

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР**

---

**МЕТОДИКА, ТЕХНИКА МАССАЖА И ЕГО ОСОБЕННОСТИ  
ПРИ НЕКОТОРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ  
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

**Методические рекомендации**

Москва — 1975

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

---

УТВЕРЖДАЮ

Начальник Главного управления  
лечебно-профилактической помощи  
Министерства здравоохранения СССР

**С. А. Сягаев**

18 февраля 1975 г.

МЕТОДИКА, ТЕХНИКА МАССАЖА  
И ЕГО ОСОБЕННОСТИ ПРИ НЕКОТОРЫХ  
ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ  
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Методические рекомендации

Москва — 1975

В медицинской реабилитации больных с последствиями травм и ортопедическими заболеваниями большую роль играет применение комплекса средств восстановительного лечения, среди которых ведущее место занимают физические упражнения и массаж.

Массаж оказывает на организм больного многообразное действие — болеутоляющее, способствующее рассасыванию отложений в тканях, улучшению кровообращения, укреплению мышц, повышению их тонуса и т. д. В связи с этим он играет большую роль в предупреждении вторичных изменений в тканях, которые приводят к ограничению движений в суставах, снижению силы мышц и другим нарушениям функций двигательного аппарата. Массаж позволяет также предупредить или уменьшить трофические расстройства в тканях, нередко развивающиеся после травмы.

Ведущим видом массажа является классический ручной массаж с его разновидностями — сегментарным, точечным массажем, массажем фасций. В ряде случаев он дополняется аппаратным массажем.

Эффективность ручного массажа в значительной мере зависит от правильности его методики, при выборе которой необходимо учитывать характер заболевания, локализацию патологического процесса, стадию болезни, возраст больного и ряд других факторов. Помимо соблюдения общеметодических установок, большое значение имеет правильное выполнение приемов массажа массажистом. Врач, назначающий больному массаж, и массажист должны четко знать показания и противопоказания к его применению, правила подготов-

ки больного и массажиста к процедуре, технику выполнения приемов массажа и особенности его проведения после различных травм и при ортопедических заболеваниях.

В настоящих методических рекомендациях кратко излагаются методика и техника массажа, отмечаются основные ошибки при выполнении отдельных его приемов, описываются способы проведения массажа при различных наиболее часто встречающихся ортопедических заболеваниях и последствиях повреждений опорно-двигательного аппарата. Назначение этих рекомендаций — облегчить работу массажиста и врача, руководящего его деятельностью.

## ОБЩАЯ МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ МАССАЖА

**Показания к назначению массажа** при различных видах патологии опорно-двигательного аппарата весьма широки. Ниже приводятся лишь основные из них. Массаж показан при кожных стягивающих рубцах после различных открытых повреждений мягких тканей и особенно процессе после повреждения сухожилий, при ограничении движений в суставах после переломов, при слабости мышц и недостаточности связочного аппарата вследствие длительной иммобилизации конечностей после травм и оперативных вмешательств, при нарывах периферических нервов и травматических плексах. В остром периоде травмы массаж показан при значительной отечности тканей, замедленной костной регенерации, а также при развитии трофических нарушений. Широкие показания к применению массажа имеются при деформациях позвоночника (сколиоз, кифоз различной этиологии) и стоп (плоскостопие), при деформациях на почве инфекционного неспецифического полиартрита и дегенеративных изменений суставов и позвоночника, деформациях паралитического происхождения (акушерские параличи, остаточные явления полиомелита, церебральные парезы).

Очень важно знать **противопоказания к применению массажа**, основными из которых являются: 1) повышение температуры тела (выше  $37,3^{\circ}$ ); 2) кожные заболевания и нарушение целостности кожного покрова (фурункулы, карбункулы, пиодермия, экзема, раны); 3) тромбофлебит; 4) инфекционные заболевания и воспалительные процессы; 5) злокачественные новообразования (в связи с опасностью метастазирования); 6) склонность к кровотечениям.

Кожа массируемого участка тела должна быть хорошо подготовлена к массажу (особенно в ближайшее время после снятия гипсовой повязки) — не иметь царапин, экскориаций, раздражений, высыпаний. Перед процедурой должен быть сделан масляный компресс, конечность вымыта или

протерта спиртом. В процессе лечения массажем необходимо строго следить за гигиеническим состоянием кожи больного — применять ванны, чаще менять постельное белье и т. д.

Массировать больного надо чистыми теплыми руками. Для улучшения скольжения рук, а также в тех случаях, когда нужно улучшить питание кожи, при массаже пользуются различными смазывающими веществами: тальком, вазелиновым маслом, ланолином. При массаже сухих желтушных рубцов (например, после ожогов) рекомендуется применять смесь ланолина и персикового масла. При легком поверхностном массаже лучше пользоваться тальком, при массаже глубоже расположенных мышц — более вязкими веществами, например, вазелиновым маслом. Массаж детям младшего возраста, а также массаж лица можно производить сухой рукой, протертой спиртом.

Обязательным условием для проведения полноценного массажа является хорошее расслабление мышц больного. Это достигается прежде всего приданием массируемой части тела устойчивого положения. Так, при массаже спины и шеи больной должен лежать на животе, а при массаже живота (мышц, кишечника) — на спине, при этом ноги его должны быть полусогнуты, а туловище несколько приподнято, для чего под коленные суставы подкладывается мягкий валик, а под туловище — подушка. Массируемая нога должна опираться на плоскость кушетки, а массируемая рука — лежать на поверхности массажного столика. Конечностям больного при массаже придают по возможности среднефизиологическое положение: рука полусогнута в локтевом суставе (под углом примерно  $110^\circ$ ) и отведена в плечевом (под углом  $45^\circ$ ). Если обеспечить подобное положение туловища и конечностей нельзя, массажист должен приспособиться к положению больного в постели.

