой, подлопаточных мышцах.
- ПИР горизонтальной порции трапециевидной мышцы
- Исходное положение пациента – сидя спиной к врачу.
- Исходное положение врача – за пациентом, корпус врача плотно контактирует с корпусом пациента. Врач крестообразно расположенными руками фиксирует одной рукой плечо пациента, другой – одноименную половину головы (не давить на ухо).
- При вдохе пациент наклоняет голову к одноименному плечу, при этом приподнимая его. Врач оказывает сопротивление. Положение фиксируется на 7–9 с.
- На выдохе пациент расслабляется, врач производит пассивное растяжение мышц, оказывая давление на голову пациента.
- Прием повторяется 3–4 раза (рис. 1, 2).



ПИР большой грудной мышцы

Исходное положение пациента – лежа на кушетке, рука супинирована, отведена на 45° – для расслабления ключичной, 90° – грудино-реберной, 135° – брюшной части.

Исходное положение врача – лицом к пациенту. Соименная рука врача подложена под плечевой сустав пациента. Другая рука фиксирует верхнюю треть предплечья.

На вдохе пациент поднимает руку, а врач оказывает сопротивление. Положение фиксируется на 7–9 с.

На выдохе пациент расслабляется, а врач растягивает мышцы, опуская руку пациента.

Прием повторяется 3–4 раза (рис. 3, 4).

ПИР подлопаточной мышцы

Исходное положение пациента – лежа на спине, на краю стола, рука отведена в сторону на 90° и согнута в локтевом суставе на 90° .

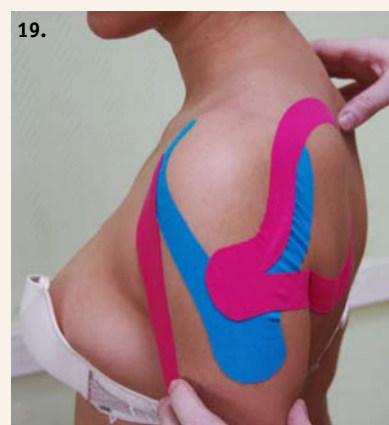
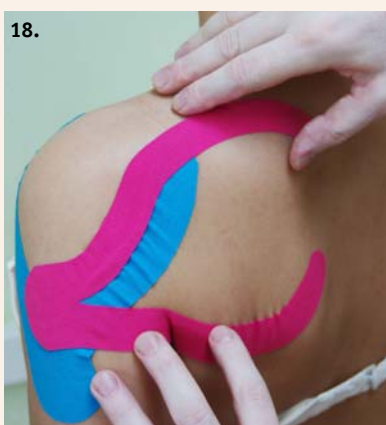
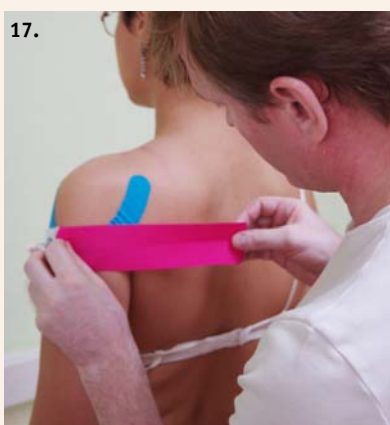
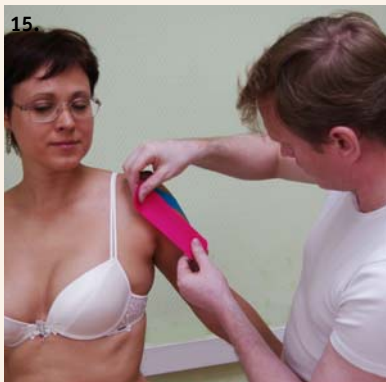
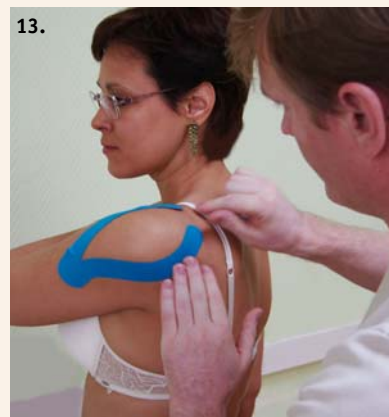
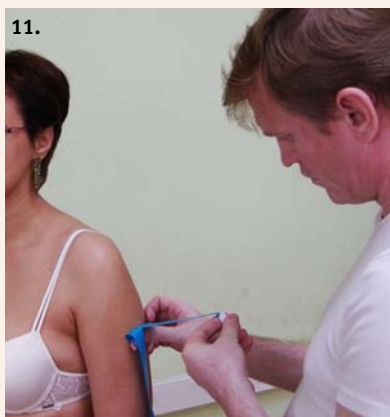
Исходное положение врача – стоя рядом с кушеткой, лицом к головному концу, одноименная с рукой пациента нога несколько согнута и выставлена вперед, другая нога отставлена назад для упора. Одноименная рука фиксирует плечо пациента в нижней трети. Выпрямленная другая рука замком фиксирует кисть пациента.

На вдохе пациент давит на руку врача, а врач оказывает сопротивление. Положение фиксируется на 7–9 с (рис. 5, 6).



ПИР аддукторов плеча

1-й вариант: положение сидя. Врач одной рукой фиксирует лопатку, предупреждая ее ротацию, другой производит отведение плеча. Ис-



пользуются дыхательные синергии и произвольное движение больного (приведение плеча); рис. 7, 8.
2-й вариант: плечо пациента кладется на надплечье врача. Руки в замке

на дельтовидной мышце. Используются дыхательные синергии и произвольное движение больного (приведение плеча); рис. 9, 10. Отведение плеча производится за счет движения туловища врача вверх. Одна из главных задач кинезиотейпирования при ПЛП – купирование болевых ощущений. Тем самым создаются условия для пролонгации достигнутого терапевтического эффекта посредством массажа и ПИР вследствие увеличения подвижности плечевого пояса и плечевого сустава в частности. При этом пациент больше использует движение верхних конечностей, затрудняя процессы мышечных атрофий. Тейпируют следующие группы мышц:

- Дельтовидная мышца.

- Ключовидно-плечевая мышца.
- Подлопаточная мышца.

Накладываем тейп на дельтовидную мышцу. Отводим плечо немного назад, рука в сторону. Наносим тейп на передний пучок дельтовидной мышцы. Затем пациент должен развернуть руку вперед так, чтобы дотронуться пальцем до противоположного плеча, и закрепляем вторую полоску на заднем пучке дельтовидной мышцы (рис. 11–14). Далее накладываем тейпы на ключовидно-плечевую мышцу (рис. 15, 16), подлопаточную мышцу (рис. 17, 18).

В.М.Кишкурно
АНО Институт восстановительной
медицины, Москва

Способ косметического массажа для формирования скулы и овала лица

(по материалам патента РФ на изобретение №2471470)

Изобретение относится к медицинской косметологии и может быть использовано как альтернативный метод пластической хирургии скулы и овала лица. Для этого на мягкие ткани головы, шеи и область декольте воздействуют массажными приемами по специально разработанной методике, которая состоит из 89 этапов. Основными приемами данной методики являются, в том числе, поглаживающие, глубокие скользящие движения с надавливанием, щипки, непрерывная вибрация пальцами и ладонями.

Массажные приемы также включают силовые воздействия в виде надавливаний, фиксацию пальцев и рук в активных точках с учетом вектора силы. Курс массажа состоит из 10 сеансов по 25 мин, 1–2 раза в неделю. Способ позволяет увеличить плотность и объем скуловых мышц, остановить деформацию носогубного треугольника, убрать носогубные складки, уменьшить подкожно-жировой слой, сформировать овал лица без инвазивного вмешательства.

Старение, как известно, прогрессивный и необратимый биологический процесс, на который влияет множество факторов. Его механизм охватывает все уровни функционирования организма, то есть внешние признаки старения лица определяются не только старением кожи, но и всех других анатомических структур. Изменение, вызванное старением, затрагивает не только эпидермис, дерму, но также подкожно-жировую клетчатку (гиподерму). Жир, лежащий поверх щек, под влиянием силы гравитации перераспределяется на уровень носогубной складки, тем самым углубляя ее, приводя к деформации носогубного треугольника, рта и подбородка. С возрастом происходит изменение и в мышцах, что ведет к уменьшению их плотности и объема, к утере эластичности и, как следствие, к деформации лица. Лицо вследствие этих изменений становится более плоским с явно выраженными носогубными складками, мимическими морщинами, теряется четкость овала лица.

Для формирования скулы и овала лица в мире практикуются введение филлеров в область скулы, внедрение силиконовых имплантатов, а также эндоскопическая подтяжка лица. Однако хирургическое воздействие имеет свои объективные недостатки, например: гематомы, повреждения близлежащих тканей, рубцевание,

необходимость интеграции имплантируемого материала и, как следствие, возможность его отторжения, стекание и повреждение импланта, создание дополнительного давления имплантируемого материала на зону носогубного треугольника, непереносимость средств наркоза или других медикаментов, высокая аллергическая настроенность некоторых пациентов, а также наличие многочисленных послеоперационных осложнений. Таким образом, в настоящее время существует потребность в более естественном, простом и безопасном способе формирования скулы и овала лица.

Известен способ нехирургического лифтинга лица путем использования авторских приемов растирания, разминания и поглаживания часто меняющимися тонизирующими и релаксирующими движениями (RU 2388449).

Известно, что массаж в виде растирания, разминания и поглаживания часто меняющимися тонизирующими и релаксирующими движениями приводит к значительному расширению лимфатических сосудов.

Недостатками данного вида массажа является то, что активное варьирование интенсивности воздействия на прорабатываемые ткани с целью постоянной реакции быстро и медленно адаптирующихся рецепторов повышает риск получения спазма лимфатических узлов. Отсюда можно сде-

лать вывод, что данный вид массажа может выполняться только обученным ему специалистом, имеющим медицинское образование.

Известен способ массажа лица и шеи путем вибрационного воздействия на мягкие ткани лица и шеи (RU 2113837). Данный способ массажа способствует сохранению активных обменных процессов, стимулирует кровоснабжение тканей лица и шеи, препятствует деформации овала лица, однако не предназначен визуально увеличить объем и плотность группы скуловых мышц и сформировать уже деформированный с возрастом овал лица. В основу настоящего изобретения положено решение задачи создания способа массажа, который позволяет осуществлять формирование скулы и овала лица без применения пластической хирургии и инъекций.

Согласно изобретению эта задача решается за счет того, что в способе косметического массажа для формирования скулы и овала лица на 1-м этапе из положения «средний палец правой руки на среднем пальце левой руки» выполняют надавливания 5 раз с силой до 1 кг в области грудного протока, после чего от области грудного протока выполняют симметричные глубокие скользящие движения с надавливанием по направлению к области подмышечных лимфатических узлов с последующим надавливанием 5 раз.

На 2-м этапе большими пальцами рук выполняют надавливания 5 раз с силой до 1 кг в области глубоких шейных лимфатических узлов, после чего производят смещение средних пальцев обеих рук без смещения кожи ниже предыдущего места надавливания и выполняют надавливание 5 раз с силой до 1 кг.

На 3-м этапе выполняют симметричные поглаживающие движения обеими ладонями по передней части шеи от центра к периферии с переходом на заднюю часть шеи и движением вниз вдоль позвоночника, затем сильным перебором пальцев обеих рук по задней части шеи поднимаются вверх к затылочным лимфатическим узлам и средними пальцами обеих рук выполняют надавливание 5 раз с силой до 1 кг таким образом, чтобы вектор силы был направлен вверх, к макушке головы.

На 4-м этапе средними и безымянными пальцами обеих рук выполняют надавливание 5 раз с силой до 1 кг в нижней области околоушных лимфатических узлов, после чего безымянными пальцами обеих рук выполняют надавливание 5 раз с силой до 1 кг в средней области околоушных лимфатических узлов.

