

Владимир

ПРОФЕССОР

ВАСИЧКИН



ИСЦЕЛЯЮЩИЕ МЕТОДИКИ МАССАЖА



Комплексный подход

Владимир Иванович Васичкин
Исцеляющие методики
массажа. Комплексный подход
Серия «Оздоровительные
методики профессора Васичкина»

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=9460768

Исцеляющие методики массажа: комплексный подход. /В.И. Васичкин.:

АСТ; Москва;

ISBN 978-5-17-088947-1

Аннотация

В книге подробно излагаются приемы и принципы сегментарного массажа, даны рекомендации по его дозировке и указаны противопоказания к применению в каждом конкретном случае. Большое внимание уделено таким техническим приемам различных видов массажа, как классический, периостальный, соединительнотканый, точечный. Книга богато иллюстрирована, что делает материал доступным и удобным для изучения.. Предназначена для массажистов, врачей, спортивных тренеров, а также для всех, интересующихся этой темой.

Содержание

От автора	4
Сегментарный массаж	6
Сегментарное строение тела	7
Дозировка массажа	16
Результаты действия сегментарного массажа	18
Основные позы массируемого при сегментарном массаже	18
Техника выявления изменений при сегментарном массаже	23
Выявление изменений в коже	23
Выявление изменений в соединительной ткани	24
Выявление рефлекторных изменений в мышцах	26
Техника сегментарного массажа	29
Прием сверления	32
Воздействие на промежутки между остистыми отростками позвонков	38
Прием «пилы»	41
Прием перемещения	44
Прием воздействия на окологлопаточную область	48
Конец ознакомительного фрагмента.	49

**Владимир
Иванович Васичкин
Исцеляющие
методики массажа:
комплексный подход**

Посвящается Анне Максимовне и Любови

От автора

Это практическое руководство формировалось с 1964 года, когда я овладел методикой и основательно изучил работы по рефлекторной терапии таких авторов, как А. Е. Щербак (1927); А. Р. Киричинский (1927, 1936); В. Л. Товбин (1934); В. М. Бехтерев (1925) и др. Особое влияние на меня оказали работы основоположников сегментарного массажа О. Глезер, В. А. Дали-хо (1965); это проявилось и в моих ранних научных работах, и в дальнейшем, в выступлениях на научных конференциях и всесоюзных (1966, 1972, 1973) съездах, где я представлял доклады и сообщения по применению методик сегментарного массажа.

Кропотливая многолетняя работа показала отличительное действие сегментарного массажа на здорового и на больного человека. Специальная техника выполнения манипуляций, совершенно не традиционно классические направления движений в плане сеанса массажа, значительная эффективность в реабилитации, минимальная нагрузка на массажиста – все это подтверждает известное правило: основной целью рефлексорной терапии является устранение всех имеющихся патологических рефлексорных изменений, возникших в результате конкретной патологии, с помощью сегментарного массажа.

$$\frac{\text{действие процедуры сегментарного массажа}}{\text{сила + объем + техника + продолжительность реактивности больного (ответная реакция) массажа}}$$

Сегментарный массаж прочно вошел в повседневную практику использования методик рефлексорной терапии при различных патологиях.

Сегментарный массаж

Организм человека – единое целое, и всякое заболевание, независимо от локализации, является не местным процессом, а болезнью всего организма. Патологический процесс вызывает рефлекторные изменения в тех сегментах, которые иннервируются соответствующими сегментами спинного мозга. Такие рефлекторные изменения могут возникать в различных тканях (соединительной, мышечной, костной и др.) и поверхности кожи. Устранение подобных рефлекторных изменений посредством специальных массажных манипуляций способствует восстановлению нормального состояния, реабилитации, улучшению состояния пациента, что представляет собой дополнение ко всякого рода лечению.

Особенностью вегетативной рецепции является возможность проектирования ощущений, в том числе болевых, вазомоторно-трофических, в сегменты, значительно удаленные от раздражаемого органа. В этих сегментах может развиваться гиперестезия (боль при прикосновении), гипералгезия (боль при надавливании, пальпации), а иногда – потеря болевой чувствительности. Образование зон гиперестезии при заболеваниях внутренних органов расценивается как следствие иррадиации импульсов с вегетативно-рецепторных путей на соматически-рецепторные.

