

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
И ПЕРЕПОДГОТОВКИ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КАФЕДРА РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

**И. А. Рыбин, А. И. Рыбин, С. А. Козел**

# **РУЧНАЯ ТЕХНИКА В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И МАССАЖЕ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2025

УДК 615.83  
ББК 53.54я78  
Р93

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве  
учебно-методического пособия 26.06.2024 г., протокол № 18

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., вед. науч. сотр. неврологического  
отдела Республиканского научно-практического центра неврологии и нейро-  
хирургии В. К. Забаровский; каф. медицинской реабилитации Гродненского  
государственного медицинского университета

**Рыбин, И. А.**

Р93 Ручная техника в мануальной терапии и массаже: учебно-методи-  
ческое пособие / И. А. Рыбин, А. И. Рыбин, С.А. Козел, – Минск :  
БГМУ, 2025. – 32 с.

ISBN 978-985-21-2131-6.

Содержит сведения о профессиональном использовании ручной техники специа-  
листами в области мануальной терапии и массажа. Дана классификация требований к  
рукам специалиста по мануальной терапии и массажу, прописаны рабочие зоны рук,  
приведено обозначение рук в мануальной терапии и массаже.

Отражает принципиальные и практико-ориентированные вопросы ручной диагнос-  
тической и ручной лечебной техники, необходимые при отработке практических на-  
выков и умений для освоения профессионального использования рук специалистов в  
области мануальной терапии и массажа.

Предназначено для слушателей, осваивающих образовательные программы пе-  
реподготовки по специальности «Мануальная терапия», «Лечебный массаж», повы-  
шения квалификации врачей мануальной терапии, физиотерапевтов, рефлексотера-  
певтов, врачей ЛФК, врачей спортивной медицины, реабилитологов, массажистов,  
инструкторов ЛФК и иных специалистов в области медицины.

**УДК 615.83**  
**ББК 53.54я78**

**ISBN 978-985-21-2131-6**

© И. А. Рыбин, А. И. Рыбин, С. А. Козел, 2025  
© УО «Белорусский государственный  
медицинский университет», 2025

## ВВЕДЕНИЕ

*Умелые руки — помощники науке.*

Под ручной техникой в мануальной терапии и массаже следует понимать теоретические представления и практические навыки по профессиональному использованию рук с диагностическими и лечебными целями.

В человеческом обществе высоко ценится умение человека делать что-то хорошо руками. Такого специалиста называют мастером. Мастерство в медицине приобретает особое значение, т. к. имеет отношение к здоровью человека. Медик-профессионал использует свои руки как уникальный инструмент для диагностики и лечения. Умение работать руками необходимо в разных медицинских сферах: хирургии, терапии, акушерстве, стоматологии. Огромное значение ручное мастерство специалиста приобретает в мануальной терапии и массаже.

У специалистов в области мануальной терапии и массажа в процессе профессиональной деятельности особо развиваются сенсорные навыки, которые позволяют с помощью пальпации дифференцированно определять анатомические объекты, многослойность тканей, упругие свойства органов и тканей, их норму и патологию.

Ручную диагностическую и лечебную работу в мануальной терапии и массаже следует рассматривать как вариант механического воздействия для ручного определения патологических изменений с последующим ручным воздействием для их устранения. С помощью рук специалист осуществляет лечебные приемы и определяет дозу лечебного воздействия.

Как правило, медики-профессионалы обладают достаточными знаниями по анатомии, физиологии, клиническим проявлениям различных заболеваний и всегда могут получить их в различных учебных пособиях и учебниках. Однако вопросы правильной работы руками специалистов по мануальной терапии и массажу часто остаются за рамками программ по получению профессионального образования.

## **ТРЕБОВАНИЯ К СПЕЦИАЛИСТАМ ПО МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И МАССАЖУ**

К специалистам по мануальной терапии и массажу предъявляются особые **профессиональные** требования:

1. Гигиенические требования.
2. Физические требования.
3. Психологические требования.
4. Требования для приобретения «умных рук».

### **Гигиенические требования:**

1. Руки специалиста должны быть чистыми и ухоженными. Чистота рук предотвращает перенос загрязнений на кожу пациента, а ухоженность рук обеспечивает комфортные ощущения при проведении приемов.

2. Ногти рук специалиста должны быть короткими и аккуратными. Коротко остриженные и обработанные ногти исключают повреждение кожи пациента при выполнении ручных приемов дистальными фалангами пальцев. Запрещается использовать накладные ногти и яркие лаки. Допускается применять бесцветный лак.

3. Не разрешается наличие на руках украшений (кольца, браслеты, часы, пирсинг, наклейки), татуировок, шрамирования и др.

4. Неприемливо наличие на руках специалиста повреждений. Отсутствие царапин, заусениц, ссадин, омозолелостей, ран, трещин, язв предотвращает перенос загрязнений с кожи пациента на кожу рук специалиста и последующую их передачу на кожу других пациентов.

5. Руки специалиста должны быть без воспалительных или грибковых заболеваний, что исключит перенос инфекций на кожу пациента.

### **Физические требования:**

1. Руки специалиста должны быть теплыми, что способствует комфортным ощущениям пациента при ручном воздействии, а также обеспечивает надлежащее расслабление тканей и расширение сосудов в зоне воздействия. Для согревания рук проводятся гимнастика для пальцев рук, растирание ладоней или согревание под теплой водой.

2. Руки специалиста должны быть невлажными, что способствует комфортному скольжению по коже пациента, а также препятствует передаче пота с руки специалиста на кожу пациента. Для устранения избыточной потливости руки моют с мылом в холодной воде, протирают спиртом и специальными лосьонами.

3. Руки специалиста должны быть мягкими, что способствует комфортному проведению приемов ручного воздействия. Жесткие, избыточно напряженные руки приводят к дискомфорту пациента и рефлекторному напряжению тканей.

4. Руки специалиста должны быть гибкими, пластичными, что способствует комфортному проведению приемов ручного воздействия в различных анатомических зонах тела пациента. При отсутствии гибкости и пластичности рук приемы ручного воздействия могут быть затруднены в определенных зонах тела.

5. Руки специалиста должны быть цепкими, что способствует качественному проведению приемов ручного воздействия, связанных с захватом и удержанием тканей в различных анатомических зонах тела пациента. При отсутствии цепкости рук специалиста приемы ручного воздействия могут быть затруднены из-за выскальзывания тканей из его рук, что может вызывать дискомфорт. Однако цепкость рук обязательно должна сочетаться с их мягкостью.

6. Руки специалиста должны быть ловкими, что способствует легкой смене приемов ручного воздействия и комфортному, плавному, незаметному переходу от одного приема к другому в различных анатомических зонах тела пациента.

