

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР  
ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ**

**МАССАЖ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ  
ОСТЕОАРТРОЗЕ И  
ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОМ ПЕРИАРТРОЗЕ**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**Москва — 1985**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР  
ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ

УТВЕРЖДАЮ  
Зам. Начальника Главного  
управления лечебно-профилакти-  
ческой помощи Минздрава СССР  
В. А. КОШЕЧКИН  
4 марта 1985 г.  
№ 10/11—24

МАССАЖ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ  
ОСТЕОАРТРОЗЕ И  
ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОМ ПЕРИАРТРОЗЕ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

О П Е Ч А Т К И

Напечатано	Следует читать
стр. 13 строка 23 сверху «гипертоников»	«гиперстенников»
стр. 22 строка 21 снизу ... движений при III степени ...	... движений, однако, объем их полный, при II ст.—ограничение ак- тивных движений, при III сте- пени ...
стр. 22 строка 8 сверху «симпатология»,	«симпаталгия»,
стр. 24 строка 2 снизу ... синусовидно-модулирован- ные ...	«... синусоидальные модулирован- ные ...»

Методические рекомендации разрешается размножить в необходимом количестве

Массаж является одним из эффективных методов лечения больных с заболеваниями суставов обменно-дистрофического характера.

Это обусловлено благоприятным влиянием массажа на нервно-мышечный аппарат, активизацией при этом периферического кровообращения, улучшением трофики тканей больного сустава и конечности.

Несмотря на широкое и успешное использование массажа, применение его в комплексном лечении данной категории больных основано на эмпирических представлениях и до настоящего времени отсутствуют научно обоснованные методики.

В связи с этим возникла настоятельная необходимость в разработке дифференцированных методик массажа для больных с обменно-дистрофическими заболеваниями суставов, в которых бы, с одной стороны, учитывались стадии, особенности клинической формы и течения заболевания, с другой — принимались во внимание характер влияния вида массажа и отдельных его приемов, в частности, при преимущественном использовании его основных приемов (разминания, растирания) и выбора оптимальных областей массажа, а также показаний и противопоказаний к его назначению.

### **КЛАССИЧЕСКИЙ И СЕГМЕНТАРНЫЙ МАССАЖ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ**

**(коленных и тазобедренных суставов)**

Деформирующий остеоартроз является распространенным заболеванием опорно-двигательного аппарата дистрофического характера, при котором чаще всего поражаются тазобедренные и коленные суставы.

В клинической картине выражена боль в пораженных суставах при движениях и даже в покое; болевой синдром приводит к ограничению движений, тугоподвижности, развитию контрактур, укорочению конечности. В начальных стадиях

заболевания напряжены четырехглавая мышца бедра, икроножная, напрягающая широкую фасцию бедра, приводящая группа мышц (большая, длинная и короткая приводящие мышцы бедра), ягодичные и др., что сочетается с гипотрофией мышц (бедра, голени, ягодиц), увеличивающейся по мере развития патологического процесса. При пальпации определяют рефлекторные изменения в периартикулярных тканях и в участках, отдаленных от пораженного сустава. Указанные изменения выражены в форме уплотнений в коже и подлежащих тканях различной величины — от пшеничного зерна до горошины. В области колчика эти уплотнения могут иметь конфигурацию «лепешек», возвышающихся над уровнем кожи, безболезненные при мягкой пальпации и чувствительные при глубокой пальпации. Иногда наблюдаются уплотнения в мышцах величиной с каштан, болезненные при глубокой пальпации передней поверхности бедра. Кожная температура пораженных конечностей снижена: конечности холодны на ощупь.

Нередко развивается вторичный синовит, как проявление реактивного воспаления синовиальной оболочки пораженного сустава. Проявляется синовит отечностью, отсутствием кожного рисунка над суставом, напряжением мягких тканей, иногда гиперемией, повышением местной температуры над суставом и в периартикулярных тканях.

Различают три стадии заболевания: ранняя, зрелая и застарелая<sup>\*)</sup>. По клиническим и рентгенологическим данным они характеризуются следующими признаками.

Для первой или ранней стадии характерны быстрая утомляемость в конечностях, небольшое снижение опорной функции, незначительное ограничение движений и легкая гипотрофия мышц. Рентгенологически определяются незначительно выраженный субхондральный склероз и сужение суставной щели.

Во второй или зрелой стадии усиливается болевой синдром, особенно при движениях и перемене погоды. Нарушается функция движения, появляется хруст в суставах, уплотняется суставная капсула, более выражена гипотрофия мышц. На рентгенограммах — признаки подхрящевой склероза, заострение межмышечковых бугорков, отчетливое сужение суставной щели, остеофитоз, уплотнение мягких тканей и собственной связки надколенника.

Для третьей или застарелой стадии характерны значительные боли не только при движении, но и в покое, особен-

но ночью, при ходьбе по лестнице, хруст при движениях. Суставы деформируются, опорно-двигательная функция снижена. Присоединяются дистрофические изменения в позвонках и межпозвоночных дисках и сочленений, связочном и мышечном аппаратах. Развивается нестабильность суставов. Рентгенологически наиболее выражены типичные признаки субхондрального склероза, обширный остеофитоз, деформация сустава, резкое сужение суставной щели, уплотнение мягких тканей, обызвествленные участки и кистовидные образования в метаэпифизах.

Задачи массажа:

— улучшить крово-лимфообращение в пораженных конечностях;

— способствовать уменьшению болевого синдрома и скованности;

— противодействовать тугоподвижности, ограничению движений в суставах и развитию контрактур;

— улучшить трофические процессы в тканях конечностей и предотвратить проявления гипотрофии мышц;

— способствовать улучшению функции отведения бедра, ротации внутрь и наружу (в ранней и зрелой стадиях процесса); а также функции сгибания (в зрелой и застарелой стадиях);

— улучшить общее состояние и уменьшить невротические проявления у больных застарелой стадией.