Сегментарное строение тела

На ранних стадиях развития организм состоит из ряда одинаковых сегментов (метамеров). В последующем своем развитии каждый сегмент снабжается соответствующим спинномозговым нервом. Спинной мозг внешне приобретает сегментарное строение. Каждый спинномозговой нерв иннервирует участок кожи соответствующего сегмента (дерматома). Дерматомы представляют собой кожные зоны в виде пояса или полос, охватывающих тело от средней линии сзади до средней линии спереди. Переход на противоположную сторону наблюдается только у крестцовых дерматомов. Такая симметрия обусловлена эмбриологически. Связь сегмент – спинномозговой нерв – дерматом устанавливается рано и остается неизменной. Раздражение от внутренних органов передается через симпатические, парасимпатические и диафрагмальные нервы. Зоны обозначают по тем спинномозговым сегментам, которые их иннервируют. Поэтому соответственно выходу нервов различают следующие сегменты спинного мозга (рис. 1): 8 шейных (C1 – C8); 12 грудных (D1 – D12); 5 поясничных (L1 – L5); 5 крестцовых (S1 – S5).

Сегментарное строение является лишь схемой, и смысл его заключается в возможности организма отвечать на внешние раздражения поверхности тела человека реакцией отдельных частей тела и образованием местных рефлексов. Ко-

нечно, указанное сегментирование не является чем-то постоянным – это правило, имеющее исключения.

Англичанин Г. Гед в 1896 году указывал, что при заболевании отдельных внутренних органов в определенных участках кожи повышается чувствительность. Раньше него в 1889 году русский клиницист Г. А. Захарьин впервые описал и оценил диагностическое значение кожных зон гиперестезии. Эти зоны стали называть зонами Захарьина – Геда. В этих участках кожи любое раздражение в виде давления, прикосновения, тепла или холода, обычно не болезненное, вызывает боль. Было замечено также, что при заболевании внутренних органов наблюдаются напряжение и гипералгезия мышц, относящихся к соответствующему сегменту.