7. Руки специалиста должны быть выносливыми, что обеспечивает непрерывность процедурного воздействия (без пауз). Выносливость рук формируется в процессе опыта специалиста. В своей работе специалист приобретает эргономические и гигиенические навыки, позволяющие ему правильно распределять нагрузку на отдельные мышцы рук, корпуса и всего тела. Так формируется профессиональный двигательный стереотип специалиста.

#### **Психологические требования:**

1. Специалист должен выглядеть по правилам медицинской этики и деонтологии. Кроме того, специалист должен делать руками только то, что входит в его профессиональные обязанности — диагностику и лечение. При этом он должен соблюдать такт и строгость в проведении ручных приемов. Ненужные движения рукой не допускаются.

2. Движения рук специалиста должны быть неторопливыми, спокойными. Современный человек находится в условиях большой скорости социальных и бытовых процессов, что рождает повышенное психологическое напряжение, скованность мышечных структур, увеличение тонуса сосудов, дисфункцию внутренних органов. Неторопливое и спокойное проведение специалистом ручных приемов приводит к обратным явлениям — пациент успокаивается и расслабляется, нормализуется тонус сосудов, устраняется дисфункция внутренних органов.

3. Движения рук специалиста должны быть уверенными. Уверенность в работе формируется в процессе приобретения опыта. Уверенное проведение ручных приемов закрепляет профессиональный двигательный стереотип специалиста и благотворно влияет на состояние пациента, рождая у него доверие к специалисту.

4. Движения рук специалиста не должны быть ласкательными, сексуальными. Работа специалиста с обнаженным телом пациента может вызывать

ненужные эмоции и мысли. Практика показывает, что есть как пациенты, так и специалисты, поддающиеся сексуальным настроениям. В результате могут возникать ненужные взаимоотношения с последующими конфликтами.

#### **4. Требования для приобретения «умных рук»:**

1. Руки должны быть «чуткими», что позволяет распознавать изменения в тканях с помощью пальпации. В процессе приобретения опыта ручной работы специалист обретает все большую чувствительность, позволяющую более точно дифференцировать тканевые изменения.

2. Руки должны быть «отзывчивыми» (реактивными), что позволяет оперативно реагировать на тканевые изменения при проведении диагностики и лечения. Специалист с «отзывчивыми» руками всегда определит тот тканевой барьер, за пределами которого может возникнуть осложнение.

3. Руки должны быть «внимательными» (аттентивными), что позволяет в процессе диагностической или лечебной процедуры постоянно удерживать внимание в зоне ручного воздействия. Это дает возможность специалисту держать под непрерывным тактильным контролем все тканевые изменения, происходящие в зоне ручного воздействия.

4. Руки должны быть «познавательными» (когнитивными), что тесно связано со знаниями специалиста по анатомии и физиологии. С помощью своих рук специалист может определять, с каким органом, тканью или частью тела он имеет ручной контакт. При этом определяются вопросы нормы, дисфункции и патологии.

5. Руки должны быть «диагностическими», что тесно связано с клиническим мышлением специалиста. Специалист на базе своих знаний и опыта с помощью ручной техники устанавливает диагностическое заключение.

6. Руки должны быть «лечебными», что позволяет специалисту осуществлять ручную лечебную технику, в процессе которой происходят тканевые и функциональные изменения в зоне ручного воздействия. «Лечебность» рук тесно связана с индивидуальностью и оптимальностью дозирования ручного воздействия. Специалист с «лечебными» руками во время процедуры быстро достигает лечебного эффекта. Как правило, лечебные реакции у пациента наступают намного раньше, чем закончится такая процедура у специалиста.

## **ОБОЗНАЧЕНИЕ РУК, ПОЛОЖЕНИЙ ВРАЧА И ВЕКТОРОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ**

Для улучшения взаимопонимания специалистов в области мануальной терапии и массажа существуют специальные обозначения рук, которые задействованы в процессе диагностики и лечения. Такое обозначение рук является общепризнанным и, как правило, приводится в учебных пособиях.

Рука может быть:

1. *По отношению к небу и земле:*

- верхней (располагается ближе к небу);
- нижней (располагается ближе к земле).

2. *По отношению к пациенту:*

- «дальней» (располагается дальше от пациента); «ближней» (располагается ближе к пациенту);
- «вентральной» (располагается ближе к животу пациента); «дорзальной» (располагается ближе к спине пациента);
- «краниальной» (располагается ближе к голове пациента); «каудальной» (располагается ближе к ногам пациента);
- «медиальной» (располагается ближе к срединной линии пациента); «латеральной» (располагается ближе к боковой поверхности тела и дальше от срединной линии тела пациента).

3. *По функциональной активности:*

- «активной» (выполняет действие); «пассивной» (не движется);
- «функциональной» (выполняет функциональное действие);
- «пальпирующей» (выполняет пальпацию);
- «фиксирующей» (осуществляет фиксацию);
- «диагностической» (выполняет диагностическое действие);
- «лечебной» (выполняет лечебное действие).

На базе данной терминологии имеется возможность обозначать положение врача мануальной терапии и массажиста по отношению к пациенту. Так, по отношению к пациенту, который обычно находится на кушетке в положении лежа или сидя, специалист может располагаться краниально или каудально, вентрально и дорзально, медиально и латерально.

Кроме того, данная терминология позволяет точно описывать вектор воздействия ручного приема, а также очередность проведения ручных приемов.

Лечебный ручной прием может проводиться:

- в краниальном или каудальном направлении (краниальный или каудальный вектор);
- в вентральном или дорзальном направлении (вентральный или дорзальный вектор);
- в медиальном или латеральном направлении (медиальный или латеральный вектор).

Ручные приемы могут проводиться в следующей очередности:

- каудо-краниальной, когда приемы лечебного ручного воздействия (например, прием «сверление» сегментарного массажа в области позвоночника) начинают от крестца и заканчивают в области, близкой к голове;

– кранио-каудальной, когда приемы лечебного ручного воздействия (например, прием «паравертебральная мобилизация») начинают от шейных вертебральных сегментов и заканчивают в области крестца.

Знание терминологии в мануальной терапии и массаже позволяет специалисту более глубоко понимать особенности ручного диагностического и лечебного воздействия, осваивать специальную литературу, взаимодействовать с преподавателями и коллегами.

## **РАБОЧИЕ ЗОНЫ РУК СПЕЦИАЛИСТА**

Ручная техника в мануальной терапии и массаже требует от специалиста грамотного и профессионального использования своих рук. Во многом это связано с обилием разнообразных диагностических ручных приемов и с не меньшим разнообразием лечебных ручных приемов, которыми в течение многих веков были наполняемы как мануальная терапия, так и массаж.