При назначении массажа и выборе вида его следует учитывать стадию заболевания, выраженность болевого синдрома, наличие вторичного синовита, рефлекторные изменения и болезненность в тканях пораженных областей и функционально связанных с ними массируемых зонах, состояние трофики и тонуса мышц, проявление сосудистых нарушений, возраст, общее состояние больного, сопутствующие заболевания.

В методике массажа применяют все приемы классического массажа.

### МЕТОДИКА КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Область массажа: верхняя треть голени, коленный сустав, бедро, ягодичная и пояснично-крестцовая области.

Положение больного: при массаже передней и боковых поверхностей нижних конечностей — лежа на спине с подушкой под головой, под колени подкладывают валик;

<sup>\*)</sup> Классификация П. Г. Царфиса (1980)

при массаже задней поверхности — лежа на животе, под голень подкладывают валик.

Последовательность проведения процедуры: массируют сначала переднюю, боковые поверхности ноги, начиная с верхней трети голени, захватывая коленный сустав, бедро, ягодичные мышцы, заканчивая на пояснично-крестцовой области;

массаж начинают на ноге с менее выраженным боловым синдромом.

### Техника массажа

Массаж начинают с плоскостного (большими пальцами), а также обхватывающего непрерывистого поглаживания одной или двумя руками на передней и боковых поверхностях сустава. Массируют верхнюю треть голени и доходят до середины бедра. Направление массажных движений при плоскостном поглаживании продольное, для осуществления приема большие пальцы обеих рук располагают ниже коленной чашки на 2 см, обходя ее, продвигают их вдоль обоих краев сухожилия четырехглавой мышцы до средней трети бедра. Направление массажных движений при обхватывающем непрерывистом поглаживании продольное и поперечное. Сначала прием осуществляется ладонной поверхностью одной руки продольно снизу вверх, так же как и при плоскостном поглаживании, в направлении к паховым лимфатическим узлам, а затем поперечно двумя руками от надколенника по боковым поверхностям сустава в направлении к подколенным лимфатическим узлам. Повторяя каждый прием 4—5 раз, захватывают зону ниже и выше надколенника на 2—5 см. Затем проводят растирание вокруг надколенника; для осуществления приема большие и указательные пальцы обеих рук располагают вокруг надколенника при полусогнутой ноге (под углом 60°) таким образом, чтобы образовавшийся из пальцев круг охватил не только надколенник, но и мягкие ткани на расстоянии 2—3 см от краев его. Движениями рук в направлении по часовой стрелке и обратно проводят сначала поверхностное, а затем глубокое прерывистое растирание, повторяя прием 4—5 раз, до появления гиперемизированной каймы вокруг надколенника. Далее проводят ладонной поверхностью одной руки круговое растирание надколенника и передней поверхности сустава. Затем переходят к растиранию боковых поверхностей сустава опорной частью кистей обеих рук в круговых направлениях, повторяя прием 5—6 раз. Затем проводят растирание в различ-

ных направлениях (циркулярное, продольное, поперечное) сухожилия четырехглавой мышцы бедра, собственной связки надколенной чашки и боковых связок (большеберцовой и малоберцовой мышц) с помощью подушечек больших, указательных и средних пальцев. Далее проводят растяжение сухожилия четырехглавой мышцы. Для осуществления приема большие и указательные пальцы обеих рук устанавливают под наружным и внутренним мыщелком бедренной кости, обхватывая мягкие ткани, потягивают медленно в противоположные стороны, рисуя при этом как бы ромбики, растяжение проводят также опорной частью кистей рук, поставленных на надколенник в противоположном направлении, локтевыми или лучевыми краями кистей рук, поставленных рядом. Повторяют каждый прием 3—4 раза с последующим поглаживанием. Затем проводят растирание слизистых сумок с передней поверхности сустава между сухожилием четырехглавой мышцы и наружной боковой связкой и между сухожилием и внутренней боковой связкой, подушечками больших или указательных пальцев. Далее проникают в суставную щель большим пальцем с внутренней стороны сустава при согнутой ноге.

После растирания суставной щели с внутренней стороны и слизистых сумок с передней поверхности сустава переходят к прерывистой вибрации сухожилия четырехглавой мышцы рублением в поперечном направлении локтевыми краями кистей обеих рук на уровне ближе к верхнему краю надколенника, подвергая воздействию сухожилия. Продолжительность воздействия 15—20 сек в быстром темпе.

После каждого приема с последующим поглаживанием проводят пассивные движения в коленном суставе (разгибание, сгибание, повороты голени внутрь и наружу, при этом нога согнута в колене).

Массаж передней и боковых поверхностей сустава завершают сдвиганием коленной чашечки в разные стороны, повторяя прием 2—3 раза. После этого переходят к массажу бедра, начиная с общего воздействия с помощью приемов поглаживания, растирания, поперечного разминания и вибрации, чередуя каждый прием поглаживанием; сначала проводят плоскостное и обхватывающее поглаживание обеими руками (ладонной поверхностью кистей) передней и боковых поверхностей бедра, от коленного сустава в направлении к паховым лимфатическим узлам. Также применяют граблеобразное и гребнеобразное поглаживание. Потом проводят глубокое поглаживание или растирание опорной частью кисти и отягощенной кистью. Затем проводят разминание валинием и легкую

вибрацию рублением. Далее проводят вибрацию потряхиванием нижней конечности. Для осуществления данного приема выпрямленная нижняя конечность ахилловым сухожилием опирается на II и III пальцы левой руки массажиста. Большой палец с одной стороны, а остальные пальцы с другой, правой рукой охватывают стопу на уровне плюсны. Быстрыми ритмичными колебательными движениями правой руки проводят сотрясение нижней конечности в горизонтальном направлении. Мягкие ткани бедра смещаются при этом влево и вправо. Продолжительность приема 10 сек, пауза 2 сек, прием повторяют 2—3 раза.

После этого переходят к избирательному массажу передней группы мышц, уделяя особое внимание прямой, боковой широкой и медиальной широкой мышцам бедра, входящим в состав четырехглавой мышцы бедра и портняжной мышце, которая при сокращении сгибает коленный сустав, а при согнутом коленном суставе поворачивает голень кнутри.