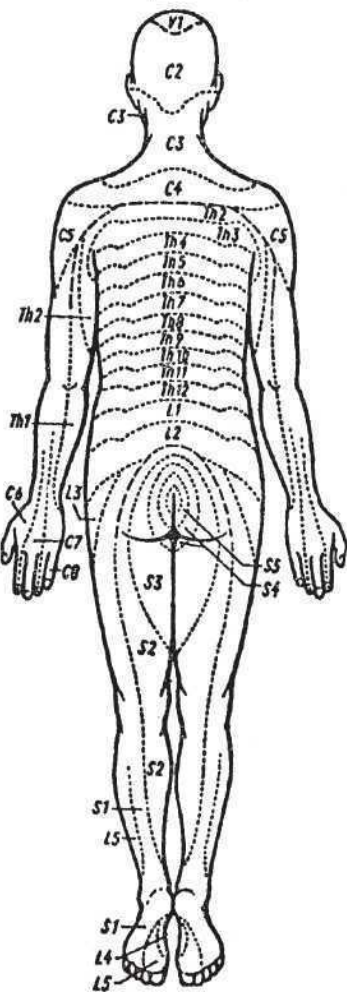
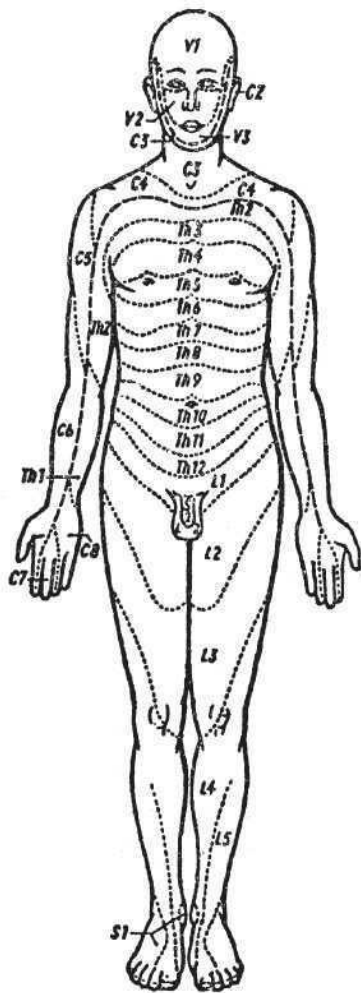
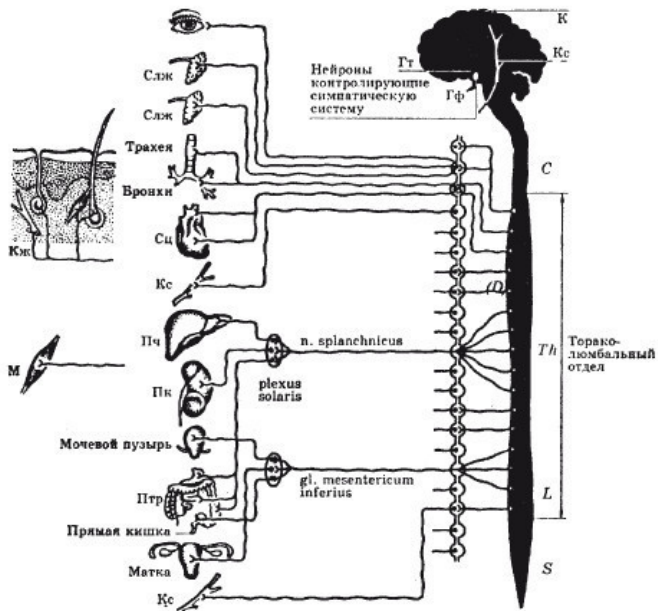


Рис. 1. Схема сегментов тела человека

При патологических процессах во внутренних органах наблюдается изменение кровоснабжения в соответствующем сегменте. Выраженный и длительный дермаграфизм наблюдается на коже брюшной стенки слева при заболеваниях органов полости живота, а при стенокардии – слева на коже груди. У больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, а также с гастритом почти всегда обнаруживается выраженный дермаграфизм в соответствующих зонах Захарьина – Геда. При плеврите и патологических процессах брюшной полости наблюдаются местные отеки подкожной клетчатки в соответствующих сегментах (рис. 2).

Изменения мышц в определенных сегментах имеют место. При воспалении илеоцекальной области появляется ограниченное напряжение брюшной стенки справа. Также хорошо известно и изменение тонуса мышц надплечья при патологических процессах в верхушках легких. При воспалении желчного пузыря, наряду с повышением тонуса мышц в седьмом и девятом межреберьях справа, обнаруживается повышение тонуса и мышц передней брюшной стенки в правом подреберье.



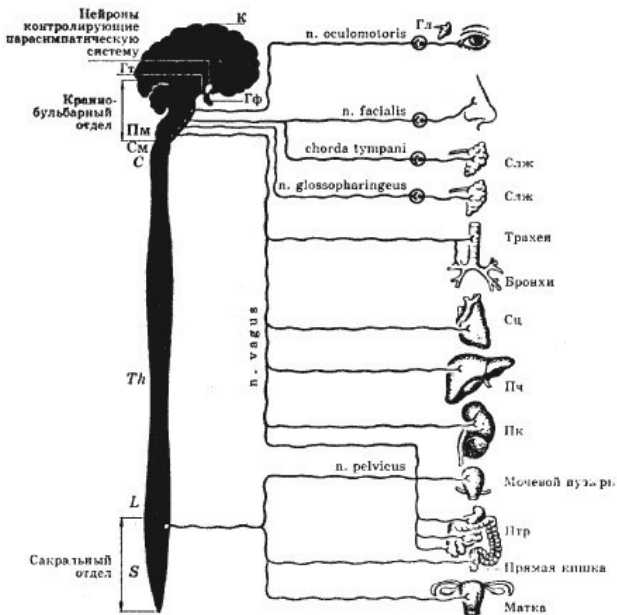


Рис. 2. Вегетативная нервная система (общий план строения): а—симпатическая система; б – парасимпатическая система