Каждый диагностический и лечебный прием ручной техники требовал от специалиста использования какой-либо части руки. Диагностическая работа для пальпации чаще всего требовала применения наиболее чувствительных участков руки. Такими участками являются ладонные поверхности дистальных фаланг пальцев кисти. Лечебная работа наиболее часто требовала использования всей плоскости ладонной поверхности кисти. Однако лечебное воздействие осуществлялось и отдельными участками кисти, различными по своей плотности, расположению и чувствительности. Следует отметить, что развитие ручных приемов мануальной терапии и массажа в настоящее время достигло высокого уровня специфичности и эффективности. Каждый диагностический и лечебный прием имеет свою специфическую технику исполнения, диагностическое значение и терапевтическую эффективность.

В ручной технике участки рук специалиста, которые контактируют с телом пациента для диагностики и лечения, называются рабочими зонами руки. Следует отметить, что изучение и дифференцированное использование рабочих зон руки является рутинной практикой специалиста по массажу.

Названия различных приемов классического массажа всегда включали в себя обозначение рабочей зоны руки, например: «прием поглаживания тылом кисти», «прием растирания основанием ладони», «прием разминания тылом средних фаланг II–V пальцев». Поэтому при изучении приемов массажа всегда необходимо знать, какой рабочей зоной руки прием должен выполняться. Еще большую значимость рабочие зоны руки приобретают при изучении мануальной терапии, где каждая из них должна применяться высокоспецифично для ювелирного исполнения диагностических и лечебных ручных приемов.

### Рабочие зоны руки:

1. Ладонная поверхность кисти.
2. Основание ладони.
3. Центр основания ладони.
4. Тенар.
5. Гипотенар.
6. Гороховидная область.
7. Радиальный край кисти.
8. Ульнарный край кисти.
9. Ладонная поверхность дистальных фаланг пальцев кисти.
10. Тыл кисти.
11. Тыл средних фаланг II–V пальцев кисти.
12. Тыл основных фаланг II–V пальцев кисти.
13. Тыл проксимальных суставов II–V пальцев кисти.
14. Предплечье.
15. Локтевой отросток.
16. Локтевой сгиб.

Общие анатомические основы костных структур кисти представлены на рис. 1, 2, 3, 4.

