

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра рефлексотерапии

И.А. Рыбин, А.И. Рыбин, С.А. Козел

**КЛАССИЧЕСКИЙ МАССАЖ ПРИ
ЛЮМБОСАКРАЛЬНЫХ
ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
СИНДРОМАХ**

Минск, БелМАПО
2023

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра рефлексотерапии

И.А. Рыбин, А.И. Рыбин, С.А. Козел

**КЛАССИЧЕСКИЙ МАССАЖ ПРИ ЛЮМБОСАКРАЛЬНЫХ
ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ**

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО
2023

УДК 616.711:615.82(075.9)

ББК 54.582.5+53.541.2я78

Р 93

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
протокол № 11 от 30.12.2022

Авторы:

Рыбин И.А., доцент кафедры рефлексотерапии БелМАПО, к.м.н.

Рыбин А.И., ассистент кафедры рефлексотерапии БелМАПО

Козел С.А., старший преподаватель кафедры рефлексотерапии БелМАПО

Рецензенты:

Федулов А.С., заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии
УО «Белорусский государственный медицинский университет», д.м.н.,
профессор

Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии УО «Белорусский
государственный медицинский университет»

Рыбин И.А.

Р 93

Классический массаж при люмбосакральных
вертеброневрологических синдромах : учеб.-метод. пособие /
И.А. Рыбин, А.И. Рыбин, С.А. Козел. – Минск : БелМАПО, 2023. –
38 с.

ISBN 978-985-584-908-8

В учебно-методическом пособии рассмотрены особенности применения классического массажа при клинических проявлениях патологии нервной системы, в основе которых лежат дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника, классификация поражений, а также описаны основные приемы и методические особенности классического массажа при люмбосакральных вертеброневрологических синдромах.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Мануальная терапия», повышения квалификации врачей-мануальной терапии, врачей-неврологов, врачей-реабилитологов, врачей-травматологов-ортопедов, врачей общей практики.

УДК 616.711:615.82(075.9)

ББК 54.582.5+53.541.2я78

ISBN 978-985-584-908-8

© Рыбин И.А., Рыбин А.И.,
Козел С.А. 2023

© Оформление БелМАПО, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА 1. КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ (ПО И.П. АНТОНОВУ И СОАВТ.)	4
ГЛАВА 2. КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЮМБОСАКРАЛЬНЫХ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ	8
ГЛАВА 3. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА	14
ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА.....	17
ГЛАВА 5. МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ ЛЮМБОСАКРАЛЬНЫХ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ	23
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. КЛАССИФИКАЦИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА (ПО И.П. АНТОНОВУ)	30
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ МАССАЖА	33
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. НОРМЫ ВРЕМЕНИ НА ВЫПОЛНЕНИЕ МАССАЖНЫХ ПРОЦЕДУР	35
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	38

ГЛАВА 1. КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ (ПО И.П. АНТОНОВУ И СОАВТ.)

Отечественная неврологическая наука до сих пор хранит научно-практические представления, созданные трудами академика И.П. Антонова и его сотрудников, о клинических проявлениях патологии нервной системы, в основе которых лежат дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника.

Данная классификация в свое время являлась одной из лучших в неврологии. Ее практическая значимость имеет важность и в наше время.

Базовыми представлениями данной классификации являются: уровни вертебрального поражения, этиологические варианты поражения и их синдромальное разделение.

В классификации Антонова на анатомо-физиологической базе (три основных отдела позвоночника) представлены три уровня поражения позвоночника со своими клиническими проявлениями.

Вертебральные уровни клинических проявлений при поражении позвоночника:

- 1. Поражение позвоночника на шейном уровне;
- 2. Поражение позвоночника на грудном уровне;
- 3. Поражение позвоночника на пояснично-крестцовом уровне.

Для каждого уровня поражения позвоночника существует свой набор клинических проявлений связанный с сегментарной иннервацией тканей. С учетом сегментарной иннервации клинические проявления патологии шейного уровня локализуются в области головы и верхних конечностей, грудного уровня локализуются в области туловища, а клинические проявления патологии пояснично-крестцового уровня локализуются в области живота и нижних конечностей. Таким образом, многообразие клинических проявлений легко разделяется по принадлежности к определенному уровню поражения позвоночника связанному с синдромами иннервационно.

Среди причин возникновения клинических проявлений при остеохондрозе позвоночника в классификации рассматриваются два основных фактора: Первый факториальный вариант – поражение позвоночного двигательного сегмента с локализацией источника клиники в межпозвонковом диске (с формированием грыжи диска) – дискогенное поражение. И второй факториальный вариант – поражение позвоночного сегмента с локализацией источника клиники вне межпозвонкового диска – вертеброгенное поражение.

Этиологические варианты возникновения вертебрoneврологических синдромов

По этиологическим причинам в классификации синдромы разделены на:

1. дискогенное поражение;
2. вертеброгенное поражение.

Данное классификационное разделение морфологических причинных источников симптоматики является рациональным в виду, того что лечебная тактика, лечебные назначения и прочее довольно строго дифференцируются в зависимости от этиологического варианта поражения.

Синдромальное разделение вертебрoneврологических синдромов

Для всех уровней вертебрoneврологических проявлений и этиологических вариантов возникновения вертебрoneврологических синдромов в классификации указаны три разновидности клинических синдромов.

- 1. Рефлекторные синдромы;
- 2. Корешковые синдромы;
- 3. Корешково-сосудистые синдромы;
- 4. *Сосудистые синдромы – добавлены в классификацию нами для ее полноты. Такая завершенность имеет важное диагностическое и лечебное значение для практической деятельности врачей мануальной терапии.*

Для каждого уровня классификация будет повторять свои основные синдромы:

1. Шейный уровень вертебрoneврологических проявлений:
 - 1.1. Рефлекторные синдромы;
 - 1.2. Корешковые синдромы;
 - 1.3. Корешково-сосудистые синдромы;
 - 1.4. Сосудистые синдромы.
2. Грудной уровень вертебрoneврологических проявлений:
 - 2.1. Рефлекторные синдромы;
 - 2.2. Корешковые синдромы;
 - 2.3. Корешково-сосудистые синдромы;
 - 2.4. Сосудистые синдромы.
3. Пояснично-крестцовый уровень вертебрoneврологических проявлений:
 - 3.1. Рефлекторные синдромы;
 - 3.2. Корешковые синдромы;
 - 3.3. Корешково-сосудистые синдромы;
 - 3.4. Сосудистые синдромы.

В свою очередь рефлекторные синдромы в классификации разделяются на три группы.

Рефлекторные вертеброневрологические синдромы:

- 1. Мышечно-тонические рефлекторные вертеброневрологические синдромы.
- 2. Вегетативно-сосудистые рефлекторные вертеброневрологические синдромы.
- 3. Нейродистрофические рефлекторные вертеброневрологические синдромы.

Мышечно-тонические рефлекторные вертеброневрологические синдромы проявляются в виде мышечных дистонических нарушений. При этом мышечные структуры повышают либо понижают свой тонус. При этом намного чаще встречаются гипертонические мышечные состояния, чем гипотонические. Поэтому в классификации указаны именно «мышечно-тонические рефлекторные синдромы».

Вегетативно-сосудистые рефлекторные вертеброневрологические синдромы проявляются в виде сосудистых расстройств в дистальных отделах конечностей – онемение пальцев кисте и стоп, похолодание, побледнение, посинение, ломящие ощущения и т. п.

Нейродистрофические рефлекторные вертеброневрологические синдромы проявляются болью и нарушением трофики в околосуставных зонах с развитием различных локальных воспалений и уплотнений.