На 5-м этапе фиксируют средние пальцы рук в височной области и выполняют одновременно надавливание 5 раз с силой до 1,5 кг, после чего указательный, средний и безымянный палец руки фиксируют в центральной части лба и выполняют одновременно надавливание 5 раз с силой до 1 кг.

На 6-м этапе выполняют одновременно надавливание указательными пальцами рук на крылья носа, а средними пальцами выполняют одновременно надавливание в области углов рта по 5 раз с силой до 1 кг.

На 7-м этапе указательными и средними пальцами рук, начиная от крыльев носа, выполняют легкие симметричные скользящие движения вниз по области щечной мышцы до середины мышцы, опускающей угол рта, после чего выполняют симметричные глубокие скользящие движения с надавливанием в обратном направлении до крыльев носа, затем ребром ладони обеих рук выполняют легкие симметричные скользящие движения снизу вверх вдоль боковых поверхностей носа до соприкосновения ладоней в центре лба.

На 8-м этапе от середины лба с полным прилеганием ладоней и пальцев обеих рук выполняют симметричные глубокие скользящие движения с на-

давливанием, двигаясь через височную область, среднюю и нижнюю область околоушных лимфатических узлов, область поднижнечелюстных лимфатических узлов, опускаясь вниз по грудино-ключично-сосцевидной мышце, заканчивая движение в области подмышечных лимфатических узлов.

На 9-м этапе средним пальцем правой руки от области глубоких шейных лимфатических узлов выполняют легкие скользящие движения, опускаясь к области грудного протока, а средним пальцем левой руки от области грудного протока выполняют легкие скользящие движения по направлению к области глубоких шейных лимфатических узлов.

На 10-м этапе выполняют поочередно ладонями поглаживающие движения в направлении снизу вверх от области глубоких шейных лимфатических узлов до нижней области околоушных лимфатических узлов, после чего выполняют поочередно ладонями поглаживающие движения от области подбородочных лимфатических узлов до нижней области околоушных лимфатических узлов.

На 11-м этапе внешним ребром согнутого указательного пальца и подушечкой большого пальца обеих рук одновременно выполняют щипки по 3 раза, начиная от нижней области околоушных лимфатических узлов до середины мышцы, опускающей угол рта, и возвращаются обратно, после чего перемещают пальцы обеих рук к области грудино-ключично-сосцевидной мышцы, выполняют щипки 3 раза, опускаясь от верхней части грудино-ключично-сосцевидной мышцы вниз по направлению к области глубоких шейных лимфатических узлов, и возвращаются обратно.

На 12-м этапе внешним ребром согнутого указательного пальца и подушечкой большого пальца обеих рук одновременно выполняют щипки латеральной области шеи по 3 раза, опускаясь от верхней ее области к нижней и обратно.

На 13-м этапе внешним ребром согнутого указательного пальца и подушечкой большого пальца обеих рук одновременно выполняют щипки шеи по 3 раза по 3 массажным линиям, идущим параллельно друг к другу, от периферии к центру шеи и обратно, при этом начиная выше области расположения щитовидной железы и поднимаются вверх.

На 14-м этапе одновременно обеими ладонями выполняют поглаживающие движения передней части шеи с

переходом на заднюю часть и последующими поглаживающими движениями опускаются вниз вдоль позвоночника, затем с сильным перебором 4 пальцев обеих рук поднимаются вдоль позвоночника вверх до области затылочных лимфатических узлов и фиксируют там пальцы таким образом, чтобы вектор силы при фиксации пальцев был направлен вверх, к макушке головы.

На 15-м этапе указательный, средний и безымянный пальцы левой руки фиксируют в нижней области околоушных лимфатических узлов с левой стороны, затем правой рукой с полным прилеганием ладони и пальцев, начиная от места фиксации среднего и безымянного пальцев левой руки, выполняют глубокие скользящие движения с надавливанием вниз по латеральной области шеи через область зоны декольте по направлению к области подмышечных лимфатических узлов, далее выполняют волнообразное разминание области декольте до противоположной области подмышечных лимфатических узлов, затем указательный, средний и безымянный пальцы правой руки фиксируют в нижней области околоушных лимфатических узлов с правой стороны, затем правой рукой с полным прилеганием ладони и пальцев, начиная от места фиксации среднего и безымянного пальцев правой руки, выполняют глубокие скользящие движения с надавливанием вниз по латеральной области шеи через область зоны декольте по направлению к области подмышечных лимфатических узлов, после чего выполняют волнообразное разминание области декольте до противоположной области подмышечных лимфатических узлов.

На 16-м этапе 4 пальца обеих рук фиксируют на затылочных буграх, после чего обе руки с полным прилеганием ладоней и пальцев легким симметричным скользящим движением опускают вниз по задней части шеи до плеч.

На 17-м этапе 4 пальцами обеих рук в области декольте выполняют одновременно 3 круговых разминающих движения таким образом, что 4 пальцами правой руки выполняют разминающие движения против часовой стрелки, а 4 пальцами левой руки выполняют разминающие движения по часовой стрелке, после чего выполняют симметричные глубокие скользящие движения с надавливанием по области грудино-ключично-сосцевидной мышцы к нижней области околоушных лимфатических узлов.

На 18-м этапе обе руки устанавливают на внутреннее ребро ладони таким образом, чтобы боковая часть указательных пальцев находилась на середине мышцы, опускающей угол рта, затем выполняют симметричные глубокие скользящие движения с надавливанием через область щечной мышцы и большой скуловой мышцы по направлению к крыльям носа, далее следуют вдоль переносицы, поднимаются над надбровными дугами, заканчивая движение в височной области, после чего в височной области фиксируют средние пальцы обеих рук таким образом, чтобы вектор силы при фиксации пальцев был направлен вверх, к макушке головы.

На 19-м этапе фиксируют 4 пальца обеих рук на области подбородочных лимфатических узлов, затем большими пальцами обеих рук выполняют одновременно 3 раза разминающие движения от середины мышцы, опускающей угол рта, до нижней части круговой мышцы рта, далее большими пальцами обеих рук, начиная от углов рта, выполняют одновременно по 3 раза разминающие движения по круговой мышце рта, затем большими пальцами обеих рук выполняют одновременно по 3 раза разминающие движения по мышце, поднимающей угол рта, после чего выполняют симметричные глубокие скользящие движения с надавливанием, поднимаясь от крыльев носа вверх вдоль переносицы, над надбровными дугами, заканчивая движение в височной области. На 20-м этапе указательный и средний палец левой руки фиксируют в средней области околоушных лимфатических узлов с левой стороны, а правой рукой с полным прилеганием ладони и пальцев, начиная от места фиксации указательного и среднего пальца левой руки, выполняют плавные растирающие движения, двигаясь через область поднижнечелюстных и подбородочных лимфатических узлов по направлению к противоположной средней области околоушных лимфатических узлов, после чего указательным и средним пальцем правой руки подхватывают угол рта справа и выполняют глубокую вибрацию, пропуская между пальцами губы таким образом, что средний и указательный пальцы правой руки с глубокой вибрацией проходят по круговой мышце рта, затем указательный и средний пальцы правой руки фиксируют в средней области околоушных лимфатических узлов с правой стороны, а левой рукой с пол-

ным прилеганием ладони и пальцев, начиная от места фиксации указательного и среднего пальца правой руки, выполняют плавные растирающие движения, двигаясь через область поднижнечелюстных и подбородочных лимфатических узлов по направлению к противоположной средней области околоушных лимфатических узлов, после чего указательным и средним пальцем левой руки подхватывают угол рта слева и выполняют глубокую вибрацию, пропуская между пальцами губы таким образом, что средний и указательный пальцы правой руки с глубокой вибрацией двигаются по круговой мышце рта.

На 21-м этапе указательный и средний пальцы левой руки фиксируют в области щечной мышцы, а правой рукой с полным прилеганием ладони и пальцев, начиная от места фиксации указательного и среднего пальца левой руки, выполняют плавные растирающие движения, двигаясь через середину мышцы, опускающей угол рта, область поднижнечелюстных и подбородочных лимфатических узлов по направлению к противоположной области щечной мышцы, после чего подхватывают угол рта справа и выполняют глубокую вибрацию, пропуская между указательным и средним пальцами губы таким образом, что средний и указательный пальцы правой руки с глубокой вибрацией двигаются по круговой мышце рта, после чего указательный и средний пальцы правой руки фиксируют в области щечной мышцы, а левой рукой с полным прилеганием ладони и пальцев, начиная от места фиксации указательного и среднего пальца правой руки, выполняют плавные растирающие движения, двигаясь через середину мышцы, опускающей угол рта, область поднижнечелюстных и подбородочных лимфатических узлов по направлению к противоположной области щечной мышцы, после чего подхватывают угол рта слева и выполняют глубокую вибрацию, пропуская между указательным и средним пальцами губы таким образом, что средний и указательный пальцы левой руки с глубокой вибрацией двигаются по круговой мышце рта.

На 22-м этапе средним пальцем правой руки, начиная от правого угла рта, выполняют по 4 раза разминание круговой мышцы рта против часовой стрелки, после чего средним пальцем левой руки, начиная от левого угла рта, выполняют по 4 раза разминание круговой мышцы рта по часовой стрелке.

На 23-м этапе попеременно с левой и с правой стороны 4 пальцами обеих рук выполняют по 3 раза разминающие движения с упором в черепные кости, начиная от середины мышцы, опускающей угол рта, к мышце, поднимающей угол рта, и от мышцы, поднимающей угол рта, к крыльям носа.

На 24-м этапе от середины мышцы, опускающей угол рта, с полным прилеганием ладоней и пальцев обеих рук к боковой части лица выполняют плавные растирающие движения через нижнюю, среднюю область околоушных лимфатических узлов, височную область по направлению к середине лба, после чего на расстоянии 10 см от лба делают хлопок открытыми ладонями, далее на середине лба обе руки ставят на внешнее ребро ладони и выполняют глубокое скользящее движение с надавливанием, следуя через височную, среднюю и нижнюю область околоушных лимфатических узлов по направлению к области поднижнечелюстных лимфатических узлов до полного соприкосновения всех пальцев обеих рук в замок под подбородком.

На 25-м этапе 4 пальца обеих рук фиксируют в области подбородочных лимфатических узлов, а большими пальцами одновременно от боковой поверхности носа к спинке носа выполняют круговые разминающие движения таким образом, что большим пальцем правой руки разминают против часовой стрелки, а большим пальцем левой руки разминают по часовой стрелке, затем разводят большие пальцы над надбровными дугами по направлению к височной области, после чего большими пальцами обеих рук выполняют легкие разминающие движения с вибрацией, начиная от височной области, далее по нижней наружной части круговой мышцы глаза по направлению к боковой поверхности носа.

На 26-м этапе большими пальцами обеих рук выполняют легкие симметричные разминающие движения с вибрацией, начиная от височной области, далее по нижней наружной части круговой мышцы глаза к внутреннему краю глазницы.

На 27-м этапе средние пальцы рук фиксируют в височной области, после чего выполняют легкие поглаживающие движения по нижней наружной части круговой мышцы глаза к боковой поверхности носа и обратно, затем от височной области средними пальцами обеих рук выполняют

3 круга поглаживающих движений, следуя по нижней и верхней наружной части круговой мышцы глаза к височной области.

На 28-м этапе средними пальцами обеих рук выполняют легкие симметричные скользящие движения по нижней наружной части круговой мышцы глаза к области внутреннего края глазницы, после чего средними пальцами обеих рук выполняют глубокие скользящие движения с надавливанием над надбровной дугой таким образом, чтобы вектор силы был направлен вверх, к макушке головы.