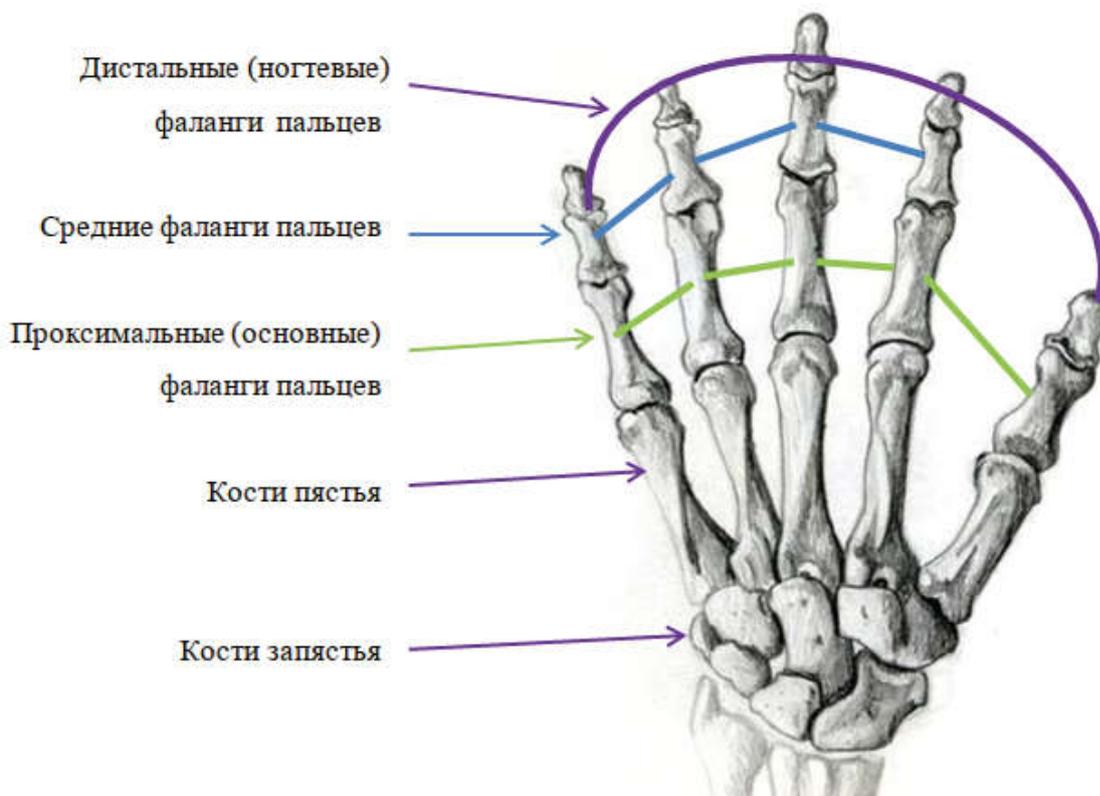


Рис. 1. Костные структуры скелета кисти



Рис. 2. Проекция костных структур скелета кисти на кожу

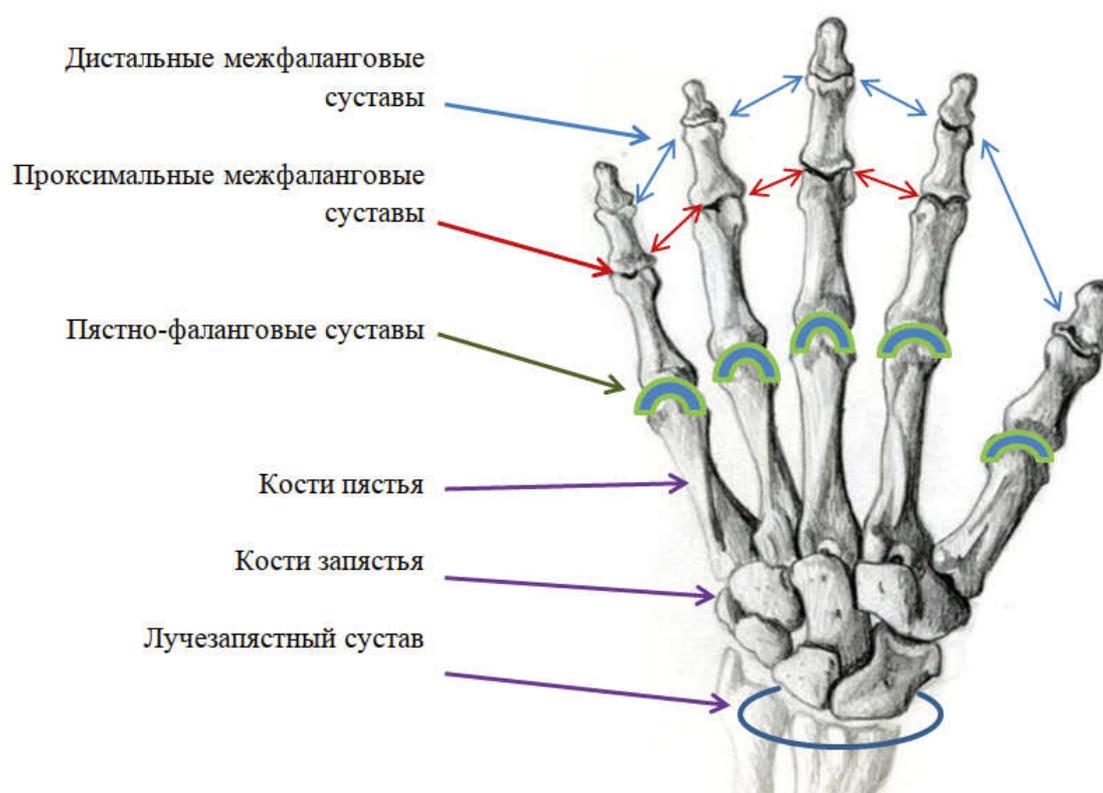


Рис. 3. Костные структуры костей и суставов кисти

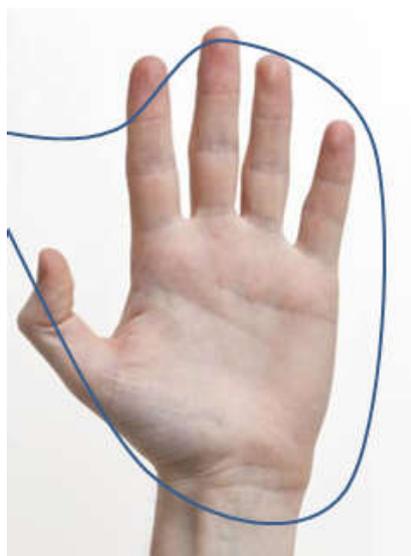


*Рис. 4.* Проекция костных структур костей и суставов кисти на кожу

### **Ладонная поверхность кисти**

Данная рабочая зона (рис. 5) обладает наибольшей площадью рабочей поверхности. Она представлена ладонной поверхностью пальцев кисти, поверхностью самой ладони и поверхностью возвышений кисти.

Прием «поглаживания» в массаже, а также приемы мобилизации и хват в мануальной терапии выполняются данной рабочей зоной.



*Рис. 5.* Ладонная поверхность кисти

## ОСНОВАНИЕ ЛАДОНИ

Данная рабочая зона (рис. 6) представлена возвышениями большого пальца и мизинца и зоной борозды между ними. Эту зону отличает твердость костных образований и вместе с тем упругость мышц возвышения большого пальца.

Приемы «растирания» и «разминания» в массаже, а также приемы мобилизации и манипуляции в мануальной терапии выполняются данной рабочей зоной.



Рис. 6. Основание ладони

## ЦЕНТР ОСНОВАНИЯ ЛАДОНИ

Данная рабочая зона (рис. 7) представлена бороздой между возвышениями большого пальца и мизинца. Эту зону отличает твердость костных образований и малые размеры, удобство и надежность для ручной фиксации.

Приемы мобилизации и манипуляции в мануальной терапии выполняются данной рабочей зоной.



Рис. 7. Центр основания ладони

### **ВОЗВЫШЕНИЕ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА (ТЕНАР)**

Данная рабочая зона (рис. 8) представлена возвышением большого пальца. Эту зону отличает упругость мышц возвышения большого пальца.

Приемы «растирания» и «разминания» в массаже, а также приемы мобилизации и манипуляции в мануальной терапии выполняются данной рабочей зоной.

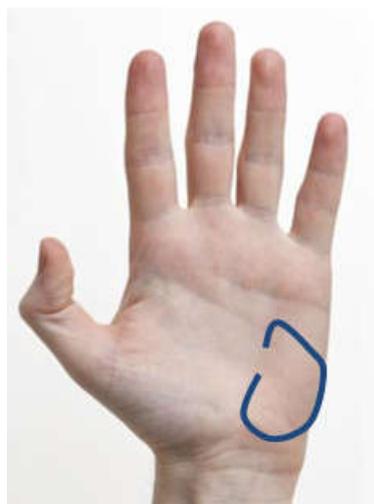


*Рис. 8.* Возвышение большого пальца

### **ВОЗВЫШЕНИЕ МИЗИНЦА (ГИПОТЕНАР)**

Данная рабочая зона (рис. 9) представлена возвышением мизинца. Эту зону отличает упругость мышц возвышения мизинца и небольшие размеры.

Приемы «растирания» и «разминания» в массаже, а также приемы мобилизации и манипуляции в мануальной терапии выполняются данной рабочей зоной.



*Рис. 9.* Возвышение мизинца

## ГОРОХОВИДНАЯ ОБЛАСТЬ

Данная рабочая зона (рис. 10) представлена небольшим возвышением — гороховидной костью, расположенной на локтевой поверхности лучезапястного сустава. Эту зону отличает твердость костного образования и малые размеры.

Приемы мобилизации и манипуляции в мануальной терапии выполняются данной рабочей зоной.



Рис. 10. Гороховидная область

## РАДИАЛЬНЫЙ КРАЙ КИСТИ

Данная рабочая зона (рис. 11) представлена лучевым краем кисти. Эта зона отличается продленностью и используется для выполнения хватательных движений.

Различные хваты по «типу вилки» в мануальной терапии, а также прием «пересекания» в классическом массаже и прием «пиления» в сегментарном массаже выполняются данной рабочей зоной.



Рис. 11. Радиальный край кисти

## УЛЬНАРНЫЙ КРАЙ КИСТИ

Данная рабочая зона (рис. 12) представлена локтевым краем кисти. Эту зону отличает продленность, твердость и вместе с тем упругость мышечных образований.

Приемы «растирания» и «рубления» в массаже, а также приемы мобилизации и манипуляции в мануальной терапии выполняются данной рабочей зоной.



Рис. 12. Ульнарный край кисти

## ЛАДОННАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ДИСТАЛЬНЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ (ПОДУШЕЧКИ ПАЛЬЦЕВ)

Данная рабочая зона (рис. 13) представлена подушечками пальцев кисти. Эту зону отличает повышенная чувствительность кожи, мягкость анатомических образований и малые размеры.