### ПРИЕМЫ МАССАЖА И ТЕХНИКА ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ

Массаж выполняется с помощью комплекса ручных технических приемов, который включает: поглаживание, растирание, разминание, поколачивание и вибрацию. В зависимости от клинической картины заболевания и массируемой области техника выполнения основных приемов массажа варьируется в определенных пределах (например, при отеке конечности в ближайшее время после травмы с целью улучшения крово- и лимфообращения производят легкое поверхностное поглаживание отечных участков и более глубокое поглаживание, а также разминание мышц проксимальных

отделов конечности). Один и тот же прием в зависимости от массируемой поверхности может выполняться различными способами (например, растирание в области кисти производят концами больших пальцев, а в области спины — локтевым краем кисти, основанием ладонной поверхности кисти).

**Прием поглаживания** применяется в основном с целью улучшения условий кровообращения. Особенно показано его применение при последствиях различных повреждений, что связано со значительными нарушениями кровообращения (венозного оттока, лимфооттока) после травмы и иммобилизации конечности.

Поглаживание выполняется тыльной и ладонной поверхностью кисти, четырьмя, а также двумя пальцами; оно может быть «обхватывающим» (массаж конечности) или «плоскостным» (массаж спины). Интенсивность поглаживания зависит от состояния кожи, сосудов, выраженности отека и других факторов. Разновидностью этого приема является «отсасывающий» массаж, который сводится к «выжиманию» венозной крови из сосудов проксимальных отделов конечности.

Эффективность приема поглаживания в значительной степени зависит от правильности его выполнения. Типичными ошибками здесь являются недостаточно плотное соприкосновение ладони массажиста с массируемой поверхностью и слишком быстрое и короткое движение руки (рис. 1—3).

**Прием растирания** применяется при кожных рубцах (особенно когда необходимо их растяжение), при различных отложениях в мышцах, сухожилиях, суставах. Он оказывает рассасывающее действие.

Растирание производится чаще концами четырех пальцев одной и двух рук (бимануально), концами больших пальцев, локтевым краем кисти («пилеппе»), основанием ладони, согнутыми пальцами (кулаком). При выполнении приема пальцы должны быть плотно соединены с кожей (смазаться вместе с ней). Разновидностью приема, используемой при кожных рубцах, является сдвигание и растягивание рубца. Растирание обязательно должно чередоваться с поглаживанием.

Неправильное выполнение приема растирания чаще всего связано с плохой координацией движений массажиста (этот прием технически сложен) и с поверхностным его проведением, когда пальцы скользят по поверхности кожи (рис. 4 и 5).

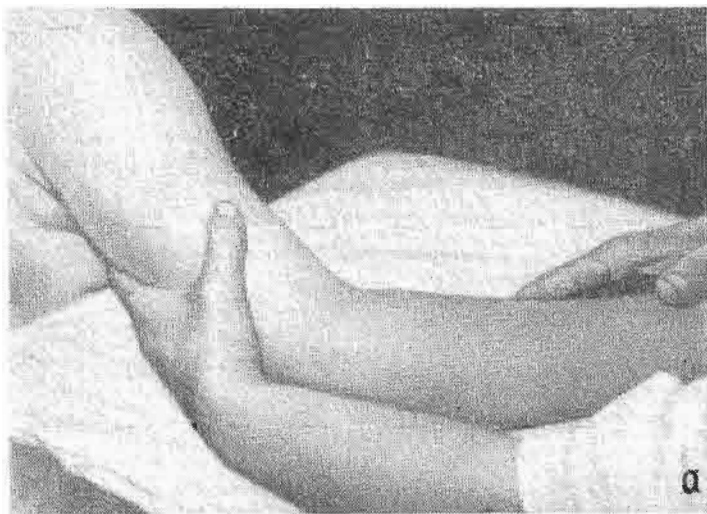


Рис. 1. Выполнение приема поглаживания на плече  
а — правильное;

б — неправильное (пальцы не соприкасаются с массируемой поверхностью)

8

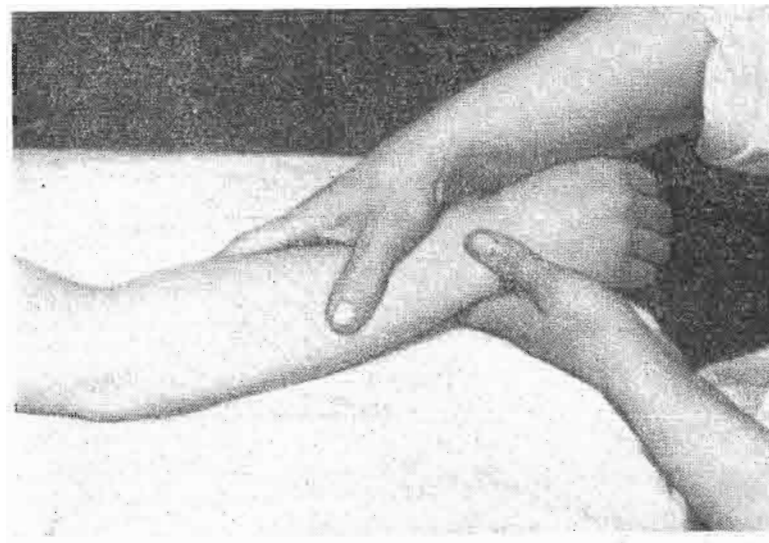


Рис. 2. Правильное применение приема «обхватывающего» поглаживания на предплечье

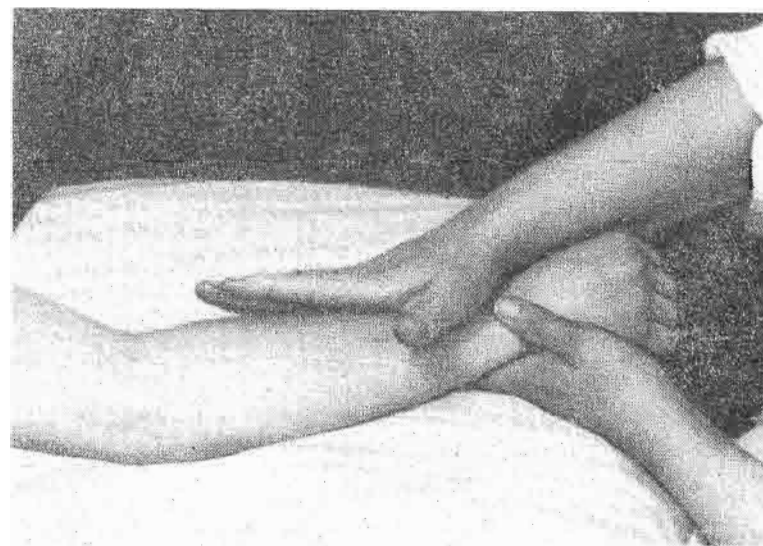


Рис. 3. Неправильное применение приема «плоскостного» поглаживания на предплечье (обычно данный прием применяется при массаже спины)