На 29-м этапе поочередно средними пальцами обеих рук выполняют разминающие перекрестные движения от боковой поверхности носа, следуя через внутреннюю область бровей по направлению к надбровной дуге.

На 30-м этапе средними пальцами рук выполняют разминающие движения височной области слева под углом в сторону надбровной дуги, после чего выполняют разминающие движения лобной мышцы, следуя от центра лба по направлению к началу роста волос таким образом, что вектор силы направлен вверх, к макушке головы, затем средними пальцами обеих рук выполняют разминающие движения височной области справа под углом в сторону надбровной дуги, после чего выполняют разминающие движения лобной мышцы, следуя от центра лба по направлению к началу роста волос таким образом, что вектор силы направлен вверх, к макушке головы.

На 31-м этапе левую и правую руку фиксируют в области лба с полным прилеганием ладоней и пальцев к голове, после чего правую руку глубоким скользящим движением с надавливанием опускают по боковой части лица к подбородку и фиксируют, после чего левую руку глубоким скользящим движением с надавливанием опускают по боковой части лица к подбородку и фиксируют.

На 32-м этапе внутренней стороной ладони из положения сомкнутых в замок пальцев выполняют плавные растирающие движения в правую и левую сторону, после чего размыкают пальцы и ставят обе ладони на внутреннее ребро на середину мышцы, опускающей угол рта, и выполняют симметричные глубокие скользящие движения с надавливанием, следуя через мышцу, поднимающую угол рта, вдоль боковых поверхностей носа, мимо внутреннего края глазницы, по надбровной дуге, заканчивая движение в височной области.

На 33-м этапе фиксируют средние пальцы рук в височной области, затем, удерживая средние пальцы на месте фиксации, фиксируют большие пальцы обеих рук в области макушки головы, после чего средними и большими пальцами обеих рук одновременно выполняют надавливание 3 раза с силой до 1,5 кг и резким с отрывом движением одновременно освобождают пальцы от височной области и макушки головы.

На 34-м этапе выполняют симметричные поглаживающие движения обеими руками с полным прилеганием ладоней и пальцев, начиная от центра лба по направлению к височной области.

На 35-м этапе подушечками большого и указательного пальцев обеих рук выполняют частые щипки таким образом, что подушечкой указательного пальца производят захват кожи, а подушечкой большого пальца кожу только придерживают и, начиная от височной области, следуют через среднюю и нижнюю область околоушных лимфатических узлов, через середину мышцы, опускающей угол рта, по направлению к противоположной височной области и обратно, после чего пальцы фиксируют на середине подбородка и выполняют 6 сильных щипков.

На 36-м этапе 4 пальцами обеих рук одновременно выполняют сильные вибрирующие движения в разные стороны от середины подбородка по направлению к нижней области околоушных лимфатических узлов.

На 37-м этапе растопыренными веером пальцами обеих рук выполняют 5 силовых разминающих движений до упора в черепные кости, начиная от середины мышцы, опускающей угол рта, следуя через область щечной, большой скуловой и жевательной мышцы, по направлению к нижней области околоушных лимфатических узлов, после чего ладонь правой руки фиксируют на подбородке, а ладонь левой руки фиксируют на лобной мышце таким образом, чтобы пальцы обеих рук были направлены в правую сторону, затем ладонью левой руки выполняют легкое скользящее движение вниз в правой части головы, следуя через височную область, жевательную и большую скуловую мышцы, и фиксируют на подбородке с направлением пальцев левой руки в левую сторону, затем ладонью правой руки выполняют легкое скользящее движение, следуя через височную область, жевательную и большую скуловую мышцы, и фиксируют на подбородке с направлением пальцев правой руки в правую сторону, после чего движение повторяют в левой части головы.

нию к лобной мышце с последующей фиксацией ладони правой руки и направлением пальцев в левую сторону, после чего движение повторяют в левой части головы.

На 38-м этапе ладонь левой руки фиксируют на подбородке, а ладонь правой руки фиксируют на лобной мышце таким образом, чтобы обе ладони были направлены в противоположные стороны друг от друга, после чего при помощи зафиксированных рук выполняют плавные медленные наклоны головы в сторону правого и левого плеча.

На 39-м этапе одновременно подушечками большого и указательного пальцев обеих рук выполняют щипки таким образом, что указательным пальцем производится захват кожи, а большой палец кожу только придерживает, начиная от середины подбородка по направлению к нижней области околоушных лимфатических узлов, после чего пальцы обеих рук фиксируют на середине подбородка и выполняют 6 сильных щипков.

На 40-м этапе растопыренными веером пальцами обеих рук выполняют 5 силовых разминающих движений до упора в черепные кости, начиная от середины мышцы, опускающей угол рта, следуя через щечную, большую скуловую и жевательную мышцы, по направлению к нижней области околоушных лимфатических узлов, после чего ладонь правой руки фиксируют на подбородке, а ладонь левой руки фиксируют на лобной мышце таким образом, чтобы пальцы обеих рук были направлены в правую сторону, затем ладонью левой руки выполняют легкое скользящее движение вниз в правой части головы, следуя через височную область, жевательную и большую скуловую мышцы, и фиксируют на подбородке с направлением пальцев левой руки в левую сторону, затем ладонью правой руки выполняют легкое скользящее движение, следуя через височную область, жевательную и большую скуловую мышцы, поднимаясь вверх по направлению к лобной мышце с последующей фиксацией ладони правой руки и направлением пальцев в левую сторону, после чего движение повторяют в левой части головы.

На 41-м этапе от углов рта по направлению к средней области околоушных лимфатических узлов попеременно кончиками большого и указательного пальцев правой и левой руки выполняют с силой щипки таким образом, чтобы вектор силы при

щипках был направлен вверх, к макушке головы, после чего от средней области околоушных лимфатических узлов по направлению к височной области выполняют непрерывистую непрерывную вибрацию, затем средние пальцы обеих рук фиксируют в средней области околоушных лимфатических узлов, после чего с полным прилеганием ладоней и пальцев выполняют симметричные глубокие скользящие движения с надавливанием по направлению к области подбородочных лимфатических узлов.

На 42-м этапе от области мышцы, поднимающей верхнюю губу, по направлению к височной области кончиками большого и указательного пальцев правой и левой руки выполняют с силой щипки таким образом, чтобы вектор силы был направлен вверх, к макушке головы, после чего от средней области околоушных лимфатических узлов по направлению к височной области выполняют непрерывистую вибрацию.

На 43-м этапе средними пальцами обеих рук выполняют разминающие движения височной области слева под углом в сторону надбровной дуги, после чего выполняют разминающие движения лобной мышцы, следуя от центра лба по направлению к началу роста волос таким образом, что вектор силы направлен вверх, к макушке головы, затем средними пальцами обеих рук выполняют разминающие движения височной области справа под углом в сторону надбровной дуги, после чего выполняют разминающие движения лобной мышцы, следуя от центра лба по направлению к началу роста волос таким образом, что вектор силы направлен вверх, к макушке головы.

На 44-м этапе растопыренными веером пальцами обеих рук выполняют 5 силовых разминающих движений до упора в черепные кости, начиная от середины мышцы, опускающей угол рта, следуя через щечную, большую скуловую и жевательную мышцы, по направлению к нижней области околоушных лимфатических узлов, после чего ладонь правой руки фиксируют на подбородке, а ладонь левой руки фиксируют на лобной мышце таким образом, чтобы пальцы обеих рук были направлены в правую сторону, затем ладонью левой руки выполняют легкое скользящее движение вниз в правой части головы, следуя через височную область, жевательную и большую скуловую мышцы, и фиксируют на подбородке с направлением пальцев

левой руки в левую сторону, затем ладонью правой руки выполняют легкое скользящее движение, следуя через височную область, жевательную и большую скуловую мышцы, поднимаясь вверх по направлению к лобной мышце с последующей фиксацией ладони правой руки и направлением пальцев в левую сторону, после чего движение повторяют в левой части головы.

На 45-м этапе от середины мышцы, опускающей угол рта, по направлению к нижней области околоушных лимфатических узлов выполняют одновременно по 3 раза круговые надавливающие до упора движения кулаками: правым – против часовой стрелки, левым – по часовой.

На 46-м этапе кулаки фиксируют на области поднижнечелюстных лимфатических узлов и выполняют одновременно круговые надавливающие до упора движения кулаками по направлению к нижней области околоушных лимфатических узлов: правым – против часовой стрелки, левым – по часовой, после чего кулаки фиксируют на середине мышцы, опускающей угол рта, и выполняют круговые надавливающие до упора движения кулаками по направлению к нижней области околоушных лимфатических узлов.

На 47-м этапе кулаки фиксируют в средней области околоушных лимфатических узлов и выполняют одновременно по 3 раза круговые надавливающие до упора движения кулаками по направлению к углам рта и обратно: правым – против часовой стрелки, левым – по часовой.

На 48-м этапе 4 пальцами обеих рук выполняют одновременно по 3 раза круговые надавливающие до упора движения таким образом, что пальцами правой руки выполняют круговые надавливающие до упора движения от крыльев носа по направлению к височной области и обратно по часовой стрелке, а пальцами левой руки выполняют круговые надавливающие до упора движения от крыльев носа и обратно против часовой стрелки.

На 49-м этапе внутренним ребром обеих ладоней одновременно выполняют от крыльев носа глубокое скользящее движение с надавливанием, следуя по направлению к области лба, после чего пальцами правой руки выполняют круговые надавливающие до упора движения против часовой стрелки, а 4 пальцами левой руки выполняют круговые надавливающие до упора движения по часовой стрелке, затем выпол-

няют круговые надавливающие до упора движения в области жевательной, щечной, большой скуловой мышцы таким образом, чтобы вектор силы был направлен вверх, к макушке головы, далее 4 пальцами обеих рук выполняют круговые надавливающие до упора движения от середины мышцы, опускающей угол рта, следуя по направлению к височной области с последующей фиксацией 4 пальцев.

На 50-м этапе подушечками 4 пальцев обеих рук одновременно выполняют множественные постукивания от височной области по направлению к области лба с последующим множественным постукиванием по всей лобной области, после чего выполняют множественные постукивания по нижней и верхней наружной части круговой мышцы глаза таким образом, что пальцами правой руки выполняют движения против часовой стрелки, а пальцами левой руки по часовой стрелке.

На 51-м этапе выполняют подушечками 4 пальцев обеих рук одновременно множественные постукивания от височной области по направлению к крыльям носа, далее от средней области околоушных лимфатических узлов до углов рта, затем от нижней области околоушных лимфатических узлов до середины подбородка, после чего от нижней области околоушных лимфатических узлов с одной стороны до нижней области околоушных лимфатических узлов противоположной стороны.

На 52-м этапе большим и указательным пальцами обеих рук выполняют захват подбородка таким образом, что большие пальцы располагаются сверху подбородка, а согнутые указательные пальцы в области поднижнечелюстных лимфатических узлов, после чего выполняют встряхивание захваченных участков, направляя вектор силы вверх, к макушке головы, следуя по направлению к нижней области околоушных лимфатических узлов, после чего от угла рта выполняют непрерывистую вибрацию с захватом кожи большим и указательным пальцами обеих рук одновременно, следуя по направлению к средней области околоушных лимфатических узлов.

На 53-м этапе большим и указательным пальцами обеих рук выполняют непрерывистую вибрацию с захватом кожи таким образом, чтобы вектор силы был направлен вверх, к макушке головы, следуя от крыльев носа по направлению к височной области, затем большим и указательным

пальцами обеих рук выполняют непрерывистую вибрацию с захватом кожи от середины лба, следуя через височную область, жевательную, большую скуловую и щечную мышцы, заканчивая непрерывистую вибрацию в области поднижнечелюстных лимфатических узлов.

На 54-м этапе от середины мышцы, опускающей угол рта, большим и указательным пальцами обеих рук выполняют щипки к середине подбородка, после чего от середины подбородка выполняют щипки, следуя по направлению к нижней области околоушных лимфатических узлов.