Диагностическая пальпация, массажные приемы «растирания», «разминая» и «пальцевого поколачивания», а также приемы мобилизации и манипуляции в мануальной терапии выполняются данной рабочей зоной.

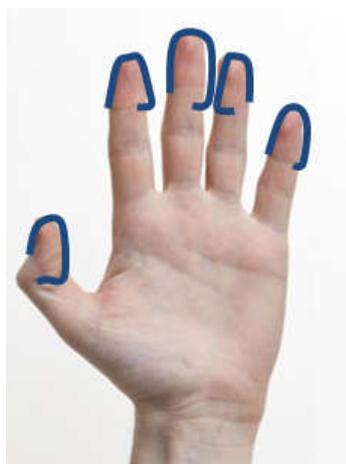


Рис. 13. Ладонная поверхность дистальных фаланг пальцев кисти (подушечки пальцев)

## Тыл кисти

Данная рабочая зона (рис. 14) отличается большей площадью поверхности. Она представлена тыльной поверхностью всей кисти.

Приемы «глажения» и «поглаживания» в области живота выполняются данной рабочей зоной. В мануальной терапии эта зона нередко используется для определения температуры тканей, позволяющей выявить воспалительные процессы в суставах и в мягких тканях.

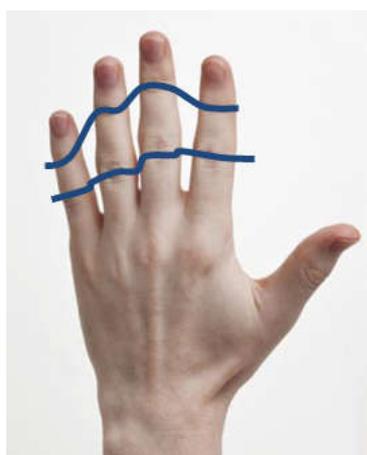


*Рис. 14.* Тыл кисти

## Тыл средних фаланг II–V пальцев кисти

Данная рабочая зона представлена (рис. 15) тыльной поверхностью средних фаланг пальцев кисти (кроме I). Эту зону отличает твердость костных образований и монолитность.

Приемы «растирания» и «разминания» в классическом массаже выполняются данной рабочей зоной.



*Рис. 15.* Тыл средних фаланг II–V пальцев кисти

### **Тыл основных фаланг II–V пальцев кисти**

Данная рабочая зона (рис. 16) представлена тыльной поверхностью основных фаланг пальцев кисти (кроме I). Эту зону отличает твердость костных образований, монолитность и возможность создавать силовые воздействия.

Приемы мобилизации и манипуляции в мануальной терапии выполняются данной рабочей зоной.



*Рис. 16.* Тыл основных фаланг II–V пальцев кисти

### **Тыл проксимальных суставов II–V пальцев кисти**

Данная рабочая зона (рис. 17) представлена тыльной поверхностью проксимальных межфаланговых суставов пальцев кисти (кроме I). Эту зону отличает твердость костных образований и возможность создавать силовые воздействия.

Приемы «гребнеобразного растирания» и «гребнеобразного разминания» в классическом массаже выполняются данной рабочей зоной.



*Рис. 17.* Тыл проксимальных суставов II–V пальцев кисти

## ПРЕДПЛЕЧЬЕ

Данная рабочая зона (рис. 18) по сравнению с другими зонами обладает наибольшей площадью поверхности. Она представлена всей поверхностью предплечья — передней, внутренней, боковой и задней. Эту зону отличает протяженность, мягкость мышечных образований и возможность создавать силовые воздействия.

Прием «поглаживания» в массаже, а также различные мануальные хваты для проведения релаксации, мобилизации и манипуляции в мануальной терапии выполняются данной рабочей зоной.



Рис. 18. Предплечье

## ЛОКТЕВОЙ ОТРОСТОК

Данная рабочая зона (рис. 19) представлена локтевым отростком, который расположен на задней поверхности локтевого сустава. Эту зону отличает твердость костного образования, малые размеры и возможность создавать силовые воздействия.

Прием «разминания» крупных мышечных массивов в массаже выполняется данной рабочей зоной.



Рис. 19. Локтевой отросток

## ЛОКТЕВОЙ СГИБ

Данная рабочая зона (рис. 20) представлена локтевой ямкой, которая расположена на передней поверхности локтевого сустава, и прилегающими поверхностями плеча и предплечья. Эта рабочая зона может использоваться как зажим, фиксирующий части тела пациента.

Специальный классический мануальный хват для работы с шейным отделом выполняется данной рабочей зоной.



Рис. 20. Локтевой отросток

## РУЧНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА

В медицинской практике издавна существует специальное исследование — физикальная диагностика. Под таким исследованием понимают комплекс медицинских диагностических мероприятий, выполняемых специалистом-медиком с целью постановки диагноза. Все методы, относящиеся к физикальному обследованию, осуществляются специалистом непосредственно с помощью его органов чувств. К методам физикального обследования относятся: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

Не вызывает сомнений, что при отсутствии современных диагностических технологий физикальное обследование играло решающую роль в диагностике заболеваний. Однако такое обследование и в наши дни не потеряло своей актуальности и значимости. В мануальной терапии часть физикального обследования в виде пальпации и перкуссии составляет основу диагностической работы врача. Большое значение диагностическая пальпация приобретает и в практике массажа.

Под **пальпацией** (от лат. *palpatio* — поглаживание, ощупывание) понимают физикальный метод медицинской диагностики, проводимый путем ощупывания тела пациента.

Пальпация основана на чувстве осязания и по своей сути является механическим ручным воздействием на ткани организма. При этом используется ручное диагностическое прикосновение, ручное диагностическое давление и движение. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого объекта.

Существуют различные варианты пальпации, осуществляемой с диагностическими целями:

1. По *глубине исследования*:

- поверхностная;
- глубокая.

2. По *наличию движения* при исследовании:

- статическая;
- динамическая.

3. По *площади ручного* контакта при исследовании:

- точечная;
- многоточечная;
- зональная.

4. По *тканевой принадлежности*:

- дермальная (кожа);
- фасциальная (фасции);
- мускулярная (мышцы);
- периостальная (надкостница);
- остальная (кость);
- висцеральная (внутренние органы);
- васкулярная (сосуды);
- невральная (нерв).

5. По *активной рабочей зоне* рук:

- дигитальная (пальцевая);
- пальмарная (ладонная поверхность кисти);
- тыльная (тыльная поверхность кисти).