Избирательный массаж начинается с щипцеобразного поглаживания в разных направлениях большим и остальными пальцами сухожилия четырехглавой мышцы бедра с последующим растиранием концами пальцев мест ее прикрепления. Потом проводят растирание четырехглавой мышцы. Для осуществления приема при массаже правой стороны правую руку располагают на голени непосредственно под коленным суставом. Большой палец движется от наружного края надколенника к верхушке большого вертела, а остальные — от внутреннего края надколенника по ходу портняжной мышцы до передней-верхней ости подвздошной кости, где все пальцы сходятся. После этого проводят спиралевидное и зигзагообразное растирание на прямой мышце, растирание «отягощенной кистью» латеральной и медиальной широких мышц бедра. На трех последних мышцах при возможности также применяют строгание (растирание с давлением).

Затем проводят сначала непрерывистое продольное разминание медиальной и латеральной широкой мышц, а потом непрерывистое поперечное разминание прямой, латеральной широкой и медиальной широкой мышц бедра. После этого осуществляют щипцеобразное разминание каждой отдельной мышцы, затем каждую из них отдельно локтевыми краями кистей рук при слегка разведенных пальцах подвергают легкой вибрации рублением в продольном направлении, а также сотрясением с помощью большого и указательного пальцев в горизонтальном направлении. Также изолированно массируют портняжную мышцу, начиная с щипцеобразного поглаживания с последующим растиранием в направлении от бугристости

большеберцовой кости к передневерхней ости подвздошной кости, проводят непрерывистое продольное разминание этой мышцы большим и указательным пальцами. После этого этими же пальцами проводят вибрацию сотрясением. Далее переходят к избирательному массажу мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра. При массаже этой мышцы применяют поглаживание ладонной поверхностью большого пальца или всей ладонью при отведенном большом пальце, растирание опорной частью кисти, «отягощенной кистью», гребнеобразное растирание, щипцеобразное разминание большим и остальными пальцами, а также вибрацию рублением. Направление массажных движений — от латерального мыщелка большеберцовой кости по наружному краю надколенника, далее по боковой поверхности бедра, к большому вертелу и к паховым лимфатическим узлам. При щипцеобразном разминании большой палец движется по линии от заднего края головки малоберцовой кости к заднему краю большого вертела. Остальные пальцы по линии от переднего края головки малоберцовой кости по наружному краю надколенника к переднему краю большого вертела. Пальцы сходятся у передневерхней ости подвздошной кости.

Массаж мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра, проводят в положении больного лежа на боку, противоположном к массируемой стороне.

Из медиальной группы мышц бедра избирательно массируют стройную мышцу, которая, в отличие от других приводящих мышц бедра, имеет свое прикрепление на голени, и благодаря этому, кроме приведения бедра, осуществляет сгибание голени в коленном суставе и поворачивает ее кнутри. Применяют непрерывистое продольное разминание, щипцеобразное разминание подергиванием и вибрацию потряхиванием (сотрясением).

Левую ногу массирует левая рука.

После этого больного просят повернуться на живот и в этом положении массируют заднюю поверхность ноги. Начинают с общего воздействия, охватывая верхнюю треть голени, заднюю поверхность коленного сустава и бедра, также ягодичные мышцы. Массаж задней поверхности ноги заканчивают общим воздействием на пояснично-крестцовую область приемами поглаживания и растирания с обязательным охватом гребней подвздошных костей. На задней поверхности верхней трети голени после недифференцированного массажа приемами поглаживания, растирания, а также вибрации легким рублением и поперечным поколачиванием проводят избирательный массаж икроножной мышцы, отдельно массируя ее на-

ружную и внутреннюю головки. При массаже наружной головки большой палец идет от нижней границы в верхней трети голени по линии между малоберцовыми и икроножными мышцами, а остальные пальцы по средней линии между малоберцовыми и икроножными мышцами, а остальные пальцы по средней линии икроножной мышцы. Направление массажных движений — снизу вверх, пальцы встречаются в подколенной ямке. Применяют щипцеобразное поглаживание, разминание. При массировании внутренней головки большой палец движется вдоль внутренней стороны большеберцовой кости, а остальные пальцы по линии между наружной и внутренней головки икроножной мышцы. Массируют правой рукой, с помощью левой руки фиксируя стопу. Наряду с основными приемами здесь применяют захваты мышц с оттягиванием, валиние выжимание. Затем переходят к массажу области подколенной ямки, применяя поглаживание, растирание, легкое надавливание тыльной поверхностью II—V пальцев или локтевым краем кисти с целью воздействия на подколенную мышцу, которая начинается от наружного мыщелка бедра и от сумки коленного сустава и находится в подколенной ямке в виде треугольника. Массажные движения здесь не должны быть энергичными.

Далее переходят к массажу задней поверхности бедра. После подготовительного массажа приемами поглаживания (плоскостное, обхватывающее), растирания, разминания (продольное, поперечное), вибрации (легкое рубление, поколачивание) проводят избирательный массаж задней группы мышц, а именно двуглавой мышцы (с наружной стороны), полусухожильной и полуперепончатой мышцы (с внутренней стороны).

Сначала проводят массаж двуглавой мышцы. Для осуществления приема большой палец правой руки движется посередине подколенной ямки по средней линии бедра к седалищному бугру и паховому сгибу, а остальные пальцы идут от головки малоберцовой кости к заднему краю большого вертела. Пальцы соединяются у ягодичной складки. Затем проводят массаж полусухожильной и полуперепончатой мышц. Для осуществления приемов массажа большой палец идет по средней линии бедра, от внутреннего мыщелка к ягодичной складке и седалищному бугру, а II—V пальцы — от бугристости большеберцовой кости по линии между внутренним мыщелком большеберцовой кости и седалищным бугром, по задней границе приводящих мышц. Пальцы соединяются, пройдя ягодичную складку. Применяют различные виды поглаживания и, в том числе, щипцеобразное,

растирания: гребнеобразное, поперечное, продольное; щипцеобразное разминание; вибрацию: непрерывистую — потряхиванием и прерывистую — поколачиванием.