На 55-м этапе большие пальцы обеих рук фиксируют на боковой поверхности носа, а указательным и средним пальцами выполняют движение перебором от середины мышцы, опускающей угол рта, следуя по направлению к боковой поверхности носа, после чего большими пальцами выполняют глубокое скользящее движение с надавливанием от боковой поверхности носа, следуя через переносицу по направлению к центру лба, после чего левую руку с полным прилеганием ладони и пальцев фиксируют на области лба, а большим и указательным пальцами правой руки выполняют по 3 раза щипки вдоль переносицы вверх и вниз.

На 56-м этапе указательными пальцами обеих рук выполняют глубокое скользящее движение с надавливанием от боковой поверхности носа, следуя через переносицу по направлению к центру лба, после чего левую руку с полным прилеганием ладони и пальцев фиксируют на области лба, а большим и указательным пальцами правой руки выполняют по 3 раза щипки вдоль переносицы вверх и вниз.

На 57-м этапе большим и указательным пальцами обеих рук одновременно выполняют захват брови таким образом, что большой палец находится сверху бровной дуги, а согнутый указательный палец снизу, после чего выполняют легкие щипки, следуя от внутреннего края брови по направлению к височной области, затем средними пальцами обеих рук одновременно выполняют глубокое скользящее движение с надавливанием от височной области по нижней части круговой мышцы глаза до внутреннего края глазницы, затем средними пальцами обеих рук одновременно выполняют поглаживающие движения от внутреннего края глазницы, поднимаясь над надбровными дугами по направлению к височной области.

На 58-м этапе большим и указательным пальцами обеих рук выполняют щипки, начиная от височной области, следуют через лобную мышцу по

направлению к противоположной стороне, постепенно поднимаясь к началу роста волос, после чего указательными пальцами обеих рук выполняют одновременно круговые поглаживающие движения, начиная от переносицы, следуют по надбровной дуге, через височную область, далее по нижней части круговой мышцы глаза до внутреннего края глазницы. На 59-м этапе указательным и большим пальцами обеих рук, начиная от внутреннего края глазницы, выполняют одновременно легкие щипки по направлению к началу роста волос, после чего указательным и большим пальцами обеих рук выполняют одновременно легкие щипки от верхнего края надбровной дуги по направлению к началу роста волос, затем указательным и большим пальцами обеих рук выполняют одновременно легкие щипки под разными углами, начиная от области внешнего угла глаза по направлению к височной области.

На 60-м этапе фиксируют большие пальцы обеих рук на крыльях носа, затем 4 пальцами обеих рук выполняют последовательный перебор по направлению от края нижней челюсти к нижней наружной части круговой мышцы глаза, височной области и обратно, затем 4 пальцами обеих рук выполняют последовательный перебор от углов рта до средней области околоушных лимфатических узлов и обратно, после чего 4 пальцами обеих рук выполняют последовательный перебор от середины подбородка к нижней области околоушных лимфатических узлов и обратно.

На 61-м этапе 4 пальца левой руки фиксируют на нижней области околоушных лимфатических узлов с левой стороны, а 4 пальцами правой руки выполняют волнообразные поглаживающие движения по направлению от нижней области околоушных лимфатических узлов с правой стороны к противоположной области таким образом, что движения вверх делают с усилием, а движения вниз без усилия, после чего движения повторяют 4 пальцами левой руки с правой стороны.

На 62-м этапе в области жевательной, щечной, большой скуловой мышцы и шеи двумя поставленными на внешнее ребро ладонями выполняют пиящие движения навстречу друг другу и в противоположных направлениях.

На 63-м этапе в области поднижнечелюстных лимфатических узлов с левой стороны фиксируют средний и

указательный палец левой руки в виде «вилки», а средним пальцем правой руки выполняют круговые разминающие движения, следуя от места установки «вилки» по направлению к противоположной средней области околоушных лимфатических узлов с последующей фиксацией среднего и указательного пальцев правой руки, после чего левой рукой с полным прилеганием ладони и пальцев выполняют глубокое скользящее движение с надавливанием, следуя от средней области околоушных лимфатических узлов справа по передней части шеи вниз по направлению к плечу и обратно, после чего всю последовательность действий этапа выполняют с правой стороны.

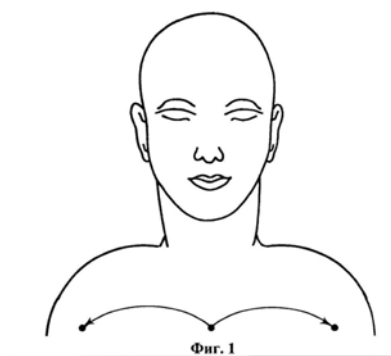
На 64-м этапе средние пальцы рук фиксируют на середине мышцы, опускающей угол рта, после чего выполняют одновременно последовательные точечные надавливания с силой до 1 кг, следуя по направлению к нижней области поверхностных околоушных лимфатических узлов.

На 65-м этапе средние пальцы рук фиксируют на углу рта, после чего выполняют одновременно последовательные точечные надавливания с силой до 1 кг, следуя по направлению к средней области околоушных лимфатических узлов.

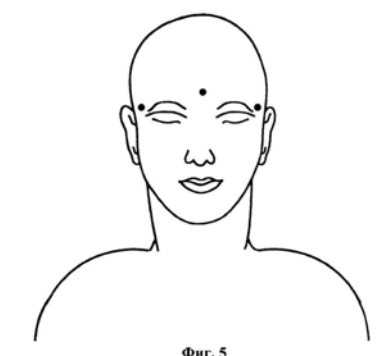
На 66-м этапе средние пальцы рук фиксируют на крыльях носа, после чего выполняют одновременно последовательные точечные надавливания с силой до 1 кг, следуя по направлению к височной области.

На 67-м этапе средними пальцами рук выполняют последовательные точечные надавливания по кругу с силой до 1 кг, начиная от височной области, следуют по нижней и верхней наружной части круговой мышцы глаза, заканчивая движение в височной области.

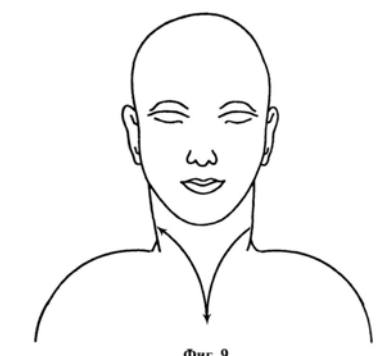
На 68-м этапе 4 пальца обеих рук фиксируют на средней линии лба, после чего выполняют последовательные точечные надавливания на лобную мышцу, следуя по направлению к височной области, затем выполняют последовательные точечные надавливания на большую и малую скуловые мышцы, мышцу, поднимающую верхнюю губу, и мышцу, поднимающую угол рта, следуя по направлению к крыльям носа, после чего поворачивают пальцы на 90° и производят подхват скулы, затем 4 пальца обеих рук фиксируют в височной области и выполняют последовательные точечные надавливания



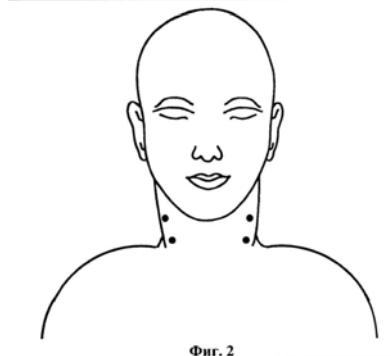
Фиг. 1



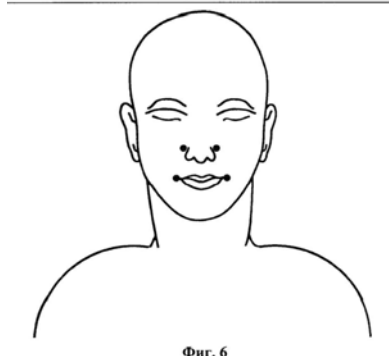
Фиг. 5



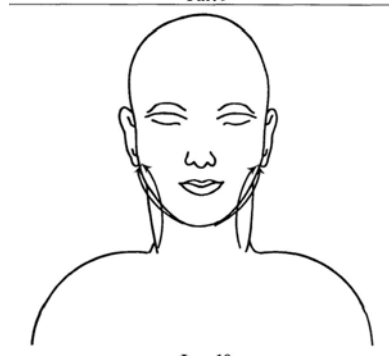
Фиг. 9



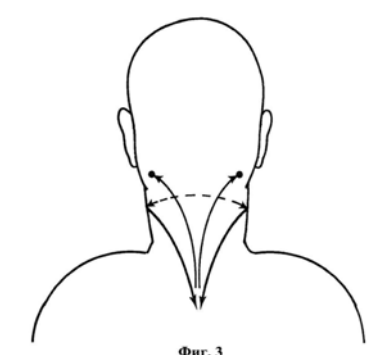
Фиг. 2



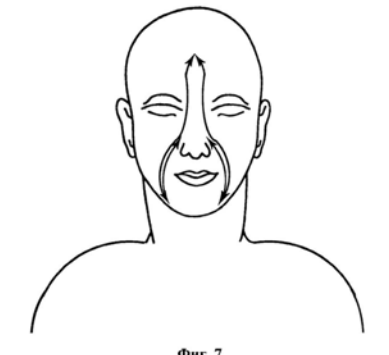
Фиг. 6



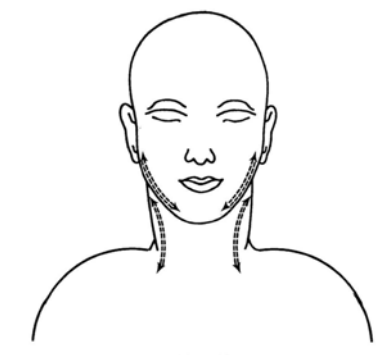
Фиг. 10



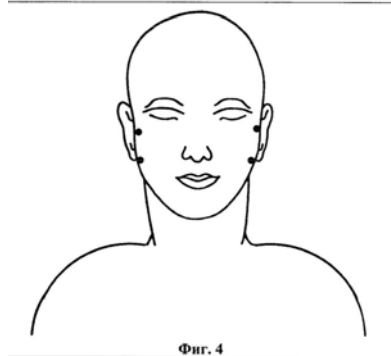
Фиг. 3



Фиг. 7



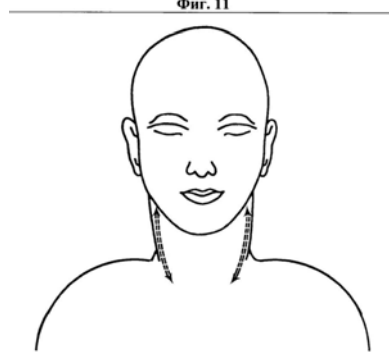
Фиг. 11



Фиг. 4



Фиг. 8



Фиг. 12

ния по направлению к крыльям носа и обратно.

На 69-м этапе 4 пальцами обеих рук от средней области околоушных лимфатических узлов выполняют последовательные точечные надавливания по направлению к углам рта и обратно, после чего поворачивают пальцы на 90° и производят подхват щечной мышцы, после чего выполняют фиксацию 4 пальцев обеих рук в средней области околоушных лимфатических узлов.

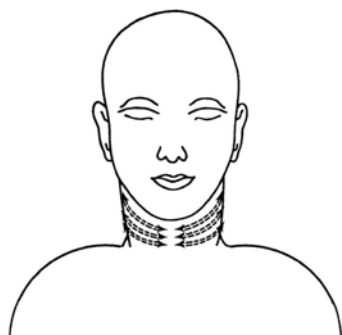
На 70-м этапе 4 пальцами обеих рук выполняют последовательные то-

чечные надавливания, следуя по направлению от нижней области околоушных лимфатических узлов к середине мышцы, опускающей угол рта, после чего последовательные точечные надавливания выполняют в области поднижнечелюстных лимфатических узлов.