При диагностическом исследовании с помощью рук специалист определяет наличие тканевых изменений, их морфологическую и функциональную характеристику. При этом в процессе пальпаторной диагностики выясняются:

- гистологическая принадлежность ткани;
- структура ткани (твердая, жидкая, плотная, мягкая, упругая);
- тканевые изменения (уплотнения, разряжение, тканевые образования и пр.);
- форма этих изменений (шаровидная, стержневая, изогнутая и пр.);
- размеры тканевых изменений (в массаже их принято сравнивать с зерновыми: просо, рис, горох, фасоль, орех и пр.);

- глубина расположения тканевых изменений (дерма, фасция, мышца и пр.);
- болезненность ткани и тканевых изменений (слабо, умеренно, резко, отсутствует);
- связь тканевых изменений с другими тканями (связаны, свободны, спаяны);
- подвижность ткани и тканевых изменений (подвижность присутствует, увеличена, уменьшена, отсутствует);
- реакция ткани и тканевых изменений на исследование (боль, напряжение, судорога, скачок и пр.);
- поверхностная температура тканей (повышенная, пониженная, нормальная; определяется пальпацией тыльной поверхностью кисти).

Для правильного выполнения ручного исследования необходимо соблюдать следующие **правила ручной диагностической техники**:

1. Концентрация внимания в зоне ручной диагностики.
2. Непрерывный тактильный контроль в зоне ручной диагностики.
3. Послойность проведения ручной тканевой диагностики.
4. Объемность проведения ручной тканевой диагностики.
5. Формирование, фиксация и анализ мысленного образа объекта ручной диагностики.

**Концентрация внимания в зоне ручной диагностики.** Специалист, проводящий диагностическое исследование, должен уметь различать тактильные ощущения при прикосновении, сдавлении и сдвигании тканей, которые возникают при воздействии диагностической рукой. Поэтому для объективности и полноты тактильных ощущений необходимо соблюдать концентрацию внимания в зоне ручного диагностического контакта. Это правило имеет важное значение как для мануальной терапии, так и для массажа.

**Непрерывность тактильного контроля в зоне ручной диагностики.** При проведении диагностического исследования специалист должен не отвлекаться от проводимой работы и непрерывно дифференцировать и сравнивать свои тактильные ощущения при пальпации различных тканей. Тактильный контроль диагностических ощущений должен непрерывно осуществляться во всех видах мануальной диагностики. В случае потери контроля тактильных ощущений диагностическое исследование либо затягивается, либо становится недостоверным.

**Послойность проведения ручной диагностики.** При проведении диагностической пальпации необходимо начинать с поверхностных тканей и постепенно перемещаться к глубоко расположенным. Такой способ позволяет изучить всю тканевую многослойность в зоне, подлежащей исследованию. При этом происходит дифференцировка принадлежности

тканевых структур, их распознавание и анатомические взаимоотношения. Важная роль в послойном диагностическом исследовании тканей признается не только в мануальной терапии и классическом массаже, но и в соединительнотканном массаже. В рамках этого массажа существуют следующие диагностические положения. Изменения в соединительной ткани (чаще это напряжение соединительной ткани) возникают при заболеваниях различных органов. Такие напряжения носят ограниченный характер и телесно локализируются в соответствии с сегментарной иннервацией. При этом изменения соединительной ткани в поверхностных тканевых образованиях (кожа) свидетельствует о недавнем происхождении этих изменений, а значит, указывают на начало или недавний срок заболевания. Изменения в соединительной ткани в глубоких тканевых образованиях (мышцы) свидетельствуют о долгосрочном происхождении этих изменений, а значит, указывают на хронизацию и давний срок заболевания.

**Объемность проведения ручной тканевой диагностики.** Важным обстоятельством при проведении диагностической пальпации является необходимость исследования тканевых объектов в их пространственной трехмерности. Именно объемность исследования позволяет определить форму, размеры и локализацию патологических тканевых изменений. При этом появляется возможность исследовать эти тканевые изменения в динамике.

**Формирование, фиксация и анализ мысленного образа объекта ручной диагностики.** В процессе диагностической пальпации на основе тактильных ощущений и при участии сенсорных корковых полей головного мозга в сознании специалиста формируется мысленное представление об объекте диагностики. Далее диагностический процесс идет по следующему алгоритму:

1. Формируется мысленный образ объекта диагностики.
2. Сформированный образ удерживается вниманием и фиксируется в сознании специалиста.
3. Сформированный и зафиксированный в сознании специалиста образ в уме сравнивается с анатомическими эталонами и образцами, сформированными на основе медицинских знаний и предыдущего ручного диагностического опыта специалиста. При этом выявляется анатомо-функциональная норма и выясняются патологические отклонения от нее. Это и есть анализ мысленного образа объекта диагностики в сознании специалиста (рис. 21).

Необходимым условием для выполнения пятого правила ручной диагностической техники являются базовые знания по анатомии, физиологии и патологии. Немаловажно, что фиксация (запоминание) мысленного образа объекта диагностики в сознании специалиста позволяет ему изучать этот образ не только в процессе диагностики, но и в процессе процедуры и даже курса лечения.



Рис. 21. Формирование, фиксация и анализ мысленного образа объекта ручной диагностики

Чем больше опыт специалиста-медика в области ручной диагностической техники, тем большее количество образов объектов диагностики накапливается в его сознании и тем богаче «золотой фонд» диагностической опытности в различении здоровых тканей и патологически измененных, а также в диагностике различных патологических состояний и заболеваний.

## РУЧНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТЕХНИКА

С научных позиций, ручное лечебное воздействие на организм пациента рассматривается как вариант механотерапии. Если учесть, что рука у человека является частью биологического объекта, то можно говорить о биомеханическом лечебном воздействии. Поэтому под ручной лечебной техникой в медицине следует понимать использование биомеханических воздействий различными рабочими зонами руки с лечебными целями.

Существуют различные варианты ручной техники, осуществляемой с лечебными целями:

1. По глубине лечебного воздействия:
  - поверхностная;
  - глубокая.
2. По наличию движения ручная:
  - статическая;
  - динамическая.

3. По *площади ручного контакта*:

- точечная;
- многоточечная;
- зональная;
- сочетанная.

4. По *тканевой принадлежности*:

- дермальная (кожа);
- фасциальная (фасции);
- мускулярная (мышцы);
- периостальная (надкостница);
- остальная (кость);
- висцеральная (внутренние органы);
- васкулярная (сосуд);
- невральная (нерв);

5. По *активной рабочей зоне рук*:

- дигитальная (пальцевая);
- пальмарная (ладонная поверхность кисти);
- тыльная (тыльная поверхность кисти);
- сочетанная.