Корешковые вертеброневрологические синдромы

Корешковые синдромы в классификации разделяются на две группы. Первая группа это поражение спинномозгового корешка без анатомического повреждения – «радикулалгия». И вторая группа это поражение спинномозгового корешка с наличием анатомического повреждения – «радикулопатия».

Корешковые вертеброневрологические синдромы

1. Радикулалгия;
2. Радикулопатия.

Такое разделение позволяет легко определить степень и глубину невралного поражения, а значит и терапевтические подходы. Как правило, в случае радикулопатии требуется значительно более продолжительное лечение, так как после уменьшения болевого синдрома также необходимы мероприятия по реиннервации.

Корешково-сосудистые вертебрoneврологические синдромы

Для вертеброгенных корешково-сосудистых синдромов характерно наличие недостаточности кровообращения в спинальном корешке – радикулоишемия.

В классическом варианте радикулоишемия протекает в виде трех клинических периодов.

1. Алгический период радикулоишемии – характеризуется резкой ишемической болью в зоне иннервации корешка.

2. Паретический период радикулоишемии – характеризуется прекращением болевого синдрома и возникновением периферического пареза в зоне иннервации корешка.

3. Период исхода радикулоишемии – в этот период происходит восстановление периферического пареза в зоне иннервации корешка. Но восстановление может быть и неполным.

Сосудистые синдромы:

1. Цереброваскулярные вертебрoneврологические синдромы;

2. Миеловаскулярные вертебрoneврологические синдромы.

Кроме указанного выше в классификации рекомендовано также отмечать:

1. характер течения заболевания;

2. характер и степень нарушенных функций;

3. выраженность болевого синдрома;

4. локализацию и степень выраженности двигательных, чувствительных, вегетативно-сосудистых или трофических нарушений;

5. частоту и тяжесть пароксизмов.

В своей полноте классификация вертебрoneврологических синдромов по И.П. Антонову представлена в Приложении 1. В данном же пособии акцент сделан на освоение клинических особенностей и применения массажа при поражении позвоночника на шейном уровне.

ГЛАВА 2. КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЮМБОСАКРАЛЬНЫХ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Классификация неврологических проявлений дегенеративно-дистрофического поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника (по И.П. Антонову и соавт., 1987):

- ❑ 3. Пояснично-крестцовый уровень:
 - ❑ 3.1. Рефлекторные синдромы:
 - ❑ 3.1.1. Люмбаго (прострел);
 - ❑ 3.1.2. Люмбалгия;
 - ❑ 3.1.3. Люмбоишиалгия с мышечно-тоническими или вегетативно-сосудистыми, или нейродистрофическими проявлениями.
 - ❑ 3.2. Корешковые синдромы:
 - ❑ 3.2.1. Дискогенное (вертеброгенное) поражение (корешковый синдром) корешков (указать каких именно, включая синдром конского хвоста).
 - ❑ 3.3. Корешково-сосудистые синдромы (радикулоишемия).

3.1.1. Люмбаго

В клинической картине заболевания имеет место резко выраженный болевой синдром, который может захватывать поясничную область, область таза, область ниже-грудного отдела позвоночника. При люмбаго также наблюдается резко выраженное ограничение движений в пояснице из-за выраженного мышечного напряжения. Статика и любое движение усиливают болевые ощущения, поэтому пациенты предпочитают неподвижность и положение «лежа». Как правило, люмбаго связано с разрывом фиброзного кольца межпозвонкового диска и раздражением синуввертебрального нерва. Следует подчеркнуть, что болезненный мышечный спазм в данном случае является защитной реакцией организма. Данная саногенная реакция предотвращает прогрессирование анатомического повреждения межпозвонкового диска.

3.1.2. Люмбалгия

В клинической картине заболевания имеет место болевой синдром локализованный, как правило, в области поясничного региона, наличие напряжения поясничных мышц, их болезненность, ограничение подвижности в пояснице из-за мышечной боли и мышечного напряжения, также может иметь место вынужденное положение поясничного региона. Степень выраженности клинических проявлений может значительно варьировать от

ощущения дискомфорта до резко выраженных болей, мышечного напряжения и ограничения объема движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

3.1.3. Люмбоишиалгия с мышечно-тоническими, вегетативно-сосудистыми или нейродистрофическими проявлениями

При люмбоишиалгии клинические проявления имеют место не только в пояснице, но и ноге.

3.1.3.1. Люмбоишиалгия с мышечно-тоническими, проявлениями в своей клинической картине имеет симптомы мышечной дистонии, как правило, с преобладанием мышечного гипертонуса. С мышечной гипертонией связан и болевой синдром, локализация которого отмечается в пояснице, в области тазобедренного сустава и бедра. Данная симптоматика сопровождается ограничением подвижности в ноге и пояснице.

3.1.3.2. Люмбоишиалгия с вегетативно-сосудистыми проявлениями выявляется при локализации симптоматики в дистальных отделах ног – стопе и пальцах стопы. При этом наблюдаются онемение, ощущения покалывания или ощущения «отлежания», «ползания мурашек», похолодание, отечность, посинение и побледнение ног или стоп, а также боли в стопе и пальцах.

3.1.3.3. Люмбоишиалгия с нейродистрофическими проявлениями связана с наличием трофических нарушений в области околосуставных тканей с развитием локальных воспалений и уплотнений, формирующих клиническую картину околосуставных болевых синдромов, которые проявляют себя при напряжении соответствующих мышц. При этом развивается так называемая редуцированная (в отличие от истинной мышечной и невральной слабости) слабость ноги, возникающая из-за сильной боли и воспаления. Так формируются:

- 3.1.3.3.1. коксалгия;
- 3.1.3.3.2. гоналгия;
- 3.1.3.3.3. ахиллодиния;
- 3.1.3.3.4. талалгия;
- 3.1.3.3.5. плантарный фасциит.

3.1.3.3.1. Коксалгия характеризуется наличием болевого синдрома, ограничением движений, наличием болезненных локусов в области мест прикрепления мышц в области тазобедренного сустава, ягодичная область, паховая область, область большого вертела.

3.1.3.3.2. Гоналгия характеризуется наличием болевого синдрома, ограничением движений, наличием болезненных локусов в области мест прикрепления мышц наружному и внутреннему надмыщелку бедра.

3.1.3.3.3. Ахиллодиния характеризуется наличием болевого синдрома в области ахиллова сухожилия, наличием болезненных локусов в области мест прикрепления его к пяточной кости. При этом из-за болей отмечается ограничение движений в голеностопном суставе. Вставание на носки болезненно. На рентгенограммах нередко обнаруживается симптом «пяточной шпоры» наличие вертикального остеофита.

3.1.3.3.4. Талалгия характеризуется наличием болевого синдрома в области пятки, усиливающейся при опоре и при давлении на нее. Пяточная и таранная кости при пальпации болезненны. Вставание на пятку болезненно.

3.1.3.3.5. Плантарный фасциит характеризуется наличием болевого синдрома в области подошвенной поверхности стопы от пятки до пальцев, наличием болезненных локусов в области мест прикрепления сухожилий и апоневроза к пятке, костям плюсны. На рентгенограммах нередко обнаруживается симптом «пяточной шпоры» наличие горизонтального остеофита.

3.2. Корешковые синдромы

Для клинической картины корешковых синдромов характерно наличие корешковой боли, чувствительных и двигательных расстройств, а также симптомов натяжения нервных стволов.

При локализации патологического процесса в верхних поясничных позвоночных сегментах боль распространяется на область таза и проксимальные отделы нижних конечностей. При локализации патологического процесса в нижних поясничных позвоночных сегментах боль распространяется на область дистальных отделов конечностей.