9

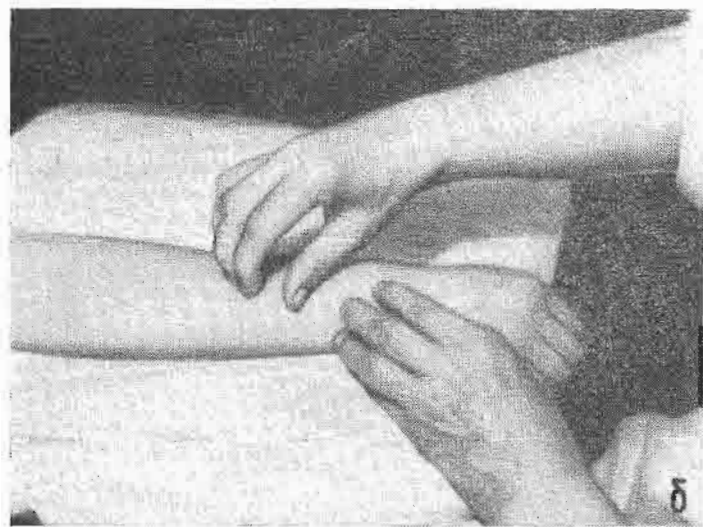
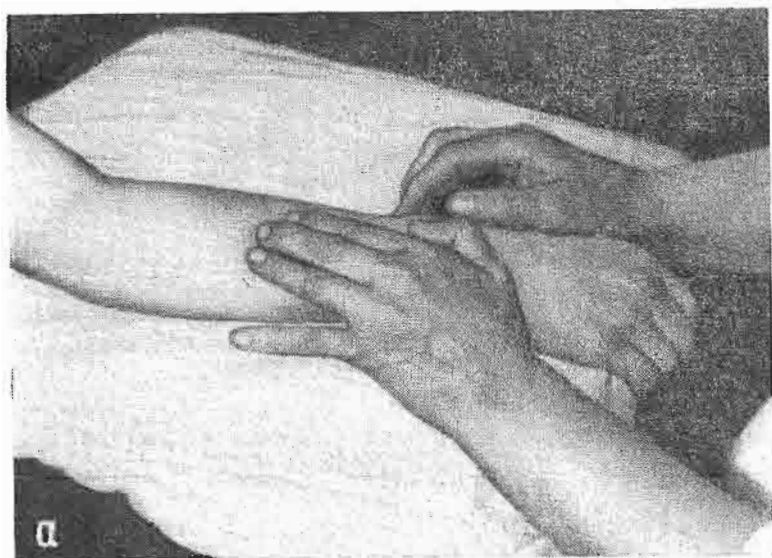


Рис. 4. Выполнение приема растирания четырьмя пальцами (правая рука)  
*a* — правильное;  
*б* — неправильное (неправильное положение кисти, пальцев правой руки)

Рис. 5. Выполнение приема растирания большими пальцами  
*a* — правильное;  
*б* — неправильное (плоское расположение пальцев, поверхностное выполнение приема)

**Прием разминания** используется главным образом для улучшения функционального состояния мышц (их тонуса, сократительной способности) и кровообращения в глубоких венах верхних и нижних конечностей.

Основные разновидности этого приема — продольное разминание одной или двумя руками и поперечное разминание. Вариантами основного приема являются «выжимание» и ритмичное последовательное сдавливание мышцы.

Рука массажиста при выполнении данного приема должна плотно, глубоко обхватывать мышцу в процессе всего движения вдоль нее, в противном случае действие массажа распространяется только на поверхностно расположенные ткани (подкожно-жировая клетчатка) (рис. 6 и 7).

**Прием поколачивания** применяется с целью повышения тонуса и сократительной способности мышц, улучшения трофики тканей, стимуляции регенеративных процессов.

Поколачивание производится концами разведенных пальцев, ладонями, локтевым краем кисти («рубление»). Интенсивность его зависит не только от силы удара, но и от степени сгибания и смыкания пальцев, направления удара, амплитуды движений рук. При правильном выполнении приема воздействие осуществляется в основном за счет веса руки при расслабленных мышцах.

К основным ошибкам следует отнести поколачивание напряженной рукой, перпендикулярно направлению хода мышцы.

**Прием вибрации** способствует повышению возбудимости нервно-мышечного аппарата, восстановлению угасших рефлексов, при определенной частоте оказывает обезболивающее действие.

Выполняется этот прием с помощью специального аппарата или рукой. Рука массажиста, плотно соприкасающаяся с массируемой поверхностью тела, совершает ритмичные колебательные движения небольшой амплитуды. Основными разновидностями приема являются «стабильная» вибрация (без продвижения руки или аппарата) и «лабильная» с перемещением руки или вибрационного аппарата).

Воздействие должно локализоваться в точках выхода нерва («двигательных точках») либо в местах наиболее поверхностного расположения стволов периферических нервов.

К ошибкам в выполнении приема вибрации относятся осуществление его напряженной рукой, недостаточная частота колебательных движений и их чрезмерно большая амплитуда.