Для правильного исполнения ручного лечебного воздействия необходимо соблюдать следующие **правила ручной лечебной техники**:

1. Концентрация внимания в зоне ручного лечебного воздействия.
2. Непрерывный контроль тактильных ощущений в зоне ручного лечебного воздействия.
3. Максимальная площадь ручного контакта в зоне ручного лечебного воздействия.
4. Монолитность рабочей руки в зоне ручного лечебного воздействия.
5. Послойность проведения ручного лечебного воздействия.
6. Объемность проведения ручного лечебного воздействия.
7. Вариабельность проведения ручного лечебного воздействия.
8. Индивидуальность дозы ручного лечебного воздействия.
9. Оптимальность дозы ручного лечебного воздействия.
10. Постепенное увеличение процедурной дозы ручного лечебного воздействия.
11. Постепенное увеличение курсовой дозы ручного лечебного воздействия.
12. Динамический анализ мысленного образа объекта ручного лечебного воздействия.

***Концентрация внимания в зоне ручного лечебного воздействия.***

Специалист, проводящий лечебное воздействие, должен уметь концентриро-

вать свое внимание на ручном контакте с телом пациента для правильного и оперативного дозирования лечебного воздействия.

***Непрерывный контроль тактильных ощущений в зоне ручного лечебного воздействия.*** При проведении лечебного воздействия специалист должен не отвлекаться от проводимой работы и непрерывно контролировать и оперативно реагировать на динамику тканевых изменений с помощью своих тактильных ощущений. В случае потери контроля тактильных ощущений лечебное воздействие перестает быть дозированным.

***Максимальная площадь ручного контакта в зоне ручного лечебного воздействия.*** Ручное воздействие на тело пациента может осуществляться различными рабочими зонами руки, имеющими разные размеры (от площади всей ладони до площади подушечки пальца). Следует помнить, что при одной и той же силе воздействия ручной контакт малой площади рефлекторно воспринимается организмом как опасный (из-за повышения плотности механической нагрузки), а ручной контакт большой площади воздействия — как безопасный (из-за понижения плотности механической нагрузки). Именно поэтому при ручном лечебном воздействии на тело пациента следует всегда использовать максимальную площадь ручного контакта. Это позволяет избежать избыточного напряжения тканей, которое возникает в результате защитной реакции на локальное воздействие. При локальных ручных воздействиях малой площади необходимо освоить технику проведения приема, позволяющую при таком контакте с помощью увеличения площади ручного контакта скрывать локальность ручного воздействия.

***Монолитность рабочей руки в зоне ручного лечебного воздействия.*** При ручном воздействии несколькими ручными контактами с использованием различных рабочих зон руки специалиста в организме пациента возникает несколько сенсорных потоков. Например, воздействие подушечками веерообразно расставленных пальцев и возвышением большого пальца требует от организма особого напряжения сенсорной зоны коры головного мозга для дискриминации контактов. При ручном воздействии одним ручным контактом с использованием различных рабочих зон руки специалиста в организме пациента возникает только один сенсорный поток, что исключает необходимость контроля нескольких сенсорных потоков. Поэтому при проведении ручного лечебного воздействия необходимо стараться, чтобы рука специалиста «составляла единое целое». При монолитном контактном ручном воздействии создаются наилучшие условия для формирования оптимальной лечебной реакции в отличие от множества раздробленных, с малой площадью контактных ручных воздействий.

Монолитность руки обеспечивает безопасность и комфорт ручного лечебного воздействия. Несоблюдение этого принципа может приводить к до-

полнительным защитным тоническим реакциям тканей пациента в зоне ручного воздействия.

**Послойность проведения ручного лечебного воздействия.** Проведение ручной лечебной техники необходимо начинать с поверхностных тканей и постепенно переходить к глубоко расположенным. Такой способ воздействия позволяет постепенно включить всю тканевую многослойность в зоне, подлежащей лечению. При этом происходит постепенное расслабление более поверхностных тканевых структур, что позволяет проводить лечебное воздействие физиологично с послойным формированием лечебного эффекта в глубину тканевой лечебной зоны. Такой подход является нормативным при проведении процедур мануальной терапии и классического массажа.

**Объемность проведения ручного лечебного воздействия.** Необходимо проводить приемы лечебного воздействия не только поверхностно или глубоко, но и объемно. При этом используются различные виды движений (круговое, линейное и сочетанное), которые осуществляются вдоль и вокруг различных осей пространства. Такая объемность лечебного воздействия имеет место в массаже при выполнении приема «разминания», однако такая объемность особенно важна в мануальной терапии.

**Вариабельность проведения ручного лечебного воздействия.** Ручное лечебное воздействие предполагает использование специальных приемов. Вполне понятно, что умение разнообразить ручные приемы повышает эффективность лечения. Однако кроме этого имеется важная потребность варьировать приемы массажа, проводя различные варианты и вспомогательные приемы «поглаживания», «растирания», «разминания», «вибрации», которые позволяют снизить однообразную и монотонную нагрузку на ткани, препятствуют развитию тканевого утомления, а также тканевой адаптации (лечебной нечувствительности). Немаловажно, что при проведении различных вариантов технических приемов массажа специалист также может избегать переутомления. Вариабельность ручной лечебной техники является базовым правилом и в мануальной терапии.

**Индивидуальность дозы ручного лечебного воздействия.** Проведение ручного лечебного воздействия осуществляется под контролем упругого барьера. Ввиду того, что упругие тканевые барьеры каждого человека строго индивидуальны, лечебное воздействие с их учетом будет проводиться с индивидуализацией дозы ручного лечебного воздействия.

**Оптимальность дозы ручного лечебного воздействия.** Оптимизация дозы ручного лечебного воздействия достигается с помощью непрерывного контроля тактильных ощущений в зоне воздействия. При прекращении прироста упругого барьера необходимо прекратить данное лечебное воздействие. Таким образом реализуется оптимальность дозы ручного лечебного воздействия в мануальной терапии и массаже.

***Постепенное увеличение процедурной дозы ручного лечебного воздействия.*** Процедурный алгоритм проведения приемов классического массажа и алгоритм проведения методик мануальной терапии построены таким образом, что во время лечебной процедуры доза механического воздействия на организм пациента нарастает постепенно. Эта процедурная особенность обеспечивает физиологичную постепенность включения в лечебную реакцию всего организма. В мануальной терапии использование этого правила позволяет минимизировать ручное воздействие, если лечебный эффект был достигнут на первых этапах мануальной процедуры.

***Постепенное увеличение курсовой дозы ручного лечебного воздействия.*** В процессе курсового лечебного воздействия ткани организма восстанавливают свою трофику и свои барьерные свойства. Однако при этом формируется привыкание организма пациента к данному виду лечебной ручной техники. Такое привыкание носит название «адаптация к лечебному воздействию». По своей сути адаптация является снижением чувствительности организма к лечебному воздействию и в свою очередь приводит к уменьшению лечебной эффективности. Адаптация в процессе курса лечения преодолевается постепенным увеличением дозы ручного биомеханического воздействия по силе, темпу, времени и пр.