Корешковая боль характеризуется локализацией в области позвоночного сегмента и распространяется по ходу корешковой иннервации дерматома в области нижней конечности в виде лампасной болевой зоны.

Расстройство чувствительности при корешковых синдромах также локализуется в зоне чувствительной иннервации кожи и носит лампасный характер. При этом может иметь место повышение поверхностной чувствительности – гиперестезия – связанная с раздражением спинномозгового корешка. А может иметь место и снижение поверхностной чувствительности – гипестезия – связанная с повреждением спинномозгового корешка.

Расстройство двигательного характера при корешковых синдромах выражается в появлении симптомов периферического пареза: снижение мышечной силы, появление гипотонии, гипотрофии, гипорефлексии.

Симптомом натяжения нервных стволов для шейного региона являются симптомы Нери, Ласега, Мацкевича, Вассермана.

3.2.1. Дискогенная (вертеброгенная) пояснично-крестцовая радикулалгия

При пояснично-крестцовой радикулалгии анатомического повреждения корешка не происходит. Поэтому отсутствуют чувствительные и двигательные нарушения при наличии симптомов натяжения (Нери, Ласега, Вассермана, Мацкевича) и специфической боли в зоне ее распространения.

3.2.2. Дискогенная (вертеброгенная) пояснично-крестцовая радикулопатия

При пояснично-крестцовой радикулопатии имеет место повреждение анатомических структур корешка. Поэтому присутствуют чувствительные и двигательные нарушения, симптомы натяжения (Нери, Ласега) и специфическая боль с зоной ее распространения.

Таблица 1. Вертебросегментарная локализация корешка и болевые зоны при пояснично-крестцовых радикулитах

Корешок	Позвоночный сегмент	Симптоматика
L ₁	L _{I-II}	Боли и нарушения чувствительности наблюдаются в области паха и распространяются на верхний наружный квадрант ягодицы.
L ₂	L _{II-III}	Болевые ощущения присутствуют в передней и внутренней части бедра, наблюдается слабость при приведении бедра.
L ₃	L _{III-IV}	Боль в затылке, боковой поверхности шеи, отдает в язык, глаза и лоб.
L ₄	L _{IV-V}	Боли наблюдаются в большом вертеле, передней поверхности бедра и спускаются до нижней трети средней части бедра. Но нарушения чувствительности наблюдаются только на внутренней его поверхности в области над коленом.
L ₅	L _{V-S_I}	Боль в пояснице, отдает в ягодицу, спускается по боковой поверхности бедра и голени и охватывают 2 первых пальца стопы. На этих же участках наблюдается снижение чувствительности, что сочетается с уменьшением тонуса большеберцовой мышцы,

		а также только большого пальца или всей стопы полностью.
S ₁	S _I -S _{II}	Боль в нижней части поясницы и крестце, иррадирует по заднебоковой поверхности бедра и голени в стопу и 1-3 пальцы. Нарушения чувствительности и мышечного тонуса сосредоточены по боковому краю стопы, а также страдает икроножная мышца. При этом может наблюдаться снижение способности к повороту стопы и ее разгибания.
S ₂	S _{II} -S _{III}	Боль и нарушения чувствительности присутствуют в области крестца, захватывают заднюю часть бедра и голени, подошвенную часть стопы и большого пальца. Нередко присутствуют судороги в бедре.

3.3. Корешково-сосудистые синдромы – пояснично-крестцовая радикулоишемия

Пояснично-крестцовая радикулоишемия наиболее часто связана с развитием дисгемии в радикулярной артерии. При этом нарушение кровообращения формирует специфическую клиническую картину.

В алгической стадии возникают труднопереносимые боли в зоне иннервации корешка, которые усиливаются при движениях, эмоциях, переохлаждении. В этот период заболевания у пациента может развиваться корешковая перемежающаяся хромота (*claudicatio intermittens radicularis*), которая проявляется возникновением боли в зоне корешковой иннервации при ходьбе. В процессе ходьбы происходит значительное нарастание болевого синдрома, что приводит к остановке передвижения. Во время двигательной паузы боли в ноге значительно уменьшаются или проходят полностью. Иногда в момент паузы пациент сгибает ногу в коленном суставе или присаживается на корточки для уменьшения корешкового натяжения. Ходьба пациента вынужденно ограничивается анталгическими остановками из-за преходящего усиления боли в ноге. Необходимо отметить, что алгическая стадия может существовать и хронически, принимая рецидивирующее течение.

В паретической стадии у пациента развивается периферический парез нижней конечности со снижением мышечной силы, рефлексов с гипотонией и гипотрофией, но боль при этом полностью проходит.

3.4. Сосудистые синдромы (синдром большой передней радикуломедуллярной артерии Адамкевича и синдром нижней дополнительной радикуломедуллярной артерии Демпрож-Готтерона)

Сосудистые синдромы пояснично-крестцового уровня связаны с патогенным компрессионным воздействием на артерии спинного мозга и конского хвоста.

Синдромы медуллярных артерий могут проявляться в виде преходящих или острых нарушений мозгового кровообращения в артериальной системе спинного мозга, а также в виде хронической миеловаскулярной недостаточности с формированием дисциркуляторной миелопатии.

Синдром артерии Адамкевича

Наиболее часто данная патология проявляется преходящими дисгемиями в виде **миелогенной перемежающейся хромоты** (*claudicatio intermittens medullaris*). Для этого нарушения спинномозгового кровообращения характерно возникновение после физической нагрузки (чаще всего при ходьбе) внезапных приступов онемения и слабости в нижних конечностях, к которым могут присоединиться позывы к дефекации и мочеиспусканию. Все симптомы нарушения проходят после короткого отдыха пациента. Нередко пациенты жалуются на частое подворачивание ног во время ходьбы и падения.

Синдром артерии Демпрож-Готтерона

Клиника данного синдрома также обусловлена нарушением кровообращения в виде **каудогенной перемежающейся хромоты** (*claudicatio intermittens cauda equina*). У пациентов с этим нарушением спинномозгового кровообращения во время ходьбы наблюдаются приступы онемения конечностей, появляется чувство покалывания. Асимметричные парестезии сначала охватывают дистальные отделы ног, затем поднимаются выше до паховой области и половых органов. Во время приступа пациент чувствует слабость в ногах, которая проходит только после непродолжительного отдыха. У некоторых пациентов встречается сочетание каудогенной и миелогенной хромоты.

В случаях острого нарушения спинального кровообращения развивается паралич нижних конечностей с чувствительными расстройствами и нарушениями функции тазовых органов. При этом довольно быстро присоединяются трофические нарушения в виде пролежней.

ГЛАВА 3. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА

Классический массаж является надежным и широко распространенным лечебным методом при вертебральных неврологических синдромах. Но не следует забывать, что к массажным процедурам имеются и противопоказания (Приложение 2).

Как фактор пассивной механотерапии массаж всегда активизирует два физиологических фактора – нервный и гуморальный.

Нервный фактор за счет раздражения различных рецепторных тканевых структур вызывает ответные реакции спинного мозга и головного мозга. Такие ответные реакции вызывают функциональные изменения в организме по типу локальных, сегментарных и общих. При этом формируются условные рефлекторные невральные и вегетативные физиологические процессы.

Гуморальный фактор реализуется за счет образования под механическим воздействием массажных приемов так называемых «тканевых гормонов» (гистамин, серотонин, простагландины, кинины и другие). Которые, всасываясь в кровь, являются гуморальными факторами регуляции всего организма.