Далее проводят массаж большой и средней ягодичных мышц. Применяют все основные и вспомогательные приемы: гребнеобразное поглаживание, растирание, разминание; вибрация кулаком; шпение, поперечное разминание, потряхивание, сотрясение, валиние, надавливание и т. д. Процедуру завершают поверхностным, плоскостным прерывистым поглаживанием пояснично-крестцовой области и конечности. При этом особое внимание уделяют гребням подвздошных костей.

При ранней стадии заболевания в щель сустава можно проникать, начиная со второй процедуры, и включать вышеописанный избирательный массаж. При зрелой стадии избирательный массаж включают, начиная с третьей—пятой процедуры, с применением растирания суставной щели и интенсивного воздействия на сумочно-связочный аппарат. При застарелой стадии к избирательному массажу переходят только после пятой—шестой процедуры, увеличивая интенсивность воздействия и длительность процедуры постепенно.

Воздействие на сустав (растирание суставной щели) осуществляют в последних 2—3 процедурах, после предварительного систематического воздействия на сухожилия мышц, места их прикрепления, на связки сустава и мышцы.

У больных с вторичным синовитом при преимущественном поражении коленных суставов классический массаж этого сустава можно проводить только после стихания острых проявлений вторичного воспаления. В таких случаях назначают 4—5 процедур сегментарного массажа в сочетании с ДМВ-терапией, а затем переходят к классическому массажу даже при незначительном болевом синдроме, вначале по щадящей методике.

#### **МЕТОДИКА КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ**

Область массажа: бедро, тазобедренный сустав, ягодичная и пояснично-крестцовая области.

Положение больного такое же, как и при артрозе коленных суставов.

Последовательность проведения процедуры: массируют переднюю, а затем заднюю поверхность бедра, ягодичные мышцы, захватывая пояснично-крестцовую область.



## Техника массажа

Отличие массажа при коксартрозе от массажа при артрозе коленного сустава заключается в избирательном воздействии не только на стройную мышцу из медиальной группы мышц бедра, а на все мышцы этой группы, а также на мышцы, большую, среднюю и малую ягодичные, квадратную, грушевидную, наружную запирательную, которые, в основном, покрывают тазобедренный сустав с задней поверхности.

После массажа бедра по вышеописанной (в предыдущем разделе) методике с включением избирательного массажа медиальной группы (приводящих) мышц бедра, переходят к массажу области таза: ягодичных мышц и пояснично-крестцовой области. Для этого сначала ладонь одной руки располагают на верхненаружной трети бедра, большой палец движется до ягодичной складки и далее к копчику и крестцу, а остальные пальцы — по линии, соединяющей большой вертел с задней верхней остью подвздошной кости. После этого ладонь располагают ниже большого вертела, большой палец движется как и при предыдущем приеме, а остальные пальцы — к передней верхней ости подвздошной кости. Применяют все приемы с гребнеобразным поглаживанием, растиранием, поперечным разминанием, надавливанием, вибрацией рублением.

Массажные движения идут в направлении мышечных волокон от вертела бедренной кости к гребню подвздошной кости и от вертела к крестцу, а также в противоположном направлении. Сначала проводят поглаживание от крестца, копчика и гребня подвздошной кости в направлении к паховым лимфатическим узлам с помощью вспомогательных приемов — глубокого плоскостного и обхватывающего поглаживания, поглаживания опорной частью кисти и отягощенной кистью. Затем проводят растирание в области крестца, копчика и гребня подвздошной кости локтевым краем кисти, опорной частью кисти, а также тыльной поверхностью согнутых II—V пальцев в виде кругового, гребнеобразного растирания, штрихования, пиления; в области ягодичных мышц — в виде строгания, пересекания, пиления, также граблеобразного и гребнеобразного растирания. Далее переходят к разминанию ягодичных мышц: сначала проводят продольное разминание больших ягодичных мышц в направлении от крестца к гребню подвздошной кости и большого вертела. При массаже средней ягодичной мышцы применяют растирание пилением и гребнеобразное растирание, поперечное разминание, сжатие, надавливание, прерывистую вибра-

цию поколачиванием кулаком, рублением локтевыми краями кистей.

Для воздействия на малую ягодичную мышцу применяют глубокое растирание штрихованием, гребнеобразное растирание, надавливание кулаком, также вибрацию рублением. Для воздействия на грушевидную мышцу проводят глубокое растирание в виде пиления двумя руками, следующих одна за другой (локтевыми краями кистей) в направлении от большого вертела по задней поверхности к большому седалищному отверстию, повторяя каждый прием 5—6 раз, а также разминание надавливанием кулаком на заднюю поверхность тазобедренного сустава. Для осуществления приема одна рука, сжатая в кулак, располагается в области между большим вертелом и седалищным бугром и ритмичными, плавными движениями с отягощением свободной рукой проводят надавливание, 5—6 раз.

Для воздействия на квадратную мышцу применяют гребнеобразное глубокое растирание и надавливание в направлении от седалищного бугра к междубугровой линии бедренной кости. Массаж заканчивают поглаживанием и растиранием пояснично-крестцовой области.

В ранней и зрелой стадиях заболевания более энергичный массаж допускается со второй, третьей процедуры. У гипертоников, у тучных людей и у больных в возрасте до 50 лет массаж осуществляют более интенсивно, допуская болевые ощущения. При застарелой стадии массаж должен быть щадящим. Более интенсивное воздействие массажными движениями допускается у последних только после пятой, шестой процедуры.

У больных с неврологическими проявлениями межпозвоночного остеохондроза приемы разминания должны быть нежными. В частности, при сопутствующем вторичном корешковом синдроме интенсивное поперечное разминание большой ягодичной мышцы может вызывать резкую боль в местах выхода седалищного нерва и этого допускать не следует.