Патологические процессы в покровах тела и опорно-двигательном аппарате рефлекторно могут влиять на внутренние органы и другие сегментарно расположенные ткани. При гнойных процессах в коже в области сегментов D7-8 появляются сильные боли в желудке. Известно появление иррадиирующей боли в зубах при возникновении фурункулов на

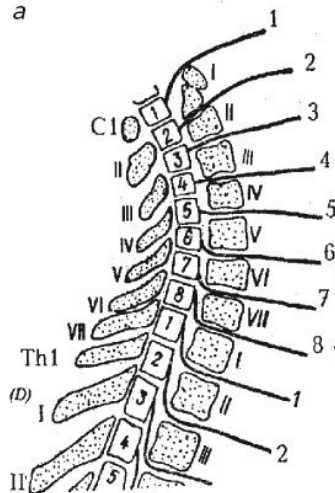
лице. Боли в мочевом пузыре могут возникнуть при наличии ожогов области сегментов D12-11.

У массажистов-практиков наблюдаются изменения в мышцах. Появление миалгии и очагов гипертонуса мышцы во втором межреберье слева ведет к нарушению в работе сердца. Замечено, что повышение тонуса в мышцах бедра, ягодичных мышцах сопровождается запорами.

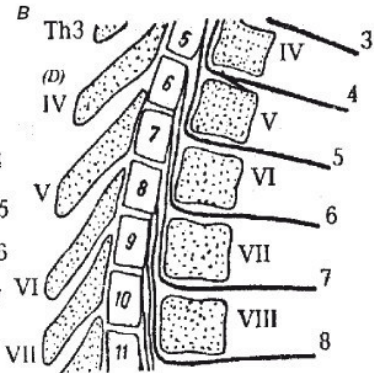
С помощью массажа определенных зон удастся вызвать улучшение состояния связанных с ними внутренних органов. Так, боли в сердце исчезают при массировании области между внутренним краем левой лопатки и позвоночником, D6-D4. Боли в желудке снимаются массированием в области сегментов D5-D8 слева от позвоночника; чувство онемения, ползания мурашек в руке – при массировании области лопаток.

Таким образом, покровы тела, более глубоко сегментарно расположенные ткани и внутренние органы образуют единое функциональное целое, причем каждая отдельная составная часть может влиять на другие (рис. 3).

a



B



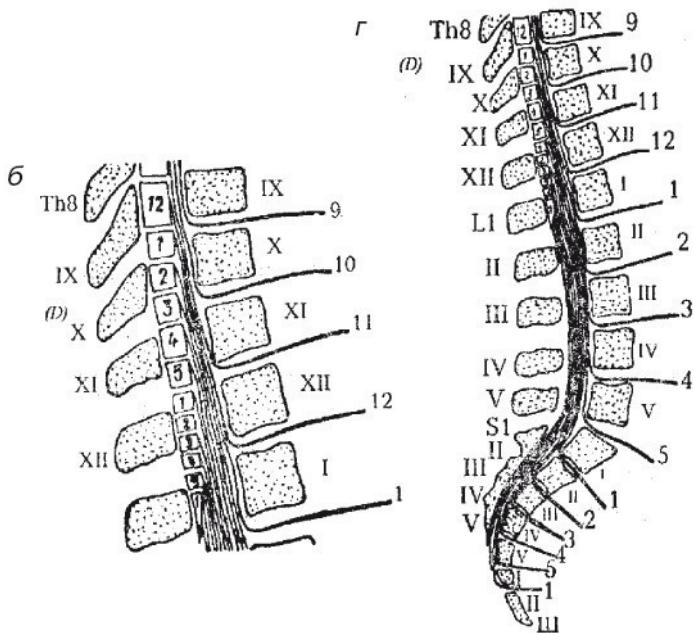


Рис. 3. Задние ветви спинномозговых нервов: а – шейный отдел; б – нижний грудной отдел; в – верхний грудной отдел; г – пояснично-крестцовый отдел