Классический массаж методически базируется на знаниях анатомии и физиологии покровных, подкожных, мышечных, соединительнотканых, невральных, васкулярных, висцеральных и костных тканей организма.

При проведении ручной лечебной техники необходимо соблюдать главный принцип ручной техники в массаже: «Постоянный тактильный контроль состояния барьерных свойств тканей».

В классическом массаже традиционным правилом является использование лимфодренажной и венодренажной (т.н. отсасывающей) методики проведения приемов.

Приемы классического массажа применяются с послойным воздействием на ткани, начиная с поверхностных тканей и постепенно перемещаясь в глубину.

Приемы классического массажа проводят вариabельно, так как каждый прием имеет свое лечебное применение.

Приемы классического массажа проводят перемежающимся воздействием. При этом прием «поглаживание» начинает, перемежает и заканчивает процедуру массажа.

При проведении процедуры и курса массажа осуществляется постепенное увеличение дозы механического воздействия на организм пациента.

Процедура массажа состоит из трех этапов – вводного, основного и заключительного.

Курс массажа условно делится на 3 периода – вводного, основного и заключительного.

Приемы классического массажа используются в двух методических вариантах, каждый из которых оказывает свое особенное воздействие:

1. Тормозная (седативная) методика.
2. Возбуждающая (тонизирующая) методика.

Таблица 2. Влияние методик массажного воздействия на функциональные показатели организма

Физиологические показатели	Лечебные эффекты массажных приемов	
	Тормозная методика	Возбуждающая методика
Болевая чувствительность	подавление чувствительности, аналгезия.	усиление чувствительности, гипералгезия.
Тонус мышц	снижение тонуса, миорелаксация.	повышение тонуса, миостимуляция.
Сила мышц	снижение силы	повышение силы
Тонус гладкой мускулатуры	снижение тонуса, антиспастика.	повышение тонуса, гипертоника.
Тонус сосудов	снижение тонуса, вазодилатация.	повышение тонуса, вазоконстрикция.
Артериальное давление	гипотензивное действие	гипертензивное действие
Состояние центральной нервной системы	успокоение	возбуждение
Функция	ослабление	усиление

К дозиметрическим показателям классического массажа относятся:

- 1. Сила массажа;
- 2. Темп массажа;
- 3. Объем тканевого массажного воздействия;
- 4. Разнообразие приемов массажа;
- 5. Время воздействия массажа.

1. Сила массажа

Сила массажа непосредственно связана с дозой механического воздействия приемами классического массажа на ткани руками массажиста.

- А. Чем сильнее массаж, тем более выражен тормозной эффект процедуры.
- В. Чем слабее массаж, тем более выражен возбуждающий эффект процедуры.

2. Темп массажа

Темп массажа является показателем скорости проведения приемов классического массажа.

- А. Чем медленнее темп массажа, тем выраженнее тормозное действие.
- В. Чем быстрее темп массажа, тем выраженнее возбуждающее действие.

3. Объём тканевого массажного воздействия

Объём тканевого массажного воздействия определяется размерами зоны воздействия и количеством зон воздействия (Приложение 3).

- А. Чем больше зона воздействия, тем выраженнее тормозное действие.
- В. Чем меньше зона воздействия, тем выраженнее возбуждающее действие.

4. Разнообразие приемов массажа

Дозиметрия массажного воздействия тесно связана с разнообразием используемых приемов классического массажа.

- А. Чем больше разнообразие приемов классического массажа, тем выраженнее тормозное воздействие.
- В. Чем меньше разнообразие приемов классического массажа, тем выраженнее возбуждающее воздействие.

5. Временные характеристики массажа

Временные характеристики массажа учитывают время воздействия массажного приема, массажной процедуры и массажного курса.

- А. Чем более длительное время проводится процедура массажа, тем более выражен тормозной эффект.
- В. Чем менее длительное время проводится процедура массажа, тем более выражен возбуждающий эффект.

ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА

Приемы классического массажа в структуре массажной процедуры имеют определенный алгоритм применения.

В классическом массаже существует пять основных массажных приемов:

- Поглаживание** – первый прием классического массажа;
- Растирание** – второй прием классического массажа;
- Разминание** – третий прием классического массажа;
- Вибрация** (ударно-вибрационные воздействия) – четвертый прием классического массажа;
- Движение** – пятый прием классического массажа.

2.1. Поглаживание – первый прием классического массажа

Название приёма соответствует его содержанию, значению и назначению. Название приема связано с гладящим воздействием.

Техническую основу первого приема классического массажа составляет скольжение руки массажиста по коже в зоне ручного воздействия.

Объектом воздействия при исполнении поглаживания является кожа, ее тканевые структуры, рецепторный аппарат, кровеносные и лимфатические кожные сосуды.

Методика исполнения приема «поглаживание» заключается в том, что рабочая зона руки массажиста свободно скользит по коже массируемого, не сдвигая кожи и не образуя кожной складки. Приемом «поглаживание» следует начинать массаж, перемежать другие массажные приемы и этим же приемом заканчивать процедурное воздействие. Длительность применения приема «поглаживание» чаще всего составляет около 10% времени всей процедуры массажа.

Лечебное воздействие приема «поглаживание» может иметь тормозной и возбуждающий эффект, в зависимости от методики проведения. Лечебными эффектами при поглаживании являются успокоение, расслабление, аналгезия, устранение отеков. При этом возможны и рефлекторные лечебные сдвиги, когда прием проводится в рефлексогенных зонах.

Прием «поглаживание» можно проводить различными рабочими зонами руки:

- 1) «поглаживание» ладонной поверхностью кисти;
- 2) «поглаживание» тыльной поверхностью кисти – «глажение»;
- 3) «поглаживание» пальцами.

Разновидностями приема «поглаживание» являются:

1. Основные разновидности приема «поглаживание» являются: плоскостное, обхватывающее, прерывистое, непрерывистое.
2. Вспомогательные разновидности приема «поглаживание» являются: щипцеобразное, глажение, гребнеобразное, граблеобразное.

2.2. Растирание – второй прием классического массажа

Название приёма связано с воздействием на кожу специального растирающего характера.

Техническую основу второго приема классического массажа составляет передвижение рукой массажиста кожи пациента без скольжения по ней в зоне ручного воздействия.

Объектом воздействия при исполнении «растирания» является вся толщина кожи и подкожных тканей, но не мышц.

Методика исполнения приема «поглаживание» заключается в том, что рабочая зона руки массажиста, фиксируя кожу, осуществляет ее смещение, сдвигание, растяжение с образованием кожной складки. При проведении приема «растирание» не должно оказываться воздействие на мышечные образования. Длительность применения этого приема чаще всего ограничивается 10-30% времени всей процедуры массажа. Прием является основным при проведении массажа суставов. При массаже суставов длительность проведения приема «растирание» увеличивается.

Лечебное воздействие приема «растирание» может иметь тормозной и возбуждающий эффект, в зависимости от методики проведения. Лечебными эффектами при «растирании» являются рассасывание затвердений, патологических отложений и скоплений жидкости в тканях, особенно в области суставов, увеличение подвижности тканей, растяжение рубцов, спаек при сращениях кожи. При этом возможны и рефлекторные лечебные сдвиги, когда прием проводится в рефлексогенных зонах.

Прием «растирание» можно проводить различными рабочими зонами руки:

- 1) «растирание» подушечками пальцев;
- 2) «растирание» основанием ладони;
- 3) «растирание» тыльной поверхностью пальцев;
- 4) «растирание» пилообразное.

2.3. Разминание – третий прием классического массажа

Название приёма связано с воздействием на глубокие ткани тела разминающего характера.

Техническую основу третьего приема классического массажа составляет деформация мышечных образований рукой массажиста в зоне ручного воздействия.