Первую процедуру массажа проводят продолжительностью 8—10 мин., со второй процедуры продолжительность увеличивают на 2 минуты, доводя к 6—7 процедуре до 18—20 мин.

На первых двух процедурах общее недифференцированное воздействие проводят, ограничиваясь поглаживанием, растиранием и нежной вибрацией, с 3 процедуры включают избирательный массаж мышц, специальное воздействие на сумочно-связочный аппарат и применяют среднюю интенсив-



ность воздействия до 7—8 процедуры, после чего интенсивность возрастает.

При нерезко выраженном болевом синдроме можно с первых процедур применять интенсивное воздействие на мышцы. При гипертонусе и болезненности мышц сначала необходимо их расслабить, используя поглаживание, легкое растирание, а затем подключить нежное разминание и воздействовать интенсивнее. При контрактурах и анкилозах для контрагированных мышц применяют поглаживание и растирание, а для антагонистов — более интенсивное воздействие с применением разминания.

При ранней стадии заболевания длительность процедуры массажа можно уменьшить до 10—15 мин. за счет увеличения интенсивности и силы массажных приемов. При зрелой стадии интенсивность воздействия должна быть средней и длительность массажа не менее 15 мин. В застарелой стадии длительность массажа не меньше 20 мин., интенсивность воздействия невысокая. Процедуры назначают ежедневно или через день, на курс 10—12—15 процедур.

При сочетании деформирующего остеоартроза с остеохондрозом поясничного, шейно-грудного отдела позвоночника дополнительно включают массаж соответствующих областей.

#### Показания к назначению классического массажа

Деформирующий остеоартроз с проявлениями гипотрофии мышц, значительной болезненностью четырехглавой и икроножной мышц, паравертебральных точек и остистых отростков пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Деформирующий остеоартроз (ранняя, зрелая и застарелая стадия заболевания) без вторичного синовита, после стихания острых проявлений вторичного синовита при преимущественном поражении коленных суставов.

Ранняя стадия вне зависимости от наличия вторичного синовита.

Ранняя и зрелая стадии коксартроза при отсутствии вторичного синовита.

#### Противопоказания

Вторичный синовит (острая фаза) в зрелой и застарелой стадиях гонартроза.

Варикозное расширение вен; облитерирующий эндартериит; склеротическая облитерация сосудов.

Дистрофический процесс с кистовидной перестройкой сочленяющихся костей (болезнь Кенига).

Общие противопоказания для назначения массажа.

Примечание: При наличии у больного вторичного синовита разрешается массаж других суставов, не пораженных синовитом.

### МЕТОДИКА СЕГМЕНТАРНОГО МАССАЖА ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Область массажа: пояснично-крестцовая, ягодичная область, голень, бедро.

Положение больного — лежа на животе, голова повернута в сторону противоположную массируемой, подголовник кушетки опущен, руки вдоль туловища, стопы свешиваются за край кушетки.

Последовательность проведения массажа: поясничная, крестцовая, ягодичная области, голень, бедро.

#### Техника массажа

Массаж начинают с поверхностного граблеобразного поглаживания нижнегрудного отдела позвоночника, охватывая зону от I—II крестцового до XI—XII грудных сегментов, двумя руками в направлении от позвоночника до боковой поверхности тела, затем тыльной поверхностью II—V пальцев обеих рук переходят к глубокому поглаживанию, повторяя каждый прием 3—4 раза в течение 1—1,5 мин. до появления легкой гиперемии.

Затем подушечки III—IV пальцев одной руки, поставленной под углом 30—45° в отношении к поверхности тела, унавливают на уровне верхнего края первого крестцового позвонка над длинной мышцей спины на менее пораженной стороне и с постепенно нарастающим давлением в виде сдвигания производят непрерывное растирание до уровня X—XI грудных позвонков. Свободная рука при этом накладывается на тыл массирующей. При осуществлении такого растирания перед пальцами должен образовываться валик. При наличии рефлекторных изменений в подкожной клетчатке образовавшийся валик может менять свою форму или вообще исчезнуть и сменяться участками, напоминающими «лимонные корочки», что требует уменьшить силу воздействия в данных участках во избежание перераздражения

кожи и появления болезненности. Повторяют прием 3—4 раза. По окончании его на коже должна оставаться яркая полоса гиперемии.

Затем большие пальцы и их основания устанавливают вдоль позвоночника так, чтобы они соприкасались, составляя прямую линию, остальными пальцами захватывают кожу с подкожной клетчаткой и плавно, без рывков, перекатывают образовавшийся валик из кожи и подкожной клетчатки до средней подмышечной линии с постепенно нарастающим усилием, повторяя прием 3—4 раза до появления отчетливо выраженной гиперемии в паравертебральной зоне и на боковой поверхности тела. При этом больные не должны ощущать боль.

Следующий прием—сдвигание краев длинной мышцы спины. Для осуществления этого приема кончики III—IV пальцев обеих рук устанавливают в углубление между остистыми отростками позвонков и внутренним краем длинной мышцы спины таким образом, чтобы пальцы находились один за другим на одной линии в бороздке, образуя угол от 60° до 90° по отношению к поверхности тела. Сдвигают внутренний край длинной мышцы спины в направлении от позвоночника в сторону, тем самым растягивая ее. Прием начинают от крестца и заканчивают на уровне X—XI грудных позвонков короткими движениями, на расстоянии от 0,5 до 1 см. Прием повторяют 2—3 раза.

Затем III, IV, V пальцами обеих рук, положенными ладмя у наружного края длинной мышцы спины под углом 30° по отношению к поверхности тела, также сдвигают наружный край мышцы в направлении к позвоночнику. Прием осуществляют снизу вверх, не допуская соскальзывания пальцев на мышцу.