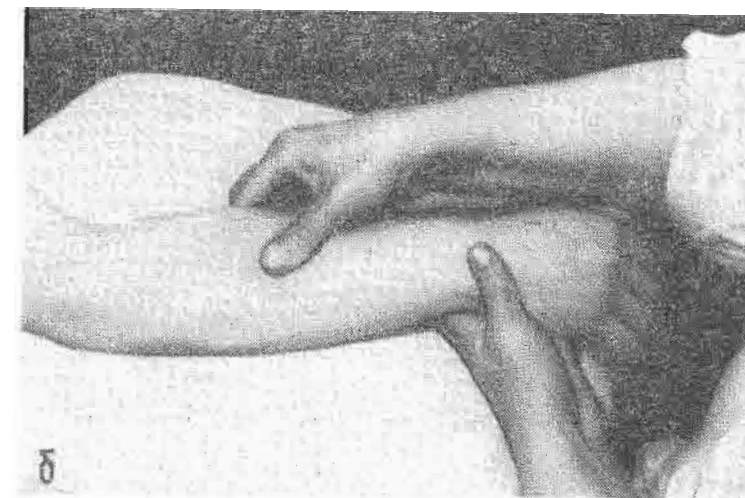
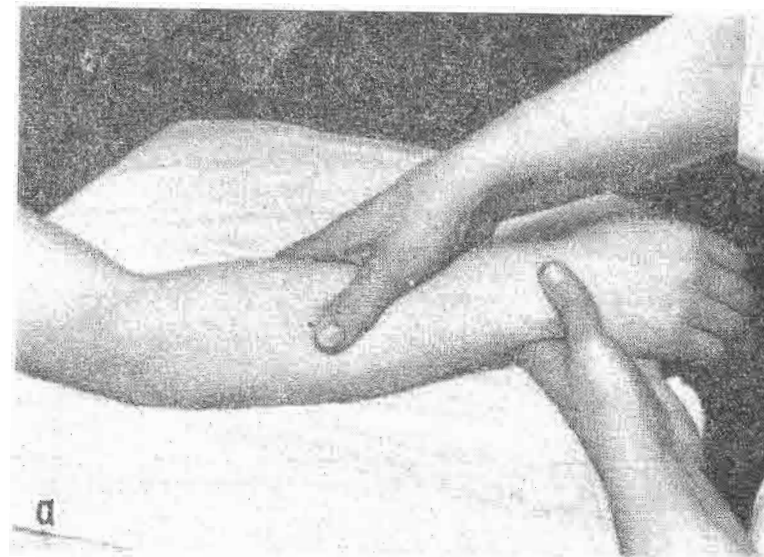


Рис. 6. Выполнение приема продольного разминания  
а — правильное;  
б — неправильное (ладонь не соприкасается с массируемой поверхностью)



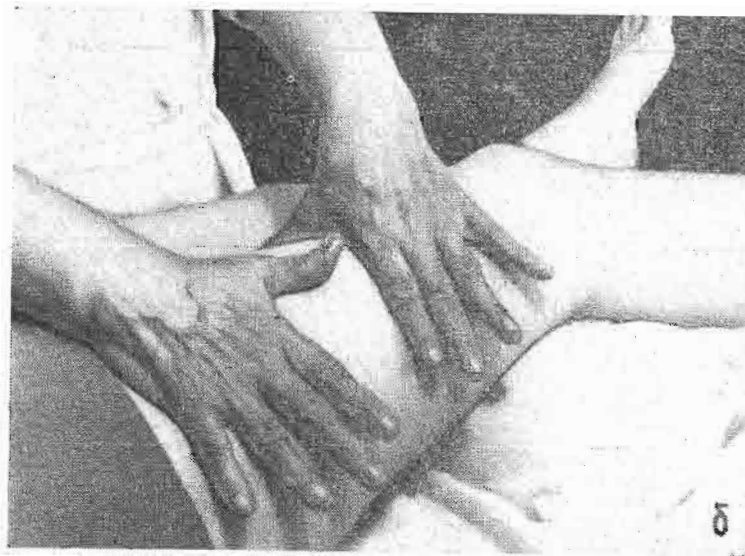
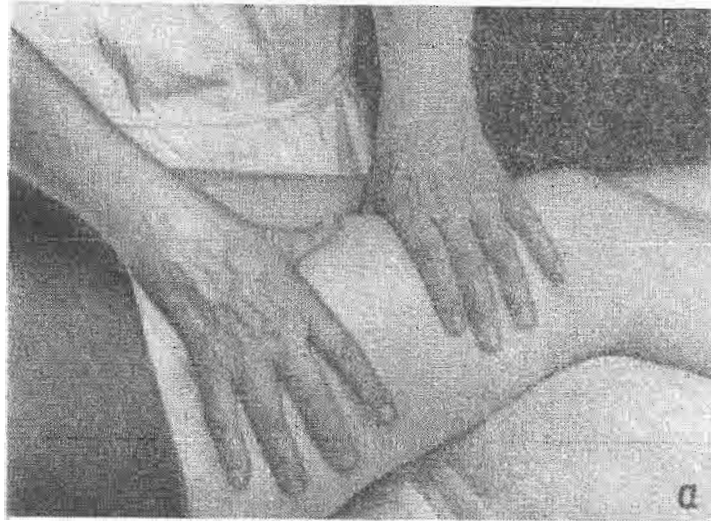


Рис. 7. Выполнение приема поперечного разминания  
а — правильное;

б — неправильное (пальцы не обхватывают массируемую поверхность)

При проведении массажа выделяют следующие области тела: а) голова и шея; б) плечевой пояс и верхние конечности; в) спина, грудная клетка и живот; г) тазовый пояс и нижние конечности.

**Массаж мышц лица и шеи.** В области лица производится массаж мимических мышц (круговых глаза и рта, носовых, щечных, скуловых), функция которых бывает нарушена при парезах лицевого нерва и рубцовых изменениях тканей после повреждений и ожогов.

При проведении массажа лица больной сидит, опираясь затылком на головодержатель массажного кресла, массажист стоит сзади. Массаж осуществляется ладонной поверхностью одного или нескольких пальцев. Направление движений — с учетом расположения мышц лица: от лба, глаз, щек, носа к ушам, от рта и подбородка к шее, подключичной области. Применяются приемы поглаживания концами пальцев, растирания, поколачивания концами двух-трех пальцев, вибрации. При растирании рубцов в области щек большой палец заводится в полость рта и служит противоупором для остальных пальцев. Прием вибрации применяется в области выхода лицевого нерва (вперед от сосцевидного отростка височной кости) и надглазничного нерва.