Объектом воздействия при исполнении приема «разминание» является мышечная ткань.

Методика исполнения приема «разминание» заключается в том, что рабочая зона руки массажиста, фиксируя мышцу, осуществляет ее сдавление, растяжение, смещение. Длительность применения этого приема составляет 50% и более времени всей процедуры массажа, так как прием является основным в классическом массаже. «Разминание» - трудоемкий и технически сложный прием. По исполнению этого приема судят о квалификации массажиста.

Лечебное воздействие приема «разминание» может иметь тормозной и возбуждающий эффект, в зависимости от методики проведения. Лечебными эффектами при «разминании» являются быстрое восстановление мышечной силы, мышечного тонуса, мышечной трофики и мышечной работоспособности. Прием является пассивной гимнастикой для мышц. Проведение приема обеспечивает разрыхление и рассасывание мышечных затвердений, спаек и рубцов. При «разминании» происходит возбуждение рецепторов мышечной ткани, сухожилий, связок, суставных сумок, фасций и надкостницы, благодаря чему изменяет состояние не только нервно-мышечного аппарата, но и центральной нервной системы. При этом возможны и рефлекторные лечебные сдвиги, когда прием проводится в рефлексогенных зонах.

Прием «разминание» можно проводить различными рабочими зонами руки:

- 1) «разминание» ладонное одной рукой;
- 2) «разминание» ладонное двумя руками;
- 2) «разминание» тылом средних фаланг II-IV пальцев кисти;
- 3) «разминание» пальцами.

В техническом исполнении прием «разминание» может выполняться как поперечный, продольный, плоскостной и с отягощением.

2.4. Вибрация (ударно-вибрационные воздействия) – четвертый прием классического массажа

Название приёма связано с воздействием на ткани тела частотного механического фактора.

Техническую основу четвертого приема классического массажа составляет применением быстрых колебательных и толчкообразных движений, вызывающих сотрясение тканей.

Методика исполнения приема «вибрация» заключается в том, что рабочая зона руки массажиста осуществляет быстрые ритмические колебания тканей или ударные движения по ним.

Четвертый прием классического массажа «вибрация» включает в себя две разновидности – вибрационные приемы и ударные приемы.

2.4.1. Вибрационные приемы

Следует отметить выраженный расслабляющий эффект при проведении приема, поэтому вибрационные приемы считаются лучшим средством для тканевой релаксации. Длительность применения приемов в процедуре классического массажа кратковременная, измеряется секундами.

Объектом воздействия при исполнении вибрационных приемов являются все ткани, оказавшиеся в зоне воздействия приема.

Вибрационные приемы в сочетании с другими массажными приемами способствуют лучшему оттоку лимфы, межтканевой жидкости и венозной крови, увеличению сократительной способности мышц.

Вибрационные приемы включают в себя:

- 2.4.1.1. прием «вибрация»;
- 2.4.1.2. прием «потряхивание»;
- 2.4.1.3. прием «встряхивание».

2.4.1.1. Прием «вибрация» представляет собой дрожательные (вибрационные) движения руки массажиста, передаваемые с помощью ручного контакта на тело пациента. Рабочие зоны руки для контакта при вибрации могут быть разнообразны, но наиболее часто такими зонами являются пальцы и ладонная поверхность кисти.

Прием «вибрация» может проводиться непрерывно и прерывисто, а может проводиться стабильно на одном месте, или лабильно – по всей зоне массажа.

2.4.1.2. Прием «потряхивание» также представляет собой дрожательные (вибрационные) движения руки массажиста, передаваемые с помощью ручного контакта на тело пациента. Но рабочей зоной руки в данном случае является ладонная поверхность I и II-V пальцев кисти. Ткани пациента мягко фиксируются между первым и остальными пальцами кисти и сотрясаются между ними возвратно-поступательными движениями от первого пальца к остальным и наоборот. Прием используется для контактного вибрационного воздействия на мышечные массивы.

2.4.1.3. Прием «встряхивание» представляет собой специальную встряхивающую вибрацию, которую массажист проводит на конечностях пациента. При этом массажист фиксирует дистальную часть конечности пациента двумя руками ладонным хватом и хлыстообразными движениями

встряхивает всю конечность пациента. Прием используется для опосредованного вибрационного воздействия на мышцы конечностей.

2.4.2. Ударные приемы

Ударные приемы характеризуются применением быстро чередующихся резких механических ударных воздействий, вызывающих сотрясение тканей. При выполнении приемов ткани тела подвергаются ритмичным и частым ударам, совершаемым различными частями кисти и пальцев массажиста.

Объектом воздействия при исполнении ударных приемов являются все ткани, расположенные в зоне воздействия приема. Длительность применения приема в процедуре массажа кратковременная, измеряется секундами.

При проведении всех разновидностей ударных приемов кисти должны быть также максимально расслаблены, движения в лучезапястном суставе - совершенно свободными.

Ударные приемы не следует выполнять на шее, в области сердца, почек, поясницы и на суставах.

Ударные приемы включают в себя:

- прием «поколачивание»;
- прием «похлопывание»;
- прием «рубление».

2.4.2.1. Прием «поколачивание» представляет собой специальные ударные быстро чередующиеся механические воздействия на тело пациента пальмарной или ульнарной зоной согнутой в кулак кисти массажиста.

2.4.2.2. Прием «похлопывание» представляет собой специальные ударные быстро чередующиеся механические воздействия на тело пациента согнутой «домиком» пальмарной зоной кисти массажиста.

2.4.2.2. Прием «рубление» представляет собой специальные ударные быстро чередующиеся механические воздействия на тело пациента согнутой ульнарной зоной кисти массажиста.

2.5. Движение – пятый прием классического массажа

Название приёма связано с основной функцией организма – движением.

Техническую основу пятого приема классического массажа составляет пассивные движения в суставах пациента с помощью рук массажиста.

Объектом воздействия при исполнении приема «движение» являются ткани, органы и системы организма связанные с данным видом движения.

Однако прием «движение» в процедуре массажа проводится кратковременно – в течение нескольких секунд.

При проведении приема «движение» используются простые двигательные акты в виде привычных физиологических движений в суставах конечностей, шеи и реже туловища. Объектом воздействия при исполнении

«движения» являются все околоуставные ткани, оказавшиеся в зоне воздействия приема.

Прием «пассивное движение» представляет собой ряд пассивных гимнастических упражнений, используемых с целью воздействия на отдельные мышечные группы и суставы.

Особенностью приема является его проведение с медленной скоростью (темпом), плавно и с максимальной амплитудой (контроль барьерных функций). Длительность применения приема кратковременная, измеряется секундами.

Лечебное действие приема обуславливается четырьмя механизмами:

- тонизирующим;
- трофическим;
- компенсаторным;
- нормализующим.

ГЛАВА 5. МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ ЛЮМБОСАКРАЛЬНЫХ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ

Методики классического массажа при люмбосакральных вертеброневрологических синдромах необходимо проводить с учетом общих и специальных противопоказаний. Общие противопоказания к проведению классического массажа представлены в приложении-2 (стр. 34). Специальные противопоказания будут указаны для каждого синдрома отдельно. Нормы рабочего процедурного времени можно изучить также в приложении-3 (стр. 36).