При невозможности осуществления приема из-за ригидности мышц или невозможности доступа в углубление между остистыми отростками и внутренним краем длинной мышцы спины этот прием в первых 3—4 процедурах не применяют, компенсируя его поверхностным растиранием подушечками III—IV пальцев, установленных паравертебрально, с последующим глажением локтевым краем кисти, направленным на расслабление длинной мышцы спины. Направление массажных движений снизу вверх с усилением и сверху вниз с уменьшением давления на ткани. Также проводят здесь нежную прерывистую вибрацию подушечками III—IV пальцев, поставленных паравертебрально над длинными мышцами. Каждый прием повторяют несколько раз снизу вверх (3—4 раза).

Массаж области крестца также начинают с поверхностного граблестообразного поглаживания, затем переходят к глубокому граблестообразному поглаживанию с помощью тыльной поверхности II, III, IV, V пальцев обеих рук. Повторяя прием несколько раз, переходят к растиранию: сначала проводят поверхностное растирание, используя глажение, потом глубокое растирание, применяя штрихование и круговое растирание: при обнаружении рефлекторных изменений в подкожной клетчатке в виде уплотнений, с помощью тыльной поверхности сначала II—V пальцев, затем подушечками III—IV пальцев, осуществляют глубокое растирание, после чего наружным краем ладони проводят глажение. Далее проводят растирание сначала от копчика вверх и наружу, а потом радиально—от копчика во все стороны на расстоянии 2—3 см, рисуя как бы «звездочку» над копчиком. Затем перекачивают мягкие ткани от остистых отростков крестцовых позвонков позвоночника до наружного края больших ягодичных мышц. Повторяют прием 2—3 раза.

После этого наружные или внутренние края ладоней выпрямленных рук устанавливают над копчиком перпендикулярно позвоночнику, проводят пиление в направлении от позвоночника в стороны, повторяя прием с возрастающим давлением. При осуществлении приема больной должен ощущать выраженное тепло, распространяющееся по нижним конечностям.

Затем проводят пиление в виде треугольника, направленного вершиной вниз к копчику. Основание треугольника образует граница поясничных и крестцовых сегментов. Для осуществления приема наружный край ладони одной руки устанавливают вдоль края крестца на границе прикрепления большой ягодичной мышцы, с возрастающим давлением на ткани, одна рука следует за другой, непрерывно от копчика вверх и наружу до гребня подвздошной кости таким образом, чтобы больные ощущали одну «горячую» линию, распространяющуюся в глублежащие ткани. Прием осуществляется также на границе поясничных и крестцовых сегментов в направлении от позвоночника до края крестца и обратно. Прием в медленном темпе повторяют до появления выраженного ощущения приятного тепла. При появлении боли в местах выхода седалищного нерва следует изменить направление движения рук в противоположную сторону и одновременно уменьшить силу давления.

После этого проводят растяжение ягодичных мышц. Направление движения—от крестца наружу и вниз веерообразно, по ходу волокон большой ягодичной мышцы. Прием

осуществляется внутренним или наружным краем ладони с постепенно нарастающим усилием, двумя руками таким образом, чтобы, не отрывая одну руку, движение продолжить другой рукой, в течение 5—6 мин. У больных должно появляться выраженное ощущение согревания ягодичных мышц.

Заканчивают массаж глажением локтевым краем кисти остистых отростков позвоночника от копчика до XI—XII грудных позвонков в течение 1—1,5 минут с постепенным уменьшением силы воздействия.

Далее переходят к специальному воздействию на пораженных конечностях: над пяткой в области ахиллова сухожилия проводят обхватывающее поглаживание большим пальцем с одной стороны и остальными пальцами с другой стороны, снизу вверх, на расстоянии 8—10 см, с отягощением свободной рукой, повторяя прием несколько раз.

Следующий прием — круговое растирание вторыми фалангами согнутых пальцев кисти, затем круговое и гребнеобразное растирание и надавливание в области подколенной ямки.

Затем проводят глубокое гребнеобразное растирание по задней поверхности бедра по ходу седалищного нерва в направлении от верхнего края подколенной ямки до нижнего края седалищного бугра тыльной поверхностью II—V пальцев кисти, согнутых во вторых межфаланговых суставах, или с помощью подушечки большого пальца с отягощением свободной рукой, увеличивая силу воздействия снизу вверх, повторяют несколько раз; такое же растирание проводят на боковой поверхности бедра, между четырехглавой мышцей и широкой фасцией от верхнего края наружного мыщелка бедренной кости до нижнего края большого вертела, повторяя прием 3—4 раза. Далее осуществляют круговыми движениями сначала поверхностное, а затем глубокое растирание в области большого вертела с помощью кисти, сжатой в кулак, до появления однородной гиперемизированной зоны. Прием повторяют не более 5—6 раз.

После этого больного просят повернуться на спину и в таком положении точечным растиранием с помощью подушечек большого и указательного пальцев массируют болезненные точки вокруг коленной чашечки. Далее проводят растягивание четырехглавой мышцы. Для осуществления этого приема мышцу захватывают двумя руками так, чтобы большие пальцы располагались по одну сторону мышцы, а все остальные по другую, и медленно с обеих сторон тянут в противоположные ее обе стороны. При появлении боли

в мышцах уменьшают силу воздействия или прием исключают и возобновляют через 3—4 процедуры. Прием повторяют 2—3 раза, начиная снизу вверх.

## МЕТОДИКА СЕГМЕНТАРНОГО МАССАЖА ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Область массажа: пояснично-крестцовая, ягодичная области, голень, бедро.

Положение больного и последовательность проведения массажа такие же, как при артрозе коленных суставов.