В области шеи производится массаж верхней части трапецевидной мышцы и грудно-ключично-сосковой мышцы. Больной лежит на животе, опираясь головой на согнутые руки, или сидит, опираясь руками и головой на массажный столик. Массаж трапецевидной мышцы производится от затылка по направлению к плечевым суставам, грудно-ключично-сосковой мышцы — от сосцевидного отростка височной кости к ключице и грудице. При массаже трапецевидной мышцы применяются приемы поглаживания, растирания четырьмя пальцами, поперечного разминания; массаж грудно-ключично-сосковой мышцы производится двумя и тремя пальцами, используются приемы поглаживания и растирания.

**Массаж плечевого пояса и верхних конечностей.** При проведении массажа плечевого пояса и верхней конечности дифференцируются следующие отделы: область лопаток и надплечья, плеча (область дельтовидной мышцы, сгибательная и разгибательная поверхности), предплечья (группа сгибателей и разгибателей кисти), кисти (межкостные мышцы, группа мышц возвышения I и V пальцев). Последовательно производится массаж надплечья, плеча, предплечья,

кисти, массажные движения выполняются в центростремительном направлении, в строгом соответствии с локализацией основных мышечных групп.

Применяются все основные приемы массажа, но техника их выполнения варьируется в зависимости от массируемой поверхности.

При массаже лопаточной области производится «плоскостное» поглаживание, растирание концами пальцев (поверхностное и глубокое), поколачивание ладонями, при массаже плеча и предплечья — «обхватывающее» поглаживание, растирание концами пальцев, продольное разминание (одной и двумя руками), поперечное разминание, поколачивание концами разведенных пальцев (вдоль мышечных групп), «стабильная» и «лабильная» вибрация.

Межкостные и червеобразные мышцы массируют в области межкостных промежутков между пястными костями, используя приемы поглаживания и растирания большими пальцами, а мышцы возвышения I и V пальцев — с помощью приемов поглаживания, растирания и разминания ладонной поверхностью основания I пальца и концами I и II пальцев. Массаж пальцев производят одним и двумя пальцами, применяя приемы поглаживания и растирания.

Местами наиболее поверхностного расположения нервных стволов, где последние доступны для воздействия массажными приемами вибрации и растирания, на руке являются задняя поверхность плеча (лучевой нерв), внутренний край двуглавой мышцы (срединный и локтевой нервы), область между локтевым отростком и внутренним мыщелком плеча (локтевой нерв), точка, соответствующая проекции головки лучевой кости (лучевой нерв), средняя сгибательной поверхности нижней трети предплечья (срединный нерв).

При массаже суставов и связочного аппарата руки применяют приемы поглаживания и растирания (вдоль суставной щели и в окружности сустава).

Массаж верхней конечности обычно заканчивают выполнением пассивных и активных движений в суставах массируемого отдела.

**Массаж спины и живота.** При массаже спины последовательно производят массаж трапециевидных мышц (верхней, средней и нижней порций) по направлению к плечевым суставам, широчайших мышц спины (по направлению к подмышечным впадинам) и разгибателя туловища (вдоль позвоночника). Массаж трапециевидной и широчайшей мышц спины выполняют с помощью приемов «плоскостного» погла-

живания ладонями, глубокого растирания, поперечного разминания, поколачивания ладонями и разведенными пальцами рук. При массаже разгибателя туловища используют прием поглаживания ладонями и тыльной поверхностью кисти («глаженне»), глубокое растирание большими пальцами и концами четырех пальцев и поколачивание разведенными пальцами.

Массаж поясничной области, имеющей плотное поясничное растяжение (апоневроз), производят приемами поглаживания ладонями и растирания основанием ладони (лучше с отягощением одной руки другой), приемом «пиления». Прием поколачивания в поясничной области не применяется.

При массаже живота может быть оказано воздействие на подкожно-жировую клетчатку, мышцы или кишечник. В практике травматологии и ортопедии наибольшее значение имеет массаж мышц брюшного пресса.

Последовательно выполняют массаж прямых и косых мышц живота (симметрично или с одной стороны — в зависимости от особенностей патологии). Вначале производят двумя ладонями общее поглаживание брюшной стенки (с целью лучшего расслабления мышц), осуществляют поглаживание прямых мышц ладонной и тыльной поверхностями кисти, растирание их концами пальцев и поперечное разминание. Косые мышцы живота массируют в направлении от поясничной области к паховой, используя приемы поглаживания ладонями, растирания четырьмя пальцами и поперечного разминания.

**Массаж тазового пояса и нижних конечностей.** Производят дифференцированное воздействие на мышцы ягодичной области, передней, внутренней и задней поверхности бедра, передней, задней и наружной поверхности голени, подошвенной поверхности стопы. Отдельно массируют суставы.

При массаже ягодичной области делают поглаживание в круговом направлении (встречными движениями двух рук) ладонными поверхностями кистей, растирание в том же направлении основанием ладони с отягощением одной руки другой или кулаком, поперечное разминание, поколачивание локтевым краем кисти и пальцами, полусогнутыми в кулак.

Массаж различных отделов нижней конечности производят в такой последовательности: бедро, голень, стопа. Массажные движения выполняются в направлении от периферии к центру.

Бедро массируют по ходу основных мышечных групп — четырехглавой мышцы, группы приводящих мышц и сгибателей голени. При массаже задней поверхности бедра необ-

ходимо учитывать наличие двух мышечных групп — медиальной и латеральной. Массаж производят двумя руками таким образом, чтобы большие пальцы располагались по средней линии бедра, а остальные — по его задне-наружной и задне-внутренней поверхности. При массаже группы приводящих мышц бедра не массируют верхнюю треть бедра и паховую область (рефлексогенная зона с половых органов, лимфатические узлы). Учитывая наличие на бедре больших мышечных пластов, здесь целесообразно производить растирание и разминание двумя руками, с отягощением одной руки другой.