На 71-м этапе средние пальцы рук фиксируют на нижней части круговой мышцы рта и выполняют одновременно глубокое скользящее движение с надавливанием по направлению к крыльям носа, после чего средние пальцы рук фиксируют на

лобной мышце и выполняют глубокое скользящее движение с надавливанием до 1 кг по направлению к началу роста волос, затем выполняют поглаживающие движения, начиная от лобной мышцы, следуя через височную область, среднюю и нижнюю область околоушных лимфатических узлов, через поднижнечелюстные лимфатические узлы по направлению к нижней части круговой мышцы рта.

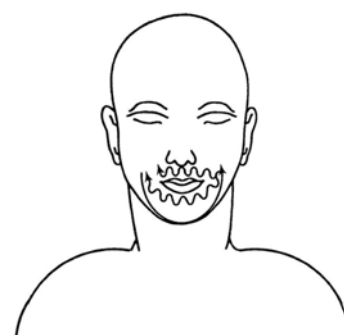
На 72-м этапе средние пальцы рук фиксируют на нижней части круговой мышцы рта и выполняют надав-



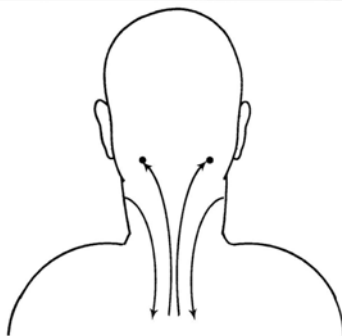
Фиг. 13



Фиг. 17



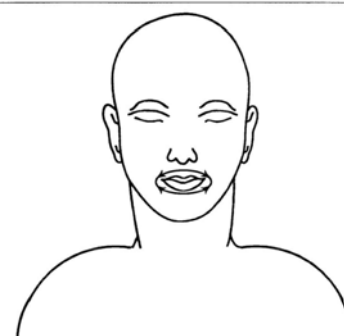
Фиг. 21



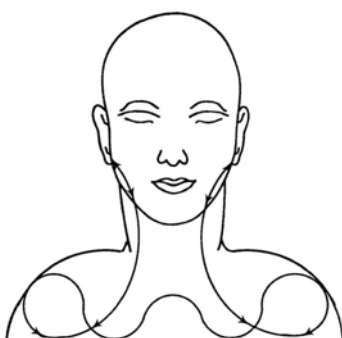
Фиг. 14



Фиг. 18



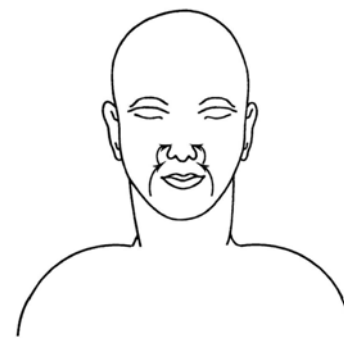
Фиг. 22



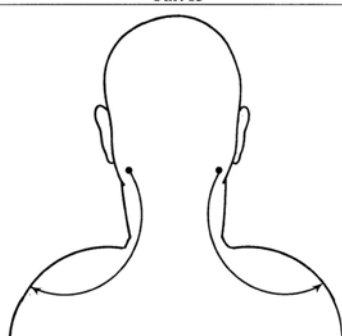
Фиг. 15



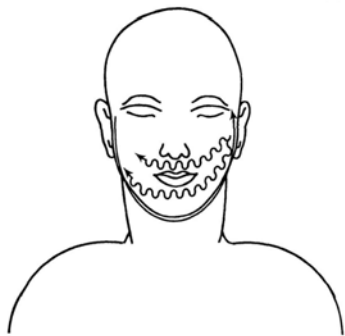
Фиг. 19



Фиг. 23



Фиг. 16



Фиг. 20



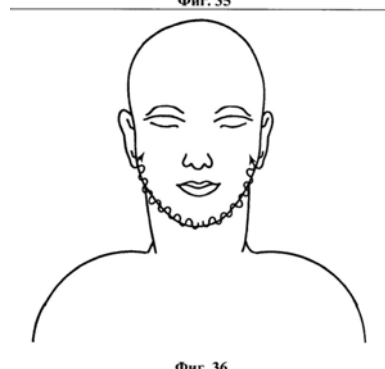
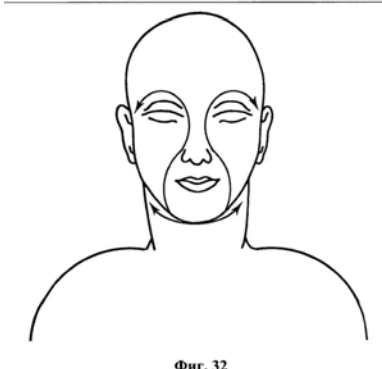
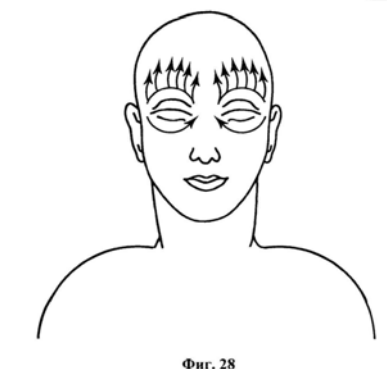
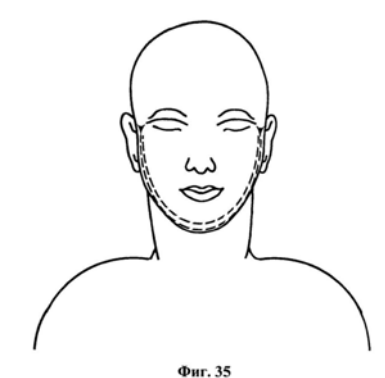
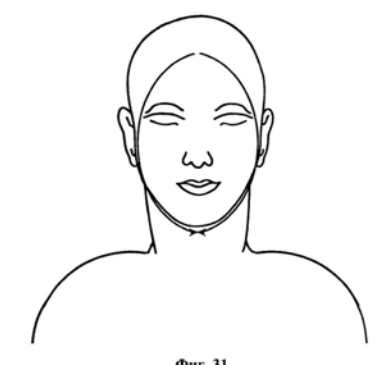
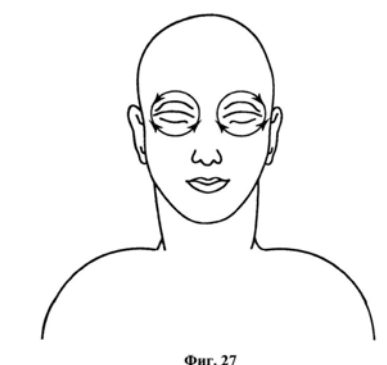
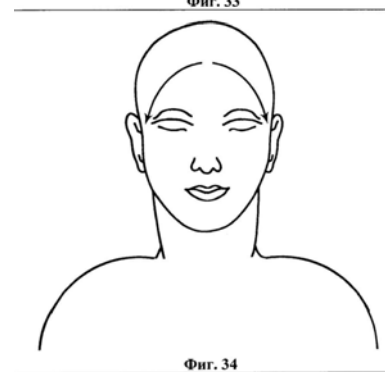
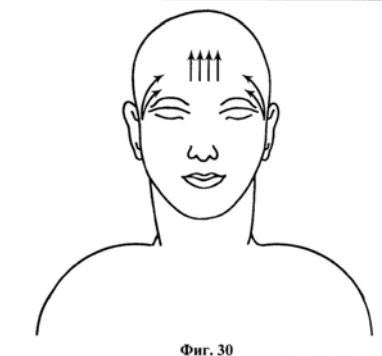
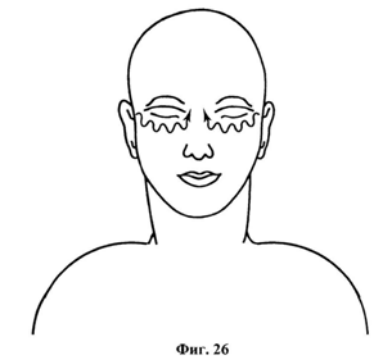
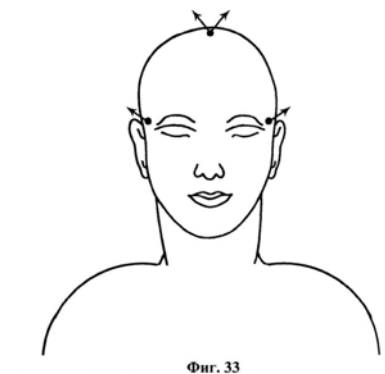
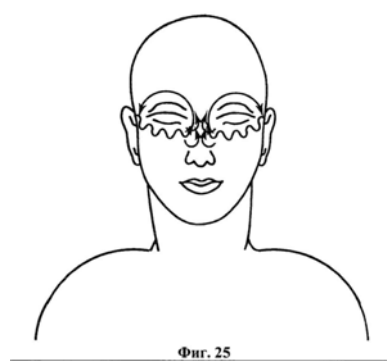
Фиг. 24

ливание до 1 кг, затем выполняют поглаживающие движения по направлению к области верхней части большой скуловой мышцы и выполняют надавливание с силой до 1 кг, затем выполняют поглаживающие движения по направлению к височной области и выполняют надавливание с силой до 1 кг, после чего выполняют поглаживающие движения, следуя через среднюю и нижнюю область околоушных лимфатических узлов, через поднижнечелюстные лимфатические узлы по направлению к нижней части круговой мышцы рта.

На 73-м этапе средние пальцы рук фиксируют на нижней части круговой мышцы рта и выполняют надавливание до 1 кг, затем выполняют поглаживающие движения по направлению к нижней области околоушных лимфатических узлов и выполняют надавливание с силой до 1 кг, после чего выполняют поглаживающие движения по направлению к нижней части круговой мышцы рта.

На 74-м этапе обе руки устанавливают на внутреннее ребро ладони таким образом, чтобы боковая часть указательных пальцев находилась на

середине мышцы, опускающей угол рта, затем выполняют симметричные глубокие скользящие движения с надавливанием через область щечной мышцы и большой скуловой мышцы по направлению к крыльям носа, далее следуют вдоль переносицы, поднимаются над надбровными дугами, заканчивая движение в височной области, после чего в височной области фиксируют средние пальцы обеих рук таким образом, чтобы вектор силы при фиксации пальцев был направлен вверх, к макушке головы.



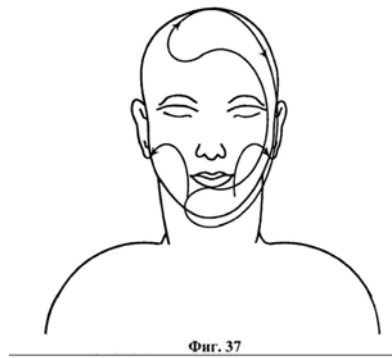
На 75-м этапе средними пальцами обеих рук выполняют надавливания вокруг уха с силой до 0,5 кг, после чего открытой ладонью обеих рук выполняют растирания уха с движением вверх и вниз по 5 раз.

На 76-м этапе на краю нижней челюсти с левой стороны фиксируют средний и указательный палец левой руки в виде «вилки», а указательными и средним пальцами правой руки выполняют по 4 раза захват кожи, начиная между средним и указательными пальцами левой руки, с резким

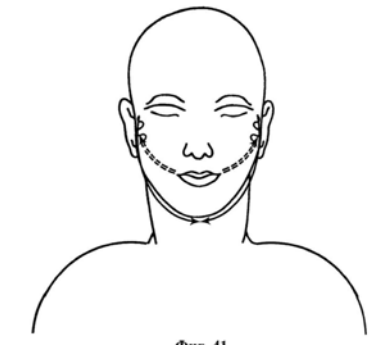
отрывом руки от места захвата и последующим захватом, следуя по направлению к середине подбородка, после чего на краю нижней челюсти с правой стороны фиксируют средний и указательный палец правой руки в виде «вилки», а указательным и средним пальцами левой руки выполняют по 4 раза захват кожи, начиная между средним и указательными пальцами правой руки, с резким отрывом руки от места захвата и последующим захватом, следуя по направлению к середине подбородка.