### Техника массажа

После массажа пояснично-крестцовой области переходят к массажу ягодичной области. Здесь специальному воздействию подвергается область между большим вертелом и седалищным бугром. Гребнеобразным растиранием средней части ягодичной складки воздействуют на зоны гиперэстезии, болезненные точки в подкожной клетчатке с помощью приемов надавливания и вибрации. Далее таким же путем массируют мышцы в области средней трети ягодичной складки. После этого переходят к воздействию на ткани, расположенные глубже под большой и средней ягодичными мышцами, непосредственно покрывающими тазобедренный сустав с задней поверхности, а именно те мышцы, под которыми залегают синовиальные сумки: малая ягодичная мышца, грушевидная мышца, внутренняя и наружная запирательные мышцы, квадратная мышца. Для осуществления этого приема локоть согнутой под углом 45° руки устанавливается в середине большой ягодичной мышцы и в области проекции тазобедренного сустава с отягощением свободной рукой, плавно, в течение 8—10 секунд проводят непрерывное глубокое надавливание с постепенно нарастающей силой на глубже лежащие мягкие ткани с задней поверхности сустава и резко сбрасывают руку. При осуществлении данного приема у больного должно наблюдаться усиление болевого синдрома, который внезапно исчезает после прекращения воздействия.

Данный прием имеет исключительно важное значение, особенно при уплотнении ягодичных мышц, при контрактурах, в связи с необходимостью воздействия на гипертонус контрагированных мышц, направленного на расслабление.

При неправильном проведении приема может наблюдаться усиление болевого синдрома после прекращения его. Если после прекращения приема болевой синдром полностью не исчезает, то последующим приемом пиления в направлении к позвоночнику и легкой вибрацией ягодичных мышц опорным краем кисти устраняют болевые ощущения. Далее переходят к воздействию на бедренные мышцы. Применяют гребнеобразное растирание и растяжение на мышцах бедра, особое внимание уделяют прямой, латеральной широкой мышцам, мышце, напрягающей широкую фасцию, и медиальной (приводящей) группе мышц — длинная, короткая и большая приводящие мышцы бедра.

Продолжительность процедуры массажа 20—25 минут.

При применении сегментарного массажа обязательно следует учитывать возраст больного. Для больных в возрасте от 50 до 60 лет продолжительность массажа не должна превышать 20 минут. Для больных в возрасте от 60 до 70 лет продолжительность процедуры ограничивают до 10—15 минут, интенсивность воздействия не должна быть велика. Для больных в возрасте от 20 до 50 лет целесообразно проводить более интенсивный массаж. В этом возрасте появление у больных нестойкого, кратковременного головокружения непосредственно после первой процедуры массажа не является основанием для прекращения его.

Учитывают конституционный тип: гиперстеникам с хорошо развитой подкожной клетчаткой целесообразно применять более энергичный массаж, астеникам — интенсивность средней величины, не превышающую порога болевых ощущений. У больных в возрасте свыше 60 лет появление общей разбитости и стойкого головокружения после первой процедуры является основанием для прекращения массажа по данной методике. Первые процедуры (1—2-я) проводят продолжительностью 10—12 минут, начиная с 3-й увеличивают интенсивность воздействия и продолжительность каждой процедуры на 2 минуты, доводя к 6—7 процедуре до 20—25 минут. В дальнейших процедурах время не изменяется. Процедуры назначают ежедневно или через день, на курс 10—12—15 процедур.

Сегментарный массаж проводят с учетом стадии заболевания. В ранней и зрелой стадиях заболевания применяют более энергичный массаж, в застарелой — менее энергичный, продолжительностью не более 20 минут. При наличии у больных варикозного расширения вен, трофических язв голени при специальном воздействии на конечности эти участки обходят.

### Показания к назначению сегментарного массажа

Деформирующий остеоартроз коленных суставов (ранняя, зрелая и застарелая стадии заболевания), вторичный синовит, выраженный болевой синдром.

Деформирующий остеоартроз тазобедренных суставов (зрелая и застарелая стадии заболевания), вне зависимости от наличия вторичного синовита.

Все стадии заболевания вне зависимости от преимущественной локализации процесса и наличия вторичного синовита, неврологические проявления межпозвоночного остеохондроза, сосудистые нарушения и кожнотрофические изменения; облитерирующий эндартериит, склеротическая облитерация сосудов, варикозное расширение вен нижних конечностей.

При болезни Кенига, а также при экзогенноконституциональном ожирении ограничиваются массажем сегментарной зоны, без локального, местного воздействия на конечности.

### Противопоказания

Фиброма матки. Кровоточащий геморрой. Ишемическая болезнь сердца, с коронарной недостаточностью II—III степеней. Гипертоническая болезнь II Б и III стадий. Выраженный атеросклероз сосудов головного мозга.

Общие противопоказания к назначению массажа.

При эндопротезировании тазобедренного сустава (по методу Сиваша) сегментарный массаж назначать нецелесообразно.

Ускорение СОЭ до 40 мм/час, увеличение уровня «С» — реактивного белка в сыворотке крови, субфебрильная температура не являются абсолютными противопоказаниями для назначения массажа у больных деформирующим остеоартрозом.

### КЛАССИЧЕСКИЙ МАССАЖ ПРИ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОМ ПЕРИАРТРОЗЕ

Плече-лопаточный периартроз характеризуется двумя группами симптомов, в зависимости от преобладания одной из которых подбирается тактика лечения. Острые формы характеризуются интенсивным болевым синдромом в плечевом поясе и плече. Боль может быть «пульсирующей», «режу-

шей», «поющей», «грызущей», может возникать спонтанно или при нагрузке, волнообразно усиливаться, особенно ночью и при резкой смене погоды. Иногда боли носят симпатический характер, проявляясь чувством жжения, диффузным ощущением зябкости, похолодания. Любые физические прикосновения, охлаждение резко усиливают боль. Пальпация и обследование становятся для больных тягостными. Такую форму процесса называют «плече-лопаточная симпаталогия», «синдром болезненного плеча» и др.

Иногда уже в этой алгической стадии возникают затруднения активных движений в плечевом суставе. В выраженных клинических формах плече-лопаточного периартроза болевой синдром сопровождается ограничением активных движений в плечевом суставе, а в тяжелых случаях и пассивных. У больного развиваются гипотрофия или атрофия мышц плечевого пояса, плеча. Возникает приводящая контрактура плеча, по зарубежной терминологии «замороженное плечо» (III ст. тяжести). Больной на длительное время теряет не только трудоспособность, но и способность к самообслуживанию.