При массаже голени применяют приемы «обхватывающего» поглаживания, растирания концами больших и нескольких пальцев, продольного и поперечного разминания, поколачивания разведенными пальцами, вибрации в области головки малоберцовой кости и по наружной поверхности голени (малоберцовый нерв). При массаже икроножной мышцы отдельно массируют ее внутреннюю и наружную головки.

Массаж подошвенной поверхности стопы (поглаживание и растирание) производят основанием ладони или кулаком от пальцев к пяточной области.

#### **ОСОБЕННОСТИ МАССАЖА ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Целями применения массажа после различных повреждений опорно-двигательного аппарата являются: 1) улучшение условий оттока венозной крови и лимфы; 2) улучшение трофики тканей; 3) предупреждение образования грубых рубцов и вторичных изменений в суставах; 4) снижение болезненности и рефлекторного напряжения мышц; 5) укрепление ослабленных мышц.

Массаж применяется преимущественно в фазе течения репаративных процессов, характеризующейся рубцеванием ран мягких тканей и началом консолидации костных отломков после перелома. В остром периоде (ближайшие сроки после травмы) при наличии отека тканей, болевого напряжения мышцы показания к применению массажа весьма ограничены, так как дополнительное механическое раздражение массажными приемами может повести к усилению реактивных явлений. Для улучшения кровообращения поврежденной конечности используют лишь легкое поглаживание ее проксимальнее места повреждения («отсасывающий» массаж). В более поздние сроки для улучшения кровообраще-

ния в глубоких венах конечности может быть применено также легкое разминание мышц вне очага повреждения.

Массаж не должен вызывать болевых ощущений, интенсивность его вначале должна быть небольшой. При наличии трофических нарушений в мышцах применяется поглаживание в сочетании с глубоким растиранием и разминанием, а при травматическом артрите — поглаживание и растирание в области сустава. В случае замедленной консолидации для стимуляции образования костной мозоли может быть использован прием поколачивания (рукой и с помощью специально приспособленного молоточка — по Турнеру).

При сочетании применения с физическими упражнениями массаж должен предшествовать им. Наиболее рационален следующий порядок применения средств восстановительного лечения в фазе консолидации костных отломков: теплая ванна, массаж, физические упражнения, лечение положением.

На ранних этапах лечения при переломах, вывихах, повреждениях мягких тканей место повреждения не массируют, так как это может усилить имеющиеся реактивные явления и привести к дополнительной травматизации тканей. В первую очередь это относится к внутрисуставным переломам: механическое воздействие массажными приемами на сустав в процессе консолидации отломков может вызвать усиление мозолеобразования с гиперпродукцией костной ткани и усиление перипаткулярной осификации мягких тканей, что затруднит восстановление движений.

Весьма желательно проведение массажа сустава после длительной иммобилизации по поводу диафизарных переломов костей конечностей.

При лечении переломов скелетным вытяжением интенсивный массаж, повышающий тонус мышц конечности, целесообразен, показано лишь применение приемов, улучшающих кровообращение (поглаживание, легкое разминание).

Интенсивность массажа должна быть адекватна состоянию мягких тканей, мышц, кровеносных сосудов, кожных покровов, которые легко ранимы в ранние сроки после повреждения.

Показания к массажу особенно широки при развитии рубцово-спаечного процесса после открытых повреждений мягких тканей, ожогов, а также после повреждений периферических нервов. При травматических поражениях массаж должен применяться в более поздние сроки, чем лечение физическими упражнениями, — после заживления раны

мягких тканей и при наличии признаков консолидации отломков.

Имеются определенные особенности в проведении массажа при различных по характеру и локализации поврежденных опорно-двигательного аппарата.

**Повреждения костей плечевого пояса и верхних конечностей.** Массаж особенно показан после вправления вывиха в плечевом суставе в связи с выраженным, длительно сохраняющимся отеком, наличием кровоизлияния и резким снижением функции мышц и связочного аппарата. По окончании периода иммобилизации конечности (длящегося обычно до 1 месяца) вначале производят массаж области надплечья (поглаживание, легкое разминание). По мере восстановления функции верхней конечности приступают к массажу других ее отделов — производят постепенно возрастающей интенсивности растирание, разминание и поколачивание дельтовидной, двуглавой и трехглавой мышц (с учетом их двухсуставного характера) и массаж дистального отдела руки. Применение массажа, способствующего укреплению связочного аппарата и повышению тонуса мышц верхнего отдела руки, уменьшает опасность возникновения привычного вывиха плеча.

После перелома диафиза плечевой кости в стадии консолидации отломков (через 2—2½ месяца после травмы) производится массаж надплечья, легкий массаж, укрепляющий мышцы плеча (поглаживание, разминание), а при замедленном образовании костной мозоли — поколачивание в области перелома.

Особенно показан массаж при сопутствующей перелому плеча травме лучевого нерва — применяется прием вибрации руками и с помощью аппарата в области задней поверхности плеча, в области головки лучевой кости, по ходу лучевого нерва, а также массаж тыльной поверхности предплечья—поглаживание, растирание, вибрация, легкое разминание ослабленных мышц.

При внутрисуставных переломах костей, образующих локтевой сустав, массаж в ранние сроки после травмы противопоказан в связи с частым развитием периартикулярной оссификации мягких тканей и с крайней осторожностью применяется (вне сустава) в более поздние сроки.

При резко выраженном отеке мягких тканей после вывиха в локтевом суставе допустим легкий «отсасывающий» массаж надплечья в верхней трети плеча.

При переломе лучевой кости в типичном месте массаж показан по окончании периода иммобилизации руки (через

6—8 недель после перелома) — первое время небольшой интенсивности, сначала проксимальнее места повреждения и затем в районе повреждения. Используются приемы поглаживания, растирания, легкого разминания мышц предплечья. Особенно важно применение массажа при развитии после перелома лучевой кости в нижней трети трофо-невротического синдрома (стойкий отек, остеопороз, болевые ощущения, ограничение движений в суставах пальцев и др.). В подобных случаях массаж должен производиться осторожно, без большого давления на ткани, вначале только проксимальнее пораженного отдела конечности (преимущественно поглаживание, поверхностное растирание), а затем в области плеча, предплечья и кисти, в сочетании с теплой водной ванной и физическими упражнениями.