На 77-м этапе открытой поверхностью ладони и пальцев обеих рук выполняют одновременно поколачивание, начиная от середины подбородка по направлению к нижней области околоушных лимфатических узлов, после чего поколачивание открытой поверхностью ладони и пальцев обеих рук выполняют в обратном направлении, следуя по направлению к середине подбородка.

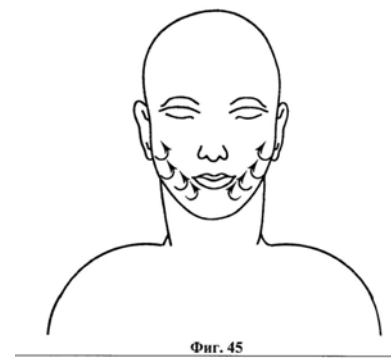
На 78-м этапе левой рукой с полным прилеганием ладони и пальцев выполняют поглаживающие движе-



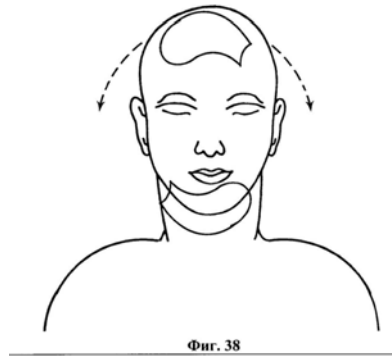
Фиг. 37



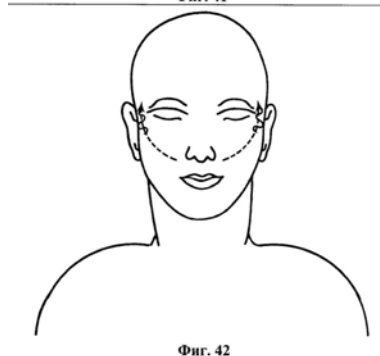
Фиг. 41



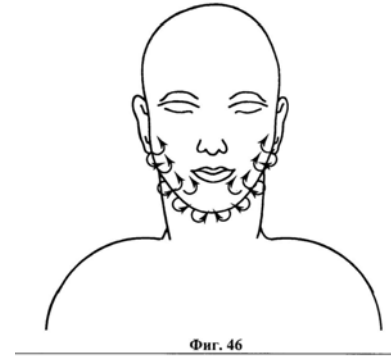
Фиг. 45



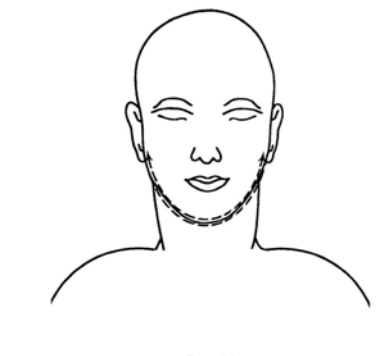
Фиг. 38



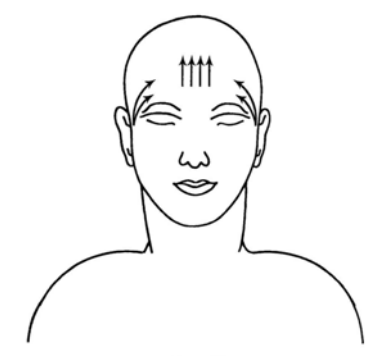
Фиг. 42



Фиг. 46



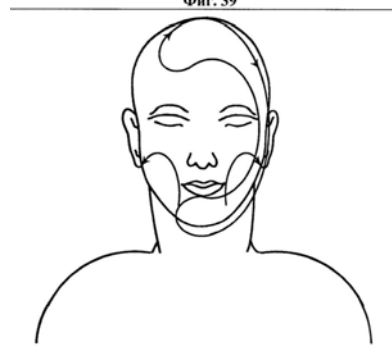
Фиг. 39



Фиг. 43



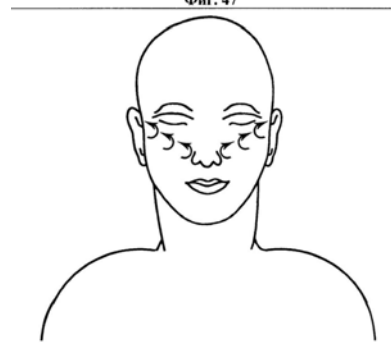
Фиг. 47



Фиг. 40



Фиг. 44



Фиг. 48

ния, начиная от нижней области околоушных лимфатических узлов слева по направлению к мышце, опускающей угол рта, затем правой рукой с полным прилеганием ладони и пальцев выполняют поглаживающие движения, начиная от нижней области околоушных лимфатических узлов справа по направлению к мышце, опускающей угол рта, после чего от нижней области околоушных лимфатических узлов слева и справа ладонями обеих рук поочередно выполняют поглаживаю-

щие движения, следуя по боковой части шеи по направлению к области глубоких шейных лимфатических узлов и обратно.

На 79-м этапе в области поднижнечелюстных лимфатических узлов растопыренными веером пальцами правой и левой руки выполняют поочередно по 3 раза силовые разминающие движения до упора в черепные кости в направлении снизу вверх.

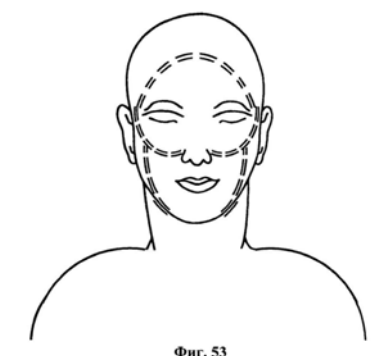
На 80-м этапе от середины мышцы, опускающей угол рта, растопырен-

ными веером пальцами правой и левой руки выполняют поочередно по 4 раза силовые разминающие движения до упора в черепные кости в направлении снизу вверх.

На 81-м этапе 4 пальцами обеих рук выполняют одновременно по 3 раза круговые надавливающие до упора движения таким образом, что пальцами правой руки выполняют круговые надавливающие до упора движения от крыльев носа по направлению к височной области и обратно по часовой стрелке, а пальцами левой



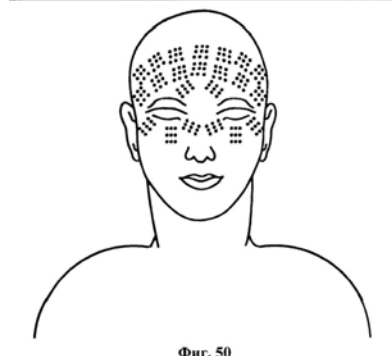
Фиг. 49



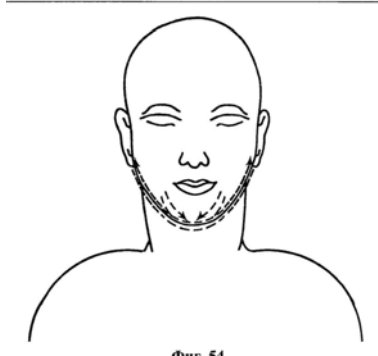
Фиг. 53



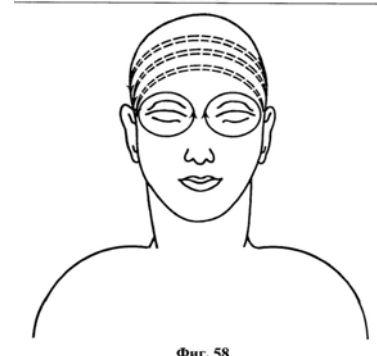
Фиг. 57



Фиг. 50



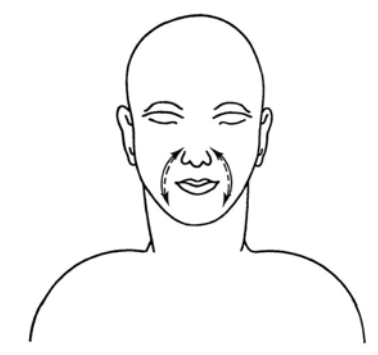
Фиг. 54



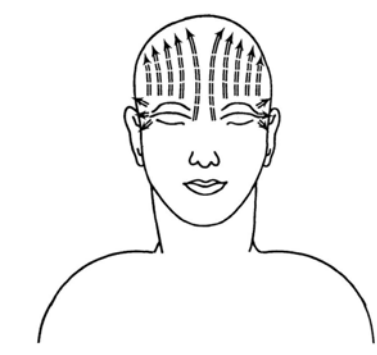
Фиг. 58



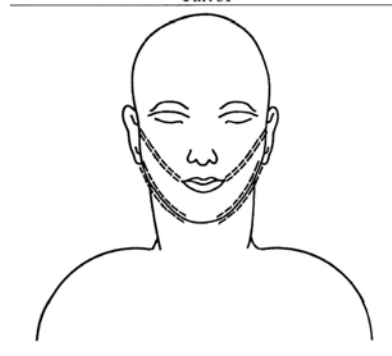
Фиг. 51



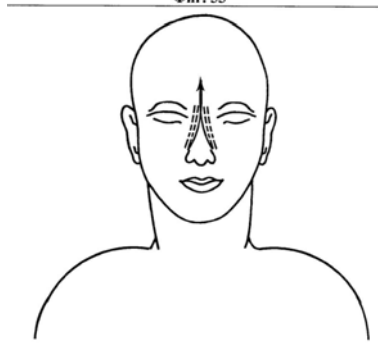
Фиг. 55



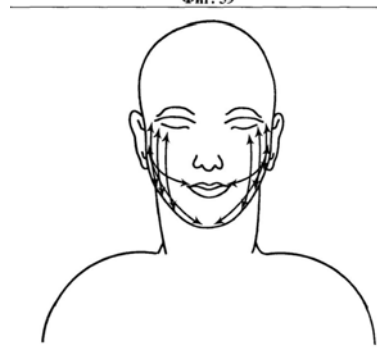
Фиг. 59



Фиг. 52



Фиг. 56



Фиг. 60

руки выполняют круговые надавливающие до упора движения от крыльев носа и обратно против часовой стрелки.

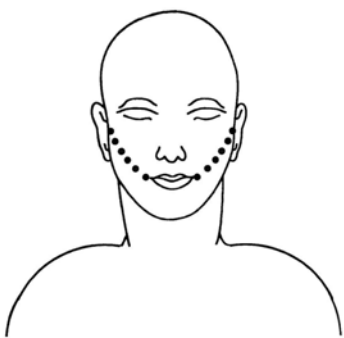
На 82-м этапе внутренним ребром обеих ладоней одновременно выполняют от крыльев носа глубокое скользящее движение с надавливанием, следуя по направлению к области лба, после чего пальцами правой руки выполняют круговые надавливающие до упора движения против часовой стрелки, а 4 пальцами левой руки выполняют круговые

надавливающие до упора движения по часовой стрелке, затем выполняют круговые надавливающие до упора движения в области жевательной, щечной, большой скуловой мышцы таким образом, чтобы вектор силы был направлен вверх, к макушке головы, далее 4 пальцами обеих рук выполняют круговые надавливающие до упора движения от середины лба, опуская угол рта, следуя по направлению к височной области с последующей фиксацией 4 пальцев.