3.1.1. Люмбаго

- Локализация клинических проявлений (дискомфорт боли, мышечное напряжение, ограничения движений) – пояснично-крестцовый отдел позвоночника.
- Зона массажного воздействия – пояснично-крестцовый отдел позвоночника.
- Приемы массажного воздействия – поглаживание, растирание, разминание – проводятся только в период стихания клинических проявлений.
- Противопоказания к массажному воздействию:
 1. Острый период заболевания.
 2. Резко выраженный и спонтанный пояснично-крестцовый болевой синдром.
 3. Резко выраженное напряжение пояснично-крестцовых мышц.
 4. Резко выраженная болезненность напряженных пояснично-крестцовых мышц.
 5. Вынужденное положение поясничного региона.

3.1.2. Люмбалгия

- Локализация клинических проявлений (дискомфорт боли, мышечное напряжение, ограничения движений) – пояснично-крестцовый отдел позвоночника.
- Зона массажного воздействия – пояснично-крестцовый отдел позвоночника.
- Приемы массажного воздействия – поглаживание, растирание, разминание – проводятся только в период стихания клинических проявлений.
- Противопоказания к массажному воздействию:
 1. Острый период заболевания.

2. Резко выраженный и спонтанный пояснично-крестцовый болевой синдром.
3. Резко выраженное напряжение пояснично-крестцовых мышц.
4. Резко выраженная болезненность напряженных пояснично-крестцовых мышц.
5. Вынужденное положение поясничного региона.

3.1.3. Люмбоишиалгия

3.1.3.1. Люмбоишиалгия с мышечно-тоническими проявлениями

- Локализация клинических проявлений (дискомфорт боли, мышечное напряжение, ограничения движений) – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, область тазобедренного сустава и бедра.
- Зона массажного воздействия – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, область тазобедренного сустава и бедра.
- Приемы массажного воздействия – поглаживание, растирание, разминание, вибрация, пассивные движения.
- Противопоказания к массажному воздействию:
 1. Острый период заболевания.
 2. Резко выраженный и спонтанный пояснично-крестцовый, тазобедренный и бедренный болевой синдром.
 3. Резко выраженная болезненность напряженных мышц пояснично-крестцовой, тазобедренной и областей.
 4. Вынужденное положение поясничного региона и ноги в тазобедренном суставе.

3.1.3.1. Люмбоишиалгия с вегетативно-сосудистыми проявлениями

- Локализация клинических проявлений (дискомфорт боли, мышечное напряжение, ограничения движений) – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, а также (онемение, боли, похолодание, отечность, посинение и побледнение) – дистальные отделы ног и стоп.
- Зона массажного воздействия – пояснично-крестцовый отдел позвоночника и стопы.
- Приемы массажного воздействия – поглаживание, растирание, разминание, вибрация, пассивные движения.
- Противопоказания к массажному воздействию:
 1. Острый период заболевания.
 2. Резко выраженный и спонтанный пояснично-крестцовый и стопный болевой синдром.
 3. Резко выраженная болезненность напряженных мышц пояснично-крестцовой области и трофические расстройства в области стоп.

4. Вынужденное положение поясничного региона.

3.1.3.3. Люмбоишиалгия с нейродистрофическими проявлениями

1.1.3.3.1. Коксалгия

- Локализация клинических проявлений (дискомфорт боли, мышечное напряжение, ограничения движений) – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, а также (ограничением движений, наличием болезненных локусов в области мест прикрепления мышц) – область тазобедренного сустава, ягодичная область, паховая область, область большого вертела.
- Зона массажного воздействия – пояснично-крестцовый отдел позвоночника тазобедренный сустав и бедро на стороне поражения.
- Приемы массажного воздействия – поглаживание, растирание, разминание, вибрация, пассивные движения.
- Противопоказания к массажному воздействию:
 1. Острый период заболевания.
 2. Резко выраженный и спонтанный пояснично-крестцовый и тазобедренный болевой синдром.
 3. Резко выраженная болезненность напряженных мышц пояснично-крестцовой области и в области тазобедренного сустава.
 4. Вынужденное положение поясничного региона и тазобедренного сустава.

3.1.3.3.2. Гоналгия

- Локализация клинических проявлений (дискомфорт боли, мышечное напряжение, ограничения движений) – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, а также (ограничением движений, наличием болезненных локусов в области мест прикрепления мышц) – область коленного сустава.
- Зона массажного воздействия – пояснично-крестцовый отдел позвоночника коленный сустав на стороне поражения.
- Приемы массажного воздействия – поглаживание, растирание, разминание, вибрация, пассивные движения.
- Противопоказания к массажному воздействию:
 1. Острый период заболевания.
 2. Резко выраженный и спонтанный пояснично-крестцовый и коленный болевой синдром.
 3. Резко выраженная болезненность напряженных мышц пояснично-крестцовой области и в области коленного сустава.

4. Вынужденное положение поясничного региона и коленного сустава.

3.1.3.3.3. Ахиллодиния

- Локализация клинических проявлений (дискомфорт боли, мышечное напряжение, ограничения движений) – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, а также (ограничение движений, наличие болезненных локусов в области мест прикрепления) – ахиллова сухожилия и пяточной кости.
- Зона массажного воздействия – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, ахиллова сухожилия и пяточной кости на стороне поражения.
- Приемы массажного воздействия – поглаживание, растирание, разминание, вибрация, пассивные движения.
- Противопоказания к массажному воздействию:
 1. Острый период заболевания.
 2. Резко выраженный и спонтанный пояснично-крестцовый и болевой синдром ахиллова сухожилия.
 3. Резко выраженная болезненность напряженных мышц пояснично-крестцовой области и в области ахиллова сухожилия.
 4. Вынужденное положение поясничного региона и голеностопного сустава.

3.1.3.3.4. Талалгия

- Локализация клинических проявлений (дискомфорт, боли, ограничения движений) – пояснично-крестцовый отдел позвоночника и пяточная область.
- Зона массажного воздействия – пояснично-крестцовый отдел позвоночника и пяточная область на стороне поражения.
- Приемы массажного воздействия – поглаживание, растирание, разминание, вибрация, пассивные движения.
- Противопоказания к массажному воздействию:
 1. Острый период заболевания.
 2. Резко выраженный и спонтанный пояснично-крестцовый и пяточный болевой синдром.
 3. Резко выраженная болезненность напряженных мышц пояснично-крестцовой области и скованность в пяточной области.
 4. Вынужденное положение поясничного региона и голеностопного сустава.

3.1.3.3.5. Плантарный фасциит

- Локализация клинических проявлений (дискомфорт, боли, ограничения движений) – пояснично-крестцовый отдел позвоночника и подошвенная область стопы.
- Зона массажного воздействия – пояснично-крестцовый отдел позвоночника и стопа на стороне поражения.
- Приемы массажного воздействия – поглаживание, растирание, разминание, вибрация, пассивные движения.
- Противопоказания к массажному воздействию:
 1. Острый период заболевания.
 2. Резко выраженный и спонтанный пояснично-крестцовый и пяточный болевой синдром.
 3. Резко выраженная болезненность напряженных мышц пояснично-крестцовой области и скованность в пяточной области.
 4. Вынужденное положение поясничного региона и голеностопного сустава.

3.2.1. Дискогенная (вертеброгенная) пояснично-крестцовая радикулалгия

- Локализация клинических проявлений (дискомфорт, боли, мышечное напряжение, ограничение движений) – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, а также боли – в зоне иннервации корешка на ноге.
- Зона массажного воздействия – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, нижняя конечность.
- Приемы массажного воздействия – поглаживание, растирание, разминание, вибрация, пассивные движения.
- Противопоказания к массажному воздействию:
 1. Острый период заболевания либо стадия обострения.
 2. Резко выраженный и спонтанный корешковый болевой синдром.
 3. При дискогенном характере синдрома исключается воздействие на пояснично-крестцовый отдел позвоночника.