Для определения степени нарушений двигательной функции плечевого сустава можно пользоваться классификацией, предложенной Р. А. Зулкорнеевым. Первая степень тяжести локомоторных нарушений плечевого сустава характеризуется затруднением из-за болей активных движений, при III степени — ограничение активных и пассивных.

Плече-лопаточный периартроз возникает после травм плеча, в результате хронической микротравматизации у рабочих, занятых тяжелым физическим трудом, как нейроцифический синдром шейного остеохондроза при нарушениях обмена веществ, при инсультах, инфарктах миокарда.

Учитывая в патогенезе синдрома плече-лопаточного периартроза ирритацию синувентрального нерва и заинтересованность вегетативных шейных симпатических узлов, комплексное лечение больных с применением массажа требует особого методического подхода.

Задачи массажа:

Снизить болевой синдром, улучшить кровообращение и функциональное состояние нервно-мышечного аппарата пораженной руки, увеличить объем движений в плечевом суставе.

Перед назначением массажа больного обследуют, определяют степень тяжести заболевания, состояние кожи и мышц, наличие и характер чувствительных расстройств, обращая особое внимание на болевые точки (прикрепление дельтовид-

ной мышцы к плечу, нисходящие порции трапециевидной мышцы, клювовидный отросток лопатки, ость лопатки, места прикрепления ребер к грудине).

Массаж проводят в положении больного сидя. При наличии выраженных контрактур плеча руку осторожно укладывают на массажный столик или оставляют лежащей на коленях больного. Используют все приемы классического массажа. На первых 3—4 процедурах приемы массажа должны быть щадящими, особенно в области болевых точек.

Методику массажа дифференцируют в зависимости от клинических особенностей проявления заболевания и степени ее тяжести.

Больным при I, II степенях тяжести массируют руку и воротниковую зону, исключают область больного плечевого сустава. Последовательность: воротниковая область, пораженная рука. При выраженных болевых синдромах приемы массажа более щадящие, время процедур может быть сокращено до 15 минут.

При клинической картине III степени тяжести проводят массаж воротниковой зоны, руки (с включением области пораженного плечевого сустава). В качестве основного приема используют прием разминания. Специальному воздействию подвергают двуглавую, трехглавую, дельтовидную мышцы. Массаж этим больным можно проводить в любой последовательности.

При стационарном течении процесса, в стадии неполной ремиссии и ремиссии, где болевой синдром устранен, но сохраняются двигательные нарушения в плечевом суставе с наличием гипотрофии важнейших мышечных групп плечевого пояса, массаж проводят с использованием более энергичных приемов, время массажа удлиняют до 25 минут.

При проведении массажа необходимо осуществлять контроль за артериальным давлением и частотой сердечных сокращений. Следует иметь в виду, что прием растирания у больных плече-лопаточным периартрозом вызывает повышение систолического и диастолического артериального давления. Прием разминания не оказывает существенного влияния на основные гемодинамические показатели (артериальное давление и частоту сердечных сокращений), однако значительно улучшает функциональное состояние нервно-мышечного аппарата и кровообращение пораженной конечности. В связи с этим, у больных с сопутствующей гипертонической болезнью или склонностью к повышению артериального давления прием растирания следует ограничивать или применять с осторожностью. Последовательность приемов

при проведении массажа воротниковой зоны, области больного плечевого сустава и руки традиционная.

Продолжительность одной процедуры, включающей массаж руки и воротниковой области, увеличивают постепенно от 7—10 минут на первых двух процедурах до 20—25 минут к концу курса. Больше время отводят массажу воротниковой области и плечевого пояса, руку (без области плечевого сустава) массируют не более 10 минут. Массаж назначают ежедневно или через день, на курсе лечения 10—12 процедур.

Некоторое усиление боли сразу после процедуры массажа не является показанием для его прекращения. Методически правильно проведенная процедура массажа вызывает у больных чувство тепла, «раскованности» и увеличения объема движений в плечевом суставе, сохраняющиеся в течение нескольких часов.

В острой стадии заболевания массаж применяют после предварительного уменьшения остроты болевых ощущений воздействием физических факторов (ультразвук, синусовидно-модулированные токи и пр.), а также после применения блокад и анальгетиков.

#### Показания

Плече-лопаточный периартроз I, II и III степени тяжести.

#### Противопоказания

Выраженный сочетанный синдром симпатоганглионита, индивидуальная непереносимость, проявляющаяся усилением боли и ее широкой иррадиацией.

### ОТРЫВНОЙ ЛИСТ

учета эффективности использования методов профилактики, диагностики и лечения

Направлять в Информационный  
вычислительный центр  
Москва, Москворецкая наб., 2а

1. Массаж при деформирующем остеоартрозе и плече-лопаточном периартрозе \_\_\_\_\_

(наименование методического документа)

2. Утвержден зам. начальника Главного управления лечебно-профилактической помощи Минздрава СССР В. А. Кошечкиным

(кем и когда утвержден)

Пункты 1 и 2 печатаются в соответствии с подлинным документом

Заполняется учреждением, применившим рекомендованный метод

3. Результаты проведения метода:

положительные \_\_\_\_\_  
(количество наблюдений)  
неопределенные \_\_\_\_\_  
(количество наблюдений)  
отрицательные \_\_\_\_\_  
(количество наблюдений)

Общее количество наблюдений

4. Наблюдения проводились с \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_ г.  
по \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_ г.

5. Замечания и пожелания (текст)

Подпись \_\_\_\_\_

(должность, ф., и., о. лица, заполнившего карту)

Центральный ордена Трудового Красного Знамени НИИ  
курортологии и физиотерапии Минздрава СССР

Директор института — профессор Э. М. Боголюбов

Составили: профессор Н. А. Белая, профессор Н. И. Стрелкова,  
канд. мед. наук Т. П. Щепина, А. Ю. Камранов, С. А. Гусарова

Подписано в печать 14.03.1985 г.  
Заказ 457

Л-70313  
Тираж 1000

Типография ЦНИИТЭИпищепрома