На 83-м этапе от середины лба, опуская угол рта, внутренним ребром ладони обеих рук выполняют одновременно непрерывную вибрацию, следуя вдоль переносицы, над надбровными дугами, заканчивая движение в височной области с последующей фиксацией средних пальцев обеих рук, после чего от середины лба, опуская угол рта, до нижней области околоушных лимфатических узлов, выполняют глубокую вибрацию с полным прилеганием ладоней и пальцев обеих рук



Фиг. 61



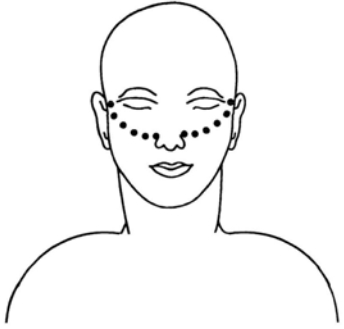
Фиг. 65



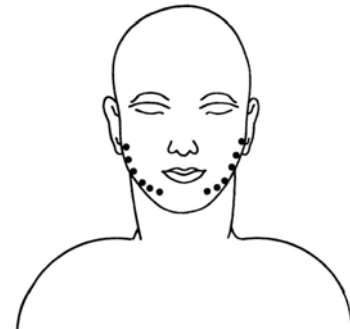
Фиг. 69



Фиг. 62



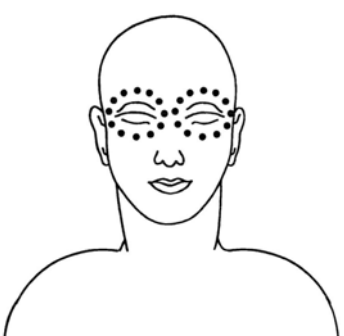
Фиг. 66



Фиг. 70



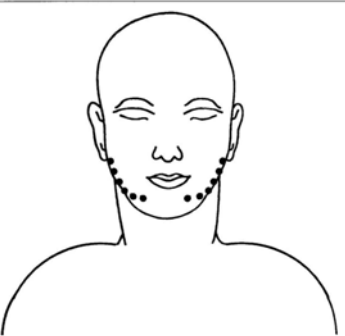
Фиг. 63



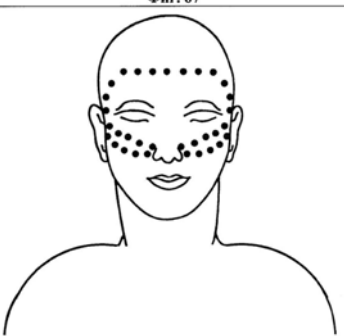
Фиг. 67



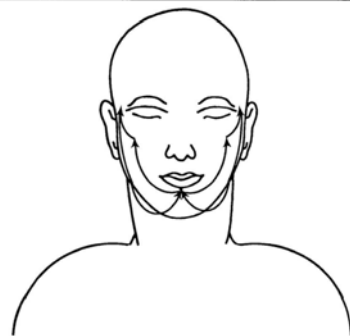
Фиг. 71



Фиг. 64



Фиг. 68



Фиг. 72

с последующей фиксацией средних пальцев в нижней области околоушных лимфатических узлов.

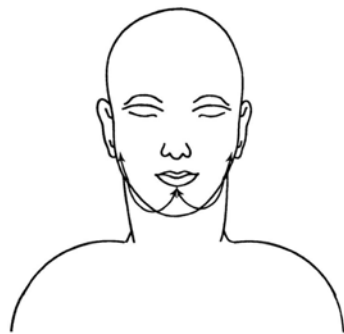
На 84-м этапе средними пальцами обеих рук выполняют одновременно глубокую вибрацию, начиная от угла рта до средней области околоушных лимфатических узлов с последующей фиксацией средних пальцев, затем средними пальцами обеих рук выполняют глубокую вибрацию от крыльев носа до височной области с последующей фиксацией средних пальцев, после чего ладонь правой руки фиксируют на области лба, а

левой рукой обхватывают подбородок и выполняют одновременно глубокую вибрацию.

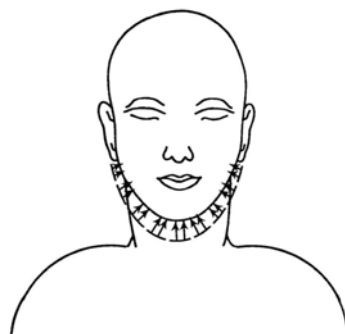
На 85-м этапе обе руки с полным прилеганием ладоней и пальцев фиксируют в области грудного протока и выполняют одновременно по 3 раза глубокую вибрацию, следуя дугообразным расходящимся движением по области декольте в сторону плеч, после чего на 3-м разе выполняют глубокую вибрацию с отрывом рук от плеч, затем одновременно обеими руками выполняют поглаживающие движения, следуя по на-

правлению от области глубоких шейных лимфатических узлов к боковой части шеи и нижней области околоушных лимфатических узлов.

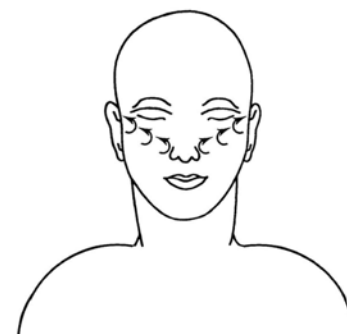
На 86-м этапе обе руки устанавливают на внутреннее ребро ладони таким образом, чтобы боковая часть указательных пальцев находилась на середине мышцы, опускающей угол рта, затем выполняют симметричные глубокие скользящие движения с надавливанием через область щечной мышцы и большой скуловой мышцы по направлению к крыльям носа, далее следуют вдоль переноси-



Фиг. 73



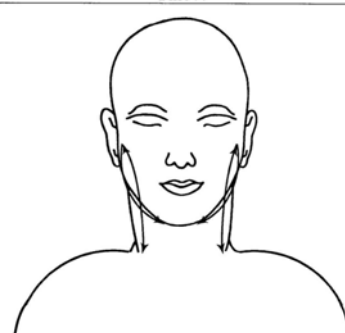
Фиг. 77



Фиг. 81



Фиг. 74



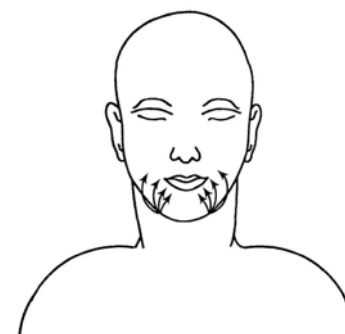
Фиг. 78



Фиг. 82



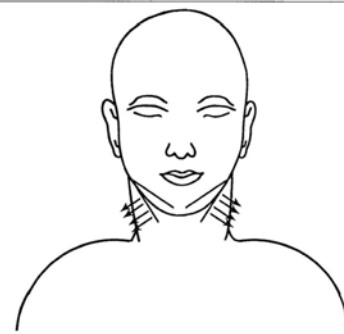
Фиг. 75



Фиг. 79



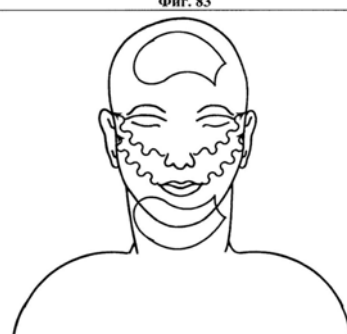
Фиг. 83



Фиг. 76



Фиг. 80



Фиг. 84

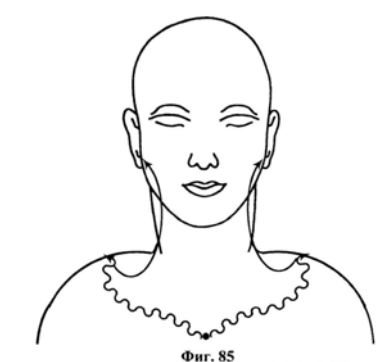
сицы, поднимаются над надбровными дугами, заканчивая движение в височной области, после чего в височной области фиксируют средние пальцы обеих рук таким образом, чтобы вектор силы при фиксации пальцев был направлен вверх, к макушке головы.

На 87-м этапе от средней области поверхностных околоушных лимфатических узлов с полным прилеганием ладоней и пальцев обеих рук выполняют глубокие скользящие движения с надавливанием, следуя по области грудино-ключично-сосце-

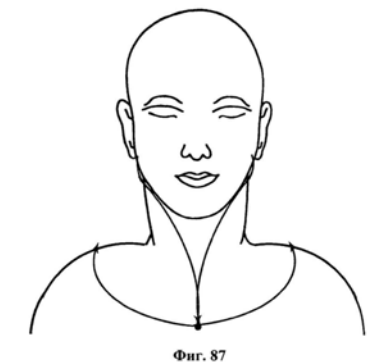
видной мышцы по направлению к области грудного протока, затем выполняют глубокие скользящие движения с надавливанием, следуя дугообразным расходящимся движениям по области декольте по направлению к плечам и через заднюю часть шеи, поднимаются до затылочных бугров, после чего следуют до нижней области поверхностных околоушных лимфатических узлов.

На 88-м этапе с полным прилеганием ладоней и пальцев обеих рук выполняют поглаживающие движения с правой и левой стороны по направ-

лению от средней области поверхностных околоушных лимфатических узлов через область поднижнечелюстных лимфатических узлов до средней области околоушных лимфатических узлов и височной области противоположной стороны, после чего поднимаются до лобной мышцы, заканчивая поглаживающие движения в височной области, далее ладонями обеих рук попеременно выполняют поглаживающие движения от центра лба до височной области, от крыльев носа до височной области, от угла рта до средней



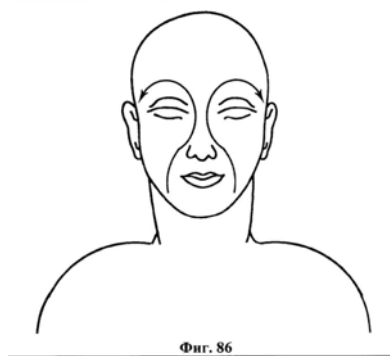
Фиг. 85



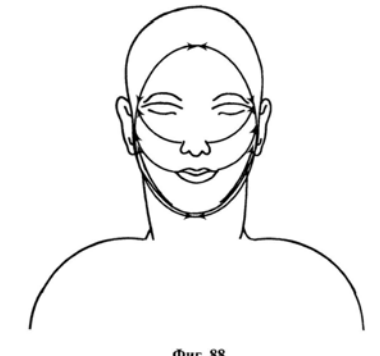
Фиг. 87



Фиг. 89



Фиг. 86



Фиг. 88

области околоушных лимфатических узлов и от области поднижнечелюстных лимфатических узлов до средней области околоушных лимфатических узлов.

На 89-м этапе попеременно левой и правой рукой с полным прилеганием ладони и пальцев выполняют глубокие скользящие движения с надавливанием по направлению от области грудного протока через зону декольте к области подмышечных лимфатических узлов, после чего выполняют глубокие скользящие движения с надавливанием по боковой части шеи с правой стороны до средней области околоушных лимфатических узлов справа, затем ладонью левой руки выполняют глубокие скользящие движения с надавливанием по боковой части шеи с левой стороны до средней области околоушных лимфатических узлов слева, затем поочередно ладонью правой и левой руки выполняют глубокие скользящие движения с надавливанием от середины подбородка до средней области околоушных лимфатических узлов, после чего средние пальцы обеих рук фиксируют в височной области, а большие пальцы – в области макушки и выполняют в точках фиксации пальцев 3 надавливания с силой до 1 кг с одновременным резким отрывом пальцев от области нажатия.

Для более эффективного выполнения способа массажа автор рекомендует использование массажных средств, изготовленных на основе

растительных масел, обеспечивающих скольжение. Заявителем не выявлены источники, содержащие информацию о технических решениях, идентичных настоящему изобретению, что позволяет сделать вывод о его соответствии критерию «новизна».

Способ массажа поясняется чертежами под номерами, соответствующими этапам воздействия (рис. 1–89).