После переломов пястных костей, фаланг пальцев, повреждения сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев делают массаж мышц предплечья, а при наличии рубцово-спаечных изменений — кисти и пальцев.

**Компрессионные переломы позвоночника.** Производится массаж мышц спины (разгибателя туловища, трапециевидных и широчайших), а у лиц пожилого возраста — и мышц нижних конечностей. При наличии неврологической симптоматики характер массажа определяется глубиной и локализацией поражения мышц. При последствиях компрессионного перелома к массажу приступают после исчезновения реактивных явлений, с началом консолидации (конец 1-го — начало 2-го месяца после травмы).

Ладонной и тыльной поверхностью кистей левой и правой рук поглаживают мышцы, расположенные вдоль позвоночника, производят их растирание приемом «пиления» и поперечное разминание. При массаже трапециевидных и широчайших мышц используют все массажные приемы. Интенсивность воздействия вначале небольшая, прием поколачивания применяется лишь в поздние сроки после перелома (при этом не затрагивается позвоночник).

Массаж сочетают с лечебной гимнастикой.

**Повреждения нижних конечностей.** Наибольшие показания к применению массажа имеются при переломах бедренной кости (шейки и диафиза).

При переломах шейки бедра в процессе консервативного лечения на этапе иммобилизации конечности (шина Белера, вытяжение) или после оперативного вмешательства (эндопротезирование головки бедра, металлостеосинтез) показан массаж мышц бедра (особенно средней поверхности), области коленного сустава, мышц голени и с целью подготов-

ки к нагрузке — мышц неповрежденной ноги (четырехглавой, икроножной).

При переломах диафиза бедренной кости массаж может быть начат через 3—4 недели после травмы, в период образования спайки между отломками, и проводится в процессе скелетного вытяжения. Целью его является улучшение условий кровообращения и функционального состояния мышц, стимуляция репаративно-регенеративного процесса. Применять массаж, приводящий к повышению тонуса мышц, на более раннем этапе лечения больных с переломами диафиза бедра (при наличии выраженных реактивных явлений, в период репозиции отломков путем вытяжения) нецелесообразно.

При замедленной консолидации перелома бедра показано поколачивание в области перелома концами разведенных пальцев или с помощью специальных молоточков.

После прекращения иммобилизации в случае выраженного отека тканей производят массаж, улучшающий отток венозной крови и лимфоотток, — поглаживание в области проксимального отдела бедра, массаж области тазового пояса (ягодичные мышцы).

На этапе восстановления движений в коленном суставе производят массаж этого сустава (растирание, поглаживание), массаж, укрепляющий ослабленные мышцы бедра и улучшающий их трофику (поглаживание и глубокое растирание, продольное и поперечное разминание, поколачивание).

При повреждениях коленного сустава (внутрисуставные переломы, травмы связочного аппарата) область его в ближайшие сроки после повреждения не массируют. В отдаленные сроки (после завершения консолидации, в фазе анатомической и функциональной перестройки — через 3—4 месяца после травмы или оперативного вмешательства) с целью укрепления сустава может быть применен массаж области надколенника, боковых поверхностей сустава, а также массаж вдоль суставной щели с использованием приемов поглаживания, растирания.

Переломы костей голени (диафиза берцовых костей, заднего края большеберцовой кости, лодыжек) обычно сопровождаются длительно сохраняющимся отеком тканей. При повреждениях данной локализации применяется «отсасывающий» массаж бедра и длительно проводится массаж голени — поглаживание (особенно внутренне-задней поверхности голени) и легкое разминание мышц.

## ОСОБЕННОСТИ МАССАЖА ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ДЕФОРМАЦИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Методика массажа при деформациях опорно-двигательного аппарата врожденной, паралитической и статической этиологии, деформациях, развивающихся на основе дегенеративного процесса в суставах, а также системного характера имеет определенные особенности.

У больных с **врожденными деформациями** массаж применяется как в процессе консервативной терапии, так и при хирургическом лечении.

При консервативном функциональном лечении врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста (с помощью шины ЦИТО, гипсовой повязки-кроватьки) показан по окончании применения шины курс массажа ягодичных мышц и мышц бедра с целью поддержания мышечного равновесия и лучшей стабилизации тазо-бедренного сустава.

При хирургическом лечении детей с врожденным вывихом бедра (радикальное оперативное вправление головки бедра, вправление головки в сочетании с резекцией бедренной кости, остеотомия таза) массаж показан после прекращения иммобилизации оперированной конечности, начиная со 2-го месяца после операции, на протяжении года. С целью укрепления мышц, участвующих в поддержании общего баланса тела, и подготовки нижних конечностей к выполнению опорной функции производят массаж мышц тазового пояса, бедра и мышц живота, используя главным образом приемы поглаживания, разминания, различные способы поколачивания.

При врожденной мышечной кривошее в процессе консервативного лечения детей грудного возраста (1—2 месяца) показан массаж шеи на стороне поражения с помощью приемов поглаживания и растирания, способствующих рассасыванию образовавшейся ретростеральной гематомы. В более поздние сроки производят массаж грудино-ключично-сосковой и **верхней порции** трапециевидной мышцы на **пораженной стороне** (поглаживание, осторожное растирание и разминание концами двух и трех пальцев) и массаж мышц лица на стороне поражения для улучшения питания костей лицевой части черепа и более симметричного их роста.

В случае хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи через 1½—2 месяца после операции пересечения ножек грудино-ключично-сосковой мышцы приступают к массажу мышц шеи: производят легкое поглаживание и вибрацию на стороне поражения с целью расслабления мышц шеи, массаж грудино-ключично-сосковой и верхней части трапе-

щевидной мышцы на противоположной стороне с целью их укрепления (поглаживание, растирание, разминание), массаж лица на стороне поражения и массаж мышц шеи при наличии компенсаторного сколиоза.