3.2.2. Дискогенная (вертеброгенная) пояснично-крестцовая радикулопатия

- Локализация клинических проявлений (дискомфорт, боли, мышечное напряжение, ограничение движений) – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, а также боли – в зоне иннервации корешка на ноге.
- Зона массажного воздействия – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, нижняя конечность.

- ❑ Приемы массажного воздействия – поглаживание, растирание, разминание, вибрация, пассивные движения.
- ❑ Противопоказания к массажному воздействию:
 1. Острый период заболевания либо стадия обострения.
 2. Резко выраженный и спонтанный корешковый болевой синдром.
 3. Резко выраженное онемение, боли в ноге.
 4. При дискогенном характере синдрома исключается воздействие на шейный отдел позвоночника.

3.3. Корешково-сосудистые синдромы – пояснично-крестцовая радикулоишемия

- ❑ Локализация клинических проявлений (дискомфорт, боли, мышечное напряжение, ограничение движений) – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, а также (боли, онемение и слабость) – в зоне иннервации корешка на ноге.
- ❑ Зона массажного воздействия – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, нижняя конечность.
- ❑ Приемы массажного воздействия – поглаживание, растирание, разминание, вибрация, пассивные движения.
- ❑ Противопоказания к массажному воздействию:
 1. Острый период заболевания – алгическая стадия.
 2. Резко выраженный и спонтанный корешковый болевой синдром.
 3. При дискогенном характере синдрома исключается воздействие на пояснично-крестцовый отдел позвоночника.

В паретическую стадию пояснично-крестцовый радикулоишемии массаж обязательно включается в комплекс восстановительного лечения.

3.4. Сосудистые синдромы (синдром большой передней радикуломедуллярной артерии Адамкевича и синдром нижней дополнительной радикуломедуллярной артерии Депрож-Готтерона)

- ❑ Локализация клинических проявлений (дискомфорт боли, мышечное напряжение, ограничения движений) – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, нижние конечности.
- ❑ Зона массажного воздействия – пояснично-крестцовый отдел позвоночника, нижние конечности.
- ❑ Приемы массажного воздействия – поглаживание, растирание, разминание, вибрация, пассивные движения.

□ Противопоказания к массажному воздействию:

1. Острый период заболевания.
2. Резко выраженный и спонтанный пояснично-крестцовый болевой синдром.
3. Резко выраженная болезненность напряженных пояснично-крестцовых мышц.
4. Вынужденное положение пояснично-крестцового региона.
5. Противопоказан прием «пассивные движения» для пояснично-крестцового отдела позвоночника.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. КЛАССИФИКАЦИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА (ПО И.П. АНТОНОВУ)

1. Шейный уровень.
 - 1.1. Рефлекторные синдромы.
 - 1.1.1. Цервикалгия.
 - 1.1.2. Цервикокраниалгия (задний шейный симпатический синдром и др.).
 - 1.1.3. Цервикобрахиалгия с мышечно-тоническими или вегетативно-сосудистыми, или нейродистрофическими проявлениями.
 - 1.2. Корешковые синдромы.
 - 1.2.1. Дискогенное (вертеброгенное) поражение (корешковый синдром) корешков (указать каких именно).
 - 1.3. Корешково-сосудистые синдромы (радикулоишемия).
2. Грудной уровень.
 - 2.1. Рефлекторные синдромы.
 - 2.1.1. Торакалгия с мышечно-тоническими или вегетативно-висцеральными, или нейродистрофическими проявлениями.
 - 2.2. Корешковые синдромы.
 - 2.2.1. Дискогенное (вертеброгенное) поражение (корешковый синдром) корешков (указать каких именно).
3. Пояснично-крестцовый уровень.
 - 3.1. Рефлекторные синдромы.
 - 3.1.1. Люмбаго (прострел).
 - 3.1.2. Люмбалгия.
 - 3.1.3. Люмбоишиалгия с мышечно-тоническими или вегетативно-сосудистыми, или нейродистрофическими проявлениями.
 - 3.2. Корешковые синдромы.
 - 3.2.1. Дискогенное (вертеброгенное) поражение (корешковый синдром) корешков (указать каких именно, включая синдром конского хвоста).
 - 3.3. Корешково-сосудистые синдромы (радикулоишемия).

Формулировка диагноза

Помимо этиологии и локализации процесса, при диагностике указываются:

1. Характер течения – острое, подострое или хроническое; а при хроническом – прогрессивное, стабильное (затяжное), рецидивирующее (часто, редко), регрессивное.

2. Стадия (обычно в случае рецидивирующего течения): обострения, регресса, ремиссии (полной, неполной).

3. Характер и степень нарушенных функций.

3.1. Выраженность болевого синдрома (слабо выраженный, умеренно выраженный, выраженный, резко выраженный).

3.2. Локализация и степень двигательных нарушений.

3.3. Выраженность нарушений чувствительности.

3.4. Выраженность вегетативно-сосудистых или трофических расстройств.

3.5. Частота и тяжесть пароксизмов, приступов

При возможности в конце диагноза желательно указывать состояние трудоспособности (трудоспособен, временно нетрудоспособен, ограниченно трудоспособен, нетрудоспособен, нуждается в постороннем уходе и наблюдении).

Примеры формулировки диагнозов

1. Вертеброгенная цервикокраниалгия с частыми кохлеовестибулярными пароксизмами (задний шейный симпатический синдром), рецидивирующее течение, стадия обострения, умеренно выраженный болевой синдром. Дегенеративно-дистрофическая патология (ДДП) шейного отдела позвоночника (остеохондроз C_{III}–C_{VII}).

2. Вертеброгенная левосторонняя цервикобрахиалгия с мышечно-тоническими и вегетативно-сосудистыми проявлениями, затяжное течение, выраженный болевой синдром. ДДП шейно-грудного отдела позвоночника (остеохондроз C_{IV}–Th_{II}, спондилоартроз).

3. Дискогенный корешковый синдром C₆ слева, хроническое рецидивирующее течение, стадия обострения, выраженный болевой синдром. ДДП шейного отдела позвоночника, (остеохондроз C_{III}–C_{VII}, грыжа межпозвоночного диска C_V–C_{VI}).

4. Вертеброгенная правосторонняя торакалгия, рецидивирующее течение, стадия регресса, умеренно выраженный болевой синдром. ДДП грудного отдела позвоночника (остеохондроз, спондилоартроз Th_{II}–Th_{VII}).

5. Люмбаго, рецидивирующее течение, выраженный болевой синдром. ДДП поясничного отдела позвоночника (остеохондроз L_{IV}–L_V).

6. Вертеброгенная люмбалгия, стабильное течение, умеренно выраженный болевой синдром. ДДП поясничного отдела позвоночника (остеохондроз L_{III}–L_V).

7. Дискогенная правосторонняя люмбоишиалгия с умеренно выраженными мышечно-тоническими и вегетативно-сосудистыми проявлениями, рецидивирующее течение, стадия неполной ремиссии. ДДП поясничного отдела позвоночника (остеохондроз L_{IV}-L_V, деформирующий спондилез).

8. Дискогенный корешковый синдром L₅ справа, часто рецидивирующее течение, обострение, резко выраженный болевой синдром. ДДП поясничного отдела позвоночника (остеохондроз, деформирующий спондилез, спондилоартроз, парамедианная грыжа межпозвонкового диска L_{IV}-L_V – 7 мм).