Поскольку в способе массажа используются только легко определяемые области, для выполнения данного способа не требуется специальных знаний способов массажа, основанных на раздражении биологически активных точек поверхности тела, воздействие на которые обуславливает рефлекторные реакции различных органов и систем организма. Способ массажа может выполняться как врачами, так и массажистами-косметологами.

Важной особенностью данного способа массажа является комплексное применение глубоких скользящих движений с надавливанием, силовых воздействий (надавливаний), фиксации пальцев и рук в активных точках, особой постановке рук и пальцев (с учетом вектора силы), непрерывной вибрации, щипков и последовательного многоэтапного выполнения массирующих движений пальцами и ладонями, что позволяет активизировать кровоток и лимфоток, достичь эффекта увеличения объема и плотности группы скуловых мышц, оста-

новить деформацию носогубного треугольника, убрать носогубные складки, а также сформировать овал лица, укрепив его скульптуру и убрав брыли с лишней жировой клетчаткой.

Примеры практической осуществимости способа

Пример 1. Ирина Т., 43 года. Выявлены возрастные изменения на лице в виде птоза верхних век, потери объема и плотности скуловых мышц, образование избыточной жировой клетчатки в области второго подбородка. После 4 сеансов массажа с периодичностью 1 раз в неделю появилась тенденция к обозначению скулы, подтянулась линия подбородка. После 6-го сеанса массажа заметно значительное сокращение подкожно-жировой клетчатки в области второго подбородка и нижней части лица, после 8-го сеанса массажа линия подбородка стала четче, явно обозначились скулы. После 10-го сеанса сократился объем лишней кожи за счет увеличения объема скулы, улучшился овал лица, лицо стало выглядеть моложе на 7 лет.

Пример 2. Алла Д., 59 лет. При осмотре выявлены: атоничность кожи, обвисание и ослабление всех мышц лица, ярко выраженные носогубные складки и брыли, одутловатость лица, второй подбородок, отечность под глазами, нависание верхнего века. После 6 массажей с периодичностью 1 раз в неделю ушла отечность лица и частично убрался отек под глазами. После 8-го массажа обозначились скулы, частично разгладилась носогубная складка, подтянулся овал лица, значительно улучшилось состояние кожи. После 10-го массажа сформировались скуловые мышцы, заметно разгладилась носогубная складка, сформировался овал лица, сократился второй подбородок, подтянулось верхнее веко, частично ушел отек нижне-

го века. Лицо стало выглядеть более рельефным, подтянутым и молодым.

Пример 3. Надежда Ф., 25 лет. Плоское лицо с заметно выдающимся вперед подбородком. Ярко выраженные носогубные складки. После 4-го сеанса массажа с периодичностью 1 раз в неделю наметились скулы. После 6-го массажа заметно сократились носогубные складки. После 8-го массажа скула окончательно сформировалась. После 10-го сеанса массажа сформировалась скульптура лица, при которой уже четко выраженная скула уравновешивала выступающий подбородок,

полностью разгладились носогубные складки.

Пример 4. Юлия Б., 34 года. Выявлено изменение контуров лица: ярко выраженные носогубные складки, брыли, одутловатость и утяжеление нижней части лица. После 4-го сеанса массажа с периодичностью 1 раз в неделю произошли следующие изменения: объем жировой клетчатки уменьшился и частично сократился отек лица. После 6-го массажа обозначились скулы, улучшился овал лица. После 8-го сеанса массажа сформировалась скула, появился четкий овал лица, улучшилось со-

стояние кожи. После 10-го сеанса массажа сформировалась скульптура лица, полностью ушла одутловатость, практически исчезли носогубные складки, убрались брыли, поднялись уголки рта, лицо стало выглядеть моложе на 6 лет.

Для реализации способа не требуется промышленное оборудование, что обуславливает соответствие изобретения критерию «промышленная применимость».

*И.В.Цветкова,
директор СПА-Театра, Москва*



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, рефлексорно-сегментарный массаж, гигиенический массаж без медицинского образования, лимфодренажный массаж, спортивный массаж, аюрведический массаж, тайский массаж,

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



АНО «Международная Школа Спа» (SPASCHOOL international)

Москва, ул. Новослободская, д. 31,
корп. 1, под. 3

+7 (495) 979-87-05,

+7 (916) 775-85-95

spamassage@mail.ru

www.spaschool.ru

Образовательные программы:

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



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

Москва, Комсомольский пр-т, д. 23/7

+7 (495) 737-75-05

www.megaspa.ru

Образовательные программы:

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



Школа массажных технологий «Эстмастер»

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

+7 (499) 713-40-82,

+7 (901) 183-40-82,

+7 (905) 777-81-82

www.estmaster.ru

Образовательные программы:

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

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



АНО «Школа массажа Елены Земсковой»

Москва, пр-т Мира, д. 89

+7 (906) 069-69-05,

+7 (495) 687-87-20

inmaster@mail.ru

www.inmaster.ru

Образовательные программы:

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



НОЧУ ДО «Институт массажа и косметологии»

Москва, ул. Народная, д. 14, стр. 3

+7 (495) 364-08-66

Kviktoriy6@gmail.com

www.massage-cosmetology.ru

Образовательные программы:

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

ООО «Центр подготовки и развития массажистов»

Москва, ул. Ткацкая, д. 17

+7 (495) 641-77-10,



+7 (917) 566-41-31

www.cprm.ru

Образовательные программы:

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



Общественная организация массажистов и фитнес-инструкторов Пензенской области

Пензенская обл., г. Заречный,

ул. Комсомольская, д. 14-47

+7 (927) 382-29-12,

+7 (902) 208-26-46

penzorgkom@yandex.ru

www.penzamassage.ru

Образовательные программы:

- резонансный массаж бамбуковыми вениками, реверсивный массаж и др.



Школа массажа «Аватара»

Новосибирск, ул. Нарымская,

д. 27, оф. 901

+7 (913) 942-24-19

www.avataransk.ru

Образовательные программы:

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

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

ilinskas-school@yandex.ru

www.massage-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.



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

«Ритмос–Ритмус–Ритм»

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

+7 (499) 151-46-39,

+7 (903) 971-63-52

E-mail: ritm-massage@yandex.ru

www.ritma.ru

Образовательные программы:

- метод мануального лимфатического дренажа по Фоддеру, ритмический массаж



Академия инновационных технологий «Золотое сечение»

Москва, ул. Зоологическая, д. 4

+7 (916) 269-96-74,

+7 (495) 952-77-78

E-mail: igolden-section@mail.ru

www.golden-section.tv

Образовательные программы:

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



ООО «Школа массажных технологий»

Москва, Варшавское ш., д. 132, стр. 2

+7-917-545-54-53

galaguza@narod.ru

www.galaguza.ru, www.maschool.ru

Образовательные программы:

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



Дюмоте С. Массаж для самых маленьких. – Москва: АСТ, 2014. – 128 с.

Книга Софи Дюмоте – лучший выбор для заботливых и любящих родителей, потому что она написана просто и понятно, для самой обычной мамы; не требует много времени на изучение и подготовку; содержит 300 фотографий, которым не нужны подробные описания; предлагает лишь самые безопасные и проверенные приемы и укрепляет семейные узы, так как массаж делает мама, а не чужая тетя. Благодаря советам опытного специалиста вы самым эффективным образом совместите приятное общение со своим малышом и полезное воздействие на его организм и психику.



Толстоносов А.А. Новая болезнь цивилизации – сглаженный лордоз. – Краснодар: Кубанское книжное издательство, 2014. – 48 с.

В книге описаны упражнения для самостоятельного выполнения и специальные приемы массажа для специалистов, прошедших обучение у автора метода.



Толстоносов А.А. Массаж при мастопатии. – Краснодар: Кубанское книжное издательство, 2014. – 40 с.

В книге описаны признаки мастопатии, рекомендации официальной медицины. Кроме того, говорится о возможной альтернативе медикаментозному и хирургическому лечению – специальном массаже молочной железы. Приемы, описанные в книге, разрешены к применению специалистами, прошедшими обучение у автора метода.



Гаткин Е.Я. Аэробика для груди. – Москва: Эксмо, 2014. – 176 с.

Несмотря на большое внимание, которое уделяется сейчас здоровью женской груди, крайне сложно на развалах околomedicalской популярной литературы найти действительно полезную и применимую на практике информацию. И причина совершенно ясна: в доступной и понятной форме, без фантазий и вымыслов изложить анатомию и физиологию молочных желез, не забывая о культурологических и эстетических аспектах отношения к женской груди в человеческом обществе, может только настоящий профессионал в этой области.

Книга «Аэробика для груди», представляемая на суд читателей, написана именно таким специалистом. Евгений Яковлевич Гаткин – доктор медицинских наук, врач высшей категории, руководитель Клиники современных медицинских технологий медицинского холдинга МЕ-ДЭП. И это далеко не полный перечень всех заслуг и регалий, которыми отмечен автор данной книги. Приводя специальные упражнения для поддержания формы молочных желез и приемы массажа женской груди, а также описывая правила ухода за грудью и кормления грудных детей, доктор Гаткин авторитетно и в то же время просто рассказывает о сложных вопросах маммологии (от лат. mamma – молочная железа и греч. logos – слово, мысль) – раздела медицины, посвященного диагностике, лечению и профилактике различных заболеваний молочных желез.

Популяризацию научных знаний, откровенный разговор на непростые темы и разъяснение самых разных вопросов от лица профессионального медика – врача, который каждый день встречается с описываемыми проблемами на своем рабочем месте, – можно только приветствовать. А читателям, взявшим в руки эту книгу, остается пожелать интересного и полезного времяпрепровождения.

Вся палитра
салонной индустрии
снова в **Северной**
столице!

25–27
февраля
2015
ЭКСПОФОРУМ
Санкт-Петербург

Санкт-Петербург



INTERCHARM
p r o f e s s i o n a l



II ВЫСТАВКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОСМЕТИКИ
И ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ САЛОНОВ КРАСОТЫ

www.intercharmspb.ru

Организатор:



Москва, ул. Большая Никитская, 24/1 стр. 5 • Т. (495) 937 6861, (926) 001 1263 • E-mail: Evgenia.Karaseva@reedexpo.ru

XIV

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ



Москва, 26–28 февраля 2015 г.

МВЦ «Крокус-Экспо», 3 павильон, 4 этаж, Конгресс-центр

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ КОСМЕТОЛОГИЯ

- Программы омоложения лица и тела: взаимодействие косметологических и хирургических технологий. Перспективы методов.
- Инъекционная контурная пластика: новый взгляд на принципы коррекции проблемных зон. Сложные пациенты.
- Возможности малоинвазивных технологий, комплексный подход.
- Нитевые методики: положительные эффекты и возможные осложнения.
- Принципы работа с БТА в практике косметолога. Преимущества и риски.

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

- Современные подходы к терапии акне и акнеформных дерматозов.
- Гипер- и гипомеланозы, дисхромии. Диагностика, коррекция, лечение.

XI КОНФЕРЕНЦИЯ «АНТИВОЗРАСТНАЯ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА»

ТРИХОЛОГИЯ

- Обзор мирового рынка.
- Инновации 2014–2015.

VIII МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПЕРМАНЕНТНОМУ МАКИЯЖУ

Форма проведения

Лектории ведущих специалистов, доклады и интерактивные мастер-классы, workshop и сателлитные мероприятия крупнейших дистрибьюторов и фармацевтических концернов, видеодемонстрации.

Стоимость участия — 16 000 руб.

При оплате до 1 декабря 2014 г. — 14 400 руб.

По вопросам приобретения билетов: тел. (495) 937-13-21

интернет-магазин: <http://shop.ki-expo.ru>

Оргкомитет конгресса:

KOSMETIK international, «Сто Конгресс»,

Общество эстетической медицины России

www.ki-expo.ru; www.rs-am.ru

e-mail: congress@ki.ru; afedosova@ctogroup.ru