***Динамический анализ мысленного образа объекта ручного лечебного воздействия.*** Выше указывалось, что в процессе диагностической пальпации на основе тактильных ощущений и при участии сенсорных корковых полей в сознании специалиста формируется и фиксируется мысленное представление об объекте диагностики — мысленный образ объекта диагностики. Данный образ в процессе ручного лечебного воздействия не является статичным и не изменяемым, а наоборот, является динамичным и изменяемым. Это связано с тем, что объект диагностики при ручном лечебном воздействии претерпевает изменения своих физических характеристик, таких как плотность, эластичность, напряженность, неоднородность, подвижность, реактивность и др. Эти изменения сразу же регистрируются с помощью ручной диагностической техники и без промедления корригируют характеристики ручного лечебного воздействия. Так, ручная диагностическая и лечебная техники в мануальной терапии и массаже неразрывно соединяются между собой и составляют единое целое.

Для специалиста важно понимать, что изменение физических характеристик объекта диагностики может носить как лечебный, так и повреждающий характер. Для правильной оценки этих изменений необходимо оперативно анализировать тактильные ощущения, возникающие в процессе лечебной процедуры. Вполне понятно, что динамический анализ образа объекта ручного лечебного воздействия позволяет оперативно (мгновенно) решать вопросы правильного дозирования лечебных приемов мануальной терапии и массажа.

## ГЛАВНЫЙ ПРИНЦИП РУЧНОЙ ТЕХНИКИ

В настоящее время непрерывно развиваются массажные технологии. Все больше расширяются возможности ручной диагностической и лечебной техники в различных разделах мануальной терапии. Такое развитие возможно только благодаря высокому профессиональному уровню специалистов-медиков, использующих ручную технику в своей работе.

Перед профессионалами, развивающими ручные воздействия, со всей очевидностью стоит вопрос о необходимости сделать руку «умной», «ментальной» (ментальный от лат. *mens* — ум). Специалист с «умными руками» имеет уникальный и универсальный инструмент для своей работы, который всегда находится с ним, всегда готов к диагностической и лечебной работе и должен постоянно совершенствоваться.

Непрерывный ментальный контроль тактильных ощущений необходим как для диагностического, так и для лечебного воздействия. Это связано с тем, что состояние тканей, а значит и тактильные ощущения, непрерывно изменяются под влиянием лечебных приемов. Поэтому только при непрерывности ментального контроля ручная диагностика может быть достоверной, а ручная лечебная техника — эффективной.

Таким образом, в лечебной процедуре ручная диагностическая техника и ручная лечебная техника сливаются в один непрерывный процесс, который базируется на постоянном ментальном контроле тактильных ощущений при проведении приемов специалистом в области мануальной терапии и массажа.

В связи с вышеизложенным, ментальный контроль тактильных ощущений специалиста следует считать главным принципом ручной техники в мануальной терапии и массаже. На базе этого принципа и рождаются «умные руки», которые способствуют профессионализму специалиста.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицина в своем развитии всегда опиралась на научные данные, основанные на результатах исследований, экспериментов, анализа. Вся научная деятельность базируется на трудах многих ученых. Это в полной мере относится и к мануальной терапии и массажу. Все диагностические и лечебные подходы, приемы и техники родились в результате научной деятельности многих специалистов.

Однако в настоящее время в мануальной терапии и массаже псевдоспециалистами внедряются такие виды диагностики и лечения, которые основаны на энергиях, чудесных приемах диагностики, бесконтактном лече-

нии, прослушивании и коррекции таинственных ритмов и пр. Данные практики являются ненаучными, ими может овладеть даже человек без медицинского образования.

Современный специалист по мануальной терапии и массажу должен твердо придерживаться научных теоретических и практических основ в своей деятельности.

## КОНСПЕКТ ПРАВИЛ РУЧНОЙ ТЕХНИКИ

### **Правила ручной диагностической техники:**

1. Концентрация внимания в зоне ручной диагностики.
2. Непрерывный тактильный контроль в зоне ручной диагностики.
3. Послойность проведения ручной тканевой диагностики.
4. Объемность проведения ручной тканевой диагностики.
5. Формирование, фиксация и анализ мысленного образа объекта ручной диагностики.

### **Правила ручной лечебной техники:**

1. Концентрация внимания в зоне ручного лечебного воздействия.
2. Непрерывный контроль тактильных ощущений в зоне ручного лечебного воздействия.
3. Максимальная площадь ручного контакта в зоне ручного лечебного воздействия.
4. Монолитность рабочей руки в зоне ручного лечебного воздействия.
5. Послойность проведения ручного лечебного воздействия.
6. Объемность проведения ручного лечебного воздействия.
7. Вариабельность проведения ручного лечебного воздействия.
8. Индивидуальность дозы ручного лечебного воздействия.
9. Оптимальность дозы ручного лечебного воздействия.
10. Постепенное увеличение процедурной дозы ручного лечебного воздействия.
11. Постепенное увеличение курсовой дозы ручного лечебного воздействия.
12. Динамический анализ мысленного образа объекта ручного лечебного воздействия.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	3
Требования к специалистам по мануальной терапии и массажу .....	4
Обозначение рук, положений врача и векторов воздействия .....	6
Рабочие зоны рук специалиста .....	8
Ладонная поверхность кисти .....	11
Основание ладони .....	12
Центр основания ладони .....	12
Возвышение большого пальца (тенар).....	13
Возвышение мизинца (гипотенар) .....	13
Гороховидная область .....	14
Радиальный край кисти .....	14
Ульнарный край кисти.....	15
Ладонная поверхность дистальных фаланг пальцев кисти (подушечки пальцев) .....	15
Тыл кисти.....	16
Тыл средних фаланг II–V пальцев кисти .....	16
Тыл основных фаланг II–V пальцев кисти .....	17
Тыл проксимальных суставов II–V пальцев кисти .....	17
Предплечье.....	18
Локтевой отросток .....	18
Локтевой сгиб .....	19
Ручная диагностическая техника .....	19
Ручная лечебная техника.....	23
Главный принцип ручной техники .....	28
Заключение .....	28
Приложение .....	30

Учебное издание

**Рыбин Игорь Андреевич**  
**Рыбин Андрей Игоревич**  
**Козел Святослав Александрович**

# **РУЧНАЯ ТЕХНИКА В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И МАССАЖЕ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. П. Сиваков  
Корректор Н. С. Кудрявцева  
Компьютерная вёрстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 19.12.25. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Марафон Бизнес».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,25. Тираж 50 экз. Заказ 876.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.