9. Дискогенная радикулоишемия L₅ с умеренным парезом разгибателей правой стопы, затяжное течение, слабо выраженный болевой синдром. ДДП поясничного отдела позвоночника (остеохондроз, грыжа межпозвонкового диска L_{IV}-L_V, задне-боковая вправо – 8 мм).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ МАССАЖА

- Острые лихорадочные состояния, высокая температура тела.
- Острый воспалительный процесс.
- Кровотечения и склонность к ним.
- Цинга.
- Болезни крови.
- Гнойные процессы любой локализации.
- Различные заболевания кожи, ногтей, волосистой части головы инфекционной, грибковой и невыясненной этиологии; бородавки, различные кожные высыпания, повреждения, раздражения кожи, плоские бородавки, гнойничковые и островоспалительные поражения кожи, экзема, острая форма розацеа, герпес, контагиозный моллюск, ссадины, трещины, а также трофические язвы, гангрена при заболеваниях периферических сосудов.
- Острое воспаление, тромбоз, значительное варикозное расширение вен с трофическими нарушениями.
- Ангиит (воспаление сосуда).
- Атеросклероз периферических сосудов, тромбангиит в сочетании с атеросклерозом мозговых сосудов, сопровождающиеся церебральными кризами.
- Аневризмы сосудов, аорты, сердца.
- Воспаление лимфатических узлов, сосудов. Увеличенные, болезненные лимфатические узлы, спаянные с кожей и подлежащими тканями.
- Заболевания вегетативной нервной системы в период обострения.
- Аллергия с геморрагическими и другими высыпаниями.
- Кровоизлияния в кожу.
- Чрезмерное психическое или физическое переутомление.
- Активная форма туберкулёза.
- Сифилис I и II стадии, другие острые венерические заболевания.
- Заболевания органов брюшной полости с склонностью к кровотечению.
- Состояние после кровотечений в связи с язвенной болезнью, а также вызванных заболеваниями женской половой сферы и травмой.
- Хронический остеомиелит.
- Каузалгический синдром после травмы периферических нервов.
- Доброкачественные и злокачественные опухоли различной локализации только до хирургического их лечения. При маточных миомах разрешается массаж воротниковой зоны, рук, голени и стоп.

- Психические заболевания с чрезмерным возбуждением, значительно изменённой психикой.
- Недостаточность кровообращения III степени.
- Декомпенсация кровообращения конечности у больных атеросклеротическими окклюзиями и тромбангиитом.
- Период остроты гипертонического или гипотонического кризов.
- Острая ишемия миокарда, возникшая внезапно.
- Выраженный склероз мозговых сосудов с склонностью к тромбозам и кровоизлияниям.
- Отёк Квинке.
- Общее тяжёлое состояние при различных заболеваниях и травмах.
- Острые респираторные заболевания и в течение 2-5 дней после них.
- Тошнота, рвота, болезненность при пальпации живота (при различных заболеваниях).
- Бронхоэктатическая болезнь в стадии тканевого распада.
- Лёгочно-сердечная недостаточность III степени.
- Острейшие и острые боли.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. НОРМЫ ВРЕМЕНИ НА ВЫПОЛНЕНИЕ МАССАЖНЫХ ПРОЦЕДУР

Зона массажного воздействия	Условные единицы	Минуты
1	2	3
Массаж головы (лобно-височной и затылочно-теменной области)	1,0	10
Массаж лица (лобной, окологлазничной, верхней и нижней челюстной области)	1,0	10
Массаж шеи	1,0	10
Массаж воротниковой зоны (задней поверхности шеи, спины до уровня четвертого грудного позвонка, передней поверхности грудной клетки до уровня второго ребра)	1,5	15
Массаж верхней конечности	1,5	15
Массаж верхней конечности, надплечья и области лопатки	2,0	20
Массаж плечевого сустава (верхней трети плеча, области плечевого сустава и надплечья одноименной стороны)	1,0	10
Массаж локтевого сустава (верхней трети предплечья, области локтевого сустава и нижней трети плеча)	1,0	10
Массаж лучезапястного сустава (проксимального отдела кисти, области лучезапястного сустава и предплечья)	1,0	10
Массаж кисти и предплечья	1,0	10
Массаж области грудной клетки (области передней поверхности грудной клетки от передних границ надплечий до реберных дуг и области спины от седьмого до первого поясничного позвонка)	2,5	25

Зона массажного воздействия	Условные единицы	Минуты
1	2	3
Массаж спины (от седьмого шейного до первого поясничного позвонка и от левой до правой средней аксиллярной линии, у детей – включая пояснично-крестцовую область)	1,5	15
Массаж мышц передней брюшной стенки	1,0	10
Массаж пояснично-крестцовой области (от первого поясничного позвонка до нижних ягодичных складок)	1,0	10
Массаж спины и поясницы (от седьмого шейного позвонка до крестца и от левой до правой средней аксиллярной линии)	2,0	20
Массаж шейно-грудного отдела позвоночника (области задней поверхности шеи и области спины до первого поясничного позвонка и от левой до правой задней и аксиллярной линии)	2,0	20
Массаж области позвоночника (области задней поверхности шеи, спины и пояснично-крестцовой области от левой до правой задней аксиллярной линии)	2,5	25
Массаж нижней конечности	1,5	15
Массаж нижней конечности и поясницы (области стопы, голени, бедра, ягодичной и пояснично-крестцовой области)	2,0	20
Массаж тазобедренного сустава (верхней трети бедра, области тазобедренного сустава и ягодичной области одноименной стороны)	1,0	10
Массаж коленного сустава (верхней трети голени, области коленного сустава и нижней трети бедра)	1,0	10

Зона массажного воздействия	Условные единицы	Минуты
1	2	3
Массаж голеностопного сустава (проксимального отдела стопы, области голеностопного сустава и нижней трети голени)	1,0	10
Массаж стопы голени	1,0	10
Общий массаж (у детей грудного и младшего дошкольного возраста)	3,0	30

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонов, И.П. Вопросы классификации и формулировка диагноза заболеваний периферической нервной системы / И.П. Антонов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – Т. 84, № 4. – С. 498–502.
2. Антонов, И.П. Клиническая классификация заболеваний периферической нервной системы / И.П. Антонов. – М. : Медицина, 1987. – 15 с.
3. Бирюков, А.А. Лечебный массаж: Учебник для студ. высш. учеб. заведений / А.А. Бирюков. – М. : Издательский центр «Академия», 2004. – 368 с.
4. Великанов, П.В. Классический массаж. Приемы и техника проведения : учебно-методическое пособие / П.В. Великанов, Л.В. Филонов. – Н. Новгород : Издательство ННГУ, 2016. – 41 с.
5. Ерёмушкин, М.А. Медицинский массаж. Базовый курс: классическая техника массажа : учеб. пособие / М.А. Ерёмушкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 184 с.
6. Кирсанов, М.Ю. Общие основы классического массажа : учебное пособие / М.Ю. Кирсанов. – Н. Новгород : ООО «Цветной мир», 2013. – 102 с.
7. Коршунов, О.И. Теория и методика массажа. Руководство для врачей / О.И. Коршунов ; под ред. М.А. Ерёмушкина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 199 с.
8. Классический массаж. Основы теории и практики / Н.П. Павлухина [и др.]. – 2-е изд. – Санкт-Петербург : Наука и Техника, 2019. – 496 с.

Учебное издание

Рыбин Игорь Андреевич
Рыбин Андрей Игоревич
Козел Святослав Александрович

**КЛАССИЧЕСКИЙ МАССАЖ ПРИ ЛЮМБОСАКРАЛЬНЫХ
ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 22.08.2023. Формат 60x84/16. Бумага «Снегурочка».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,38. Уч.- изд. л. 1,81. Тираж 50 экз. Заказ 160.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

ISBN 978-985-584-908-8



9 7 8 9 8 5 5 8 4 9 0 8 8