При врожденном сколиозе в системе комплексного лечения периодически — 2—3 раза в году курсами по 1½—2 месяца проводят массаж преимущественно разгибателя туловища (мышц, расположенных наverteбрально, симметрично справа и слева от позвоночника), а также других мышц шеи с использованием всех массажных приемов для поддержания создавшейся компенсации. Больным с наиболее часто встречающейся формой сколиоза — диспластической — показан массаж разгибателя туловища, трапецевидных, широчайших мышц шеи и мышц живота с более интенсивным воздействием на выпуклой стороне искривления.

Больным сколиозом паралитической этиологии (возникновение которого чаще связано с поражением мышц живота) назначают строго избирательный массаж пораженных мышц шеи и живота, более интенсивный на выпуклой стороне искривления.

**При паралитических деформациях конечностей** на почве перенесенного полиомиелита (в восстановительном и резидуальном периодах) показан строго дифференцированный массаж парализованных мышц — поглаживание, глубокое растирание, разминание, легкое поколачивание (концами разведенных полусогнутых пальцев); интенсивность воздействия должна регулироваться в соответствии с глубиной поражения мышц. При наличии контрактур и деформаций суставов производят массаж, способствующий расслаблению укороченных мышц (легкое поглаживание, вибрация, растирание), укреплению растянутых мышц (разминание и глубокое растирание, легкое поколачивание разведенными пальцами), а также массаж сустава — связочного аппарата, суставной сумки (поглаживание и растирание).

При послеродовых («акушерских») парезах, возникающих в результате травматизации плечевого сплетения, производится массаж пораженных мышц, а именно: обычно ослабленных мышц, расположенных на задней поверхности лопатки (подостной, малой круглой), дельтовидной мышцы, трехглавой плеча, супинаторов предплечья, разгибателей кисти и мелких мышц кисти. Область воздействия массажными приемами зависит от того, какой отдел оказывается преимущественно пораженным — проксимальная часть верхней конечности и плечевой пояс (тип поражения Эрб — Дюше-

на) или предплечье и кисть (тип поражения Кломпке — Дежерина). Помимо приемов поглаживания, глубокого растирания, разминания и поколачивания концами пальцев, применяется вибрация — ручная и с помощью вибрационного аппарата — по ходу нервных стволов и в точках их наиболее поверхностного расположения (задняя поверхность плеча, область головки лучевой кости, тыльная поверхность предплечья).

При детских церебральных парезах (спастической форме) массаж также должен носить дифференцированный (избирательный) характер и проводиться в соответствии с клинической картиной заболевания и локализацией параличей. Применяется легкое поверхностное поглаживание спастически напряженных мышц и более интенсивный массаж (поглаживание, разминание) мышц с пониженным тонусом. Больным с церебральными парезами массаж производят осторожно, теплыми руками, медленно, строго соблюдая общие методические требования (правильное положение туловища и конечностей больного). Массаж, направленный на расслабление мышц, должен тесно сочетаться с лечебной гимнастикой, предшествовать выполнению физических упражнений.

У больных с функциональной недостаточностью и деформациями стоп статического характера — продольным и поперечным плоскостопием — массаж способствует снижению болевых ощущений, улучшению кровообращения, трофики тканей и укреплению мышц, участвующих в поддержании нормальной глубины сводов. Производится массаж и самомассаж голени и стопы с преимущественным воздействием на передне-внутреннюю поверхность голени и подошвенную поверхность стопы (с учетом расположения передней и задней большеберцовых мышц, длинного и короткого сгибателя пальцев). При резко выраженных болевых ощущениях и рефлекторном болевом напряжении мышц массаж должен носить **падающий** характер и проводиться с использованием приемов **поверхностного** «обхватывающего» и «плоскостного» поглаживания и растирания, легкого продольного разминания **мышц** голени.

**При деформациях вследствие хронического дегенеративного процесса в суставах и позвоночнике** показаны к массажу особенно широки.

В разные фазы развития коксартроза целью массажа является улучшение кровообращения и питания тканей в области тазобедренного сустава, улучшение функционального состояния мышц, окружающих сустав. При болезненном на-

пряжении мышц бедра применяются приемы, способствующие расслаблению приводящих мышц бедра, сгибателей и разгибателей коленного сустава (поглаживание, поглаживание в сочетании с вибрацией, поверхностное растирание). Для улучшения устойчивости в тазо-бедренном суставе, укрепления мышц после снижения болезненности в суставе производится массаж ягодичных мышц и мышц бедра с широким использованием приема разминания (лучше отягощенной рукой).

При дискогенном болевом синдроме на почве межпозвоночного остеохондроза массаж должен проводиться в два этапа. При выраженных болях и напряжении мышц спины целью его является расслабление мышц (производится поглаживание разгибателя туловища, трапециевидных, широчайших мышц спины ладонной и тыльной поверхностью кисти, вибрация). После снижения болевых ощущений с целью повышения стабильности позвоночника применяется массаж, укрепляющий мышцы спины (глубокое растирание и разминание в сочетании с поглаживанием).

## СОДЕРЖАНИЕ

Общая методика проведения массажа . . . . .	5
Приемы массажа и техника их выполнения . . . . .	6
Массаж различных частей тела . . . . .	15
Особенности массажа при последствиях повреждений опорно-двигательного аппарата . . . . .	18
Особенности массажа при некоторых заболеваниях и деформациях опорно-двигательного аппарата . . . . .	23

Методические рекомендации составлены сотрудниками  
Центрального института травматологии и ортопедии  
им. Н. Н. Приорова (дир. — акад. АМН СССР М. В. Вол-  
ков) профессором **А. Ф. Каптелиным** и массажистом  
**А. И. Чукалиной**.

Редактор *Л. А. Тихомирова*

Л 43129 от 19/V-75 г.

Зак. 656

Тир. 1000

Типография Министерства здравоохранения СССР