Дозировка массажа

Реактивность организма является основой всякой терапии. Известно, что резистентность организма утром, в общем, больше, чем вечером. Для практики имеют значение следующие положения:

– для грудных детей рекомендуются слабые воздействия, в возрасте от 15 до 30 лет – сильный массаж, а от 31 до 50 лет – воздействие средней силы;

– у астеников (высокорослых) необходимы более сильный нажим и более длительный массаж; у атлетов (среднего роста) нельзя превышать порог болевого ощущения, а у пикников (низкорослых) при легком прикосновении ощущается боль, и у них можно переходить порог болевого ощущения. Целесообразно постепенно увеличивать давление от процедуры к процедуре;

– лица умственного труда быстрее реагируют на массаж, чем лица, занимающиеся физическим трудом, поэтому наиболее интенсивное воздействие следует применять для лиц, занимающихся тяжелым физическим трудом.

Техника массажа влияет на силу раздражения. Так, ограниченный гипертонус мышц быстрее всего исчезает после легких ручных вибраций или после вибрации с помощью специальных аппаратов для вибрационного массажа, разми-

нения и валяния, наоборот, вызывают появление повышенной чувствительности с длительно продолжающимися болями.

При миогелозах эффективнее энергичные разминания. При гипотонии и атрофии мышц показаны жесткие вибрации, повышающие тонус мышц. При набуханиях эффективны нежные вибрации, при вдавливаниях – поглаживания, при втяжениях – поглаживания, разминания.

Эффективность лечения зависит от общего числа процедур массажа и интервалов между ними. Для проведения сегментарного массажа оптимальными являются следующие условия:

- продолжительность процедуры массажа в среднем 20 мин; при заболеваниях сердца, печени, желчного пузыря она увеличивается;

- силу давления следует увеличивать от поверхности в глубину и затем уменьшать;

- в среднем достаточно 2–3 процедур в неделю; если состояние больного позволяет, то можно проводить массаж ежедневно;

- количество процедур (общее) зависит от эффективности массажа, целью которого является устранение всех рефлекторных изменений; в среднем оно колеблется от 6 до 12.

Результаты действия сегментарного массажа

После проведения сегментарного массажа:

- повышается температура кожи; чем ниже исходная температура, тем больше она повышается после массажа; поглаживания при сегментарном массаже редко вызывают покраснение кожи; разминания, растирания, поколачивания всегда вызывают покраснение кожи;
- дыхание становится легче, свободнее;
- увеличивается объем движений в пораженных суставах конечностей, мышечная сила возрастает, уменьшаются боли;
- стимулируются процессы выздоровления, экономится затрачиваемая энергия, повышается работоспособность массажиста.

Основные позы массируемого при сегментарном массаже

Поза лежа на животе, руки вдоль тела, ноги выпрямлены в коленных суставах, стопы обеих ног свисают за пределами массажного стола, голова повернута лицом к массажисту (рис. 4).

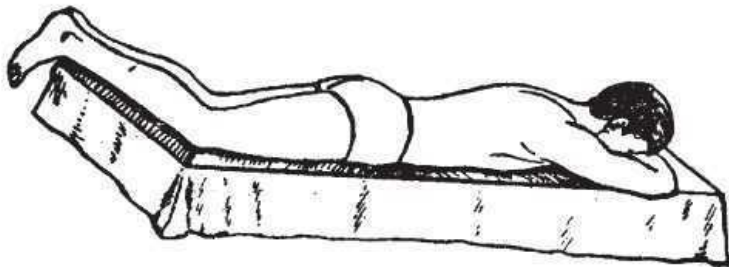


Рис. 4

Поза лежа на левом (правом) боку, левая (правая) нижняя конечность полусогнута в коленном суставе, правая (левая) нога выпрямлена, левая (правая) рука согнута в локтевом суставе, массаж проводится как спереди, так и со стороны спины лежащего на соответствующем боку пациента (рис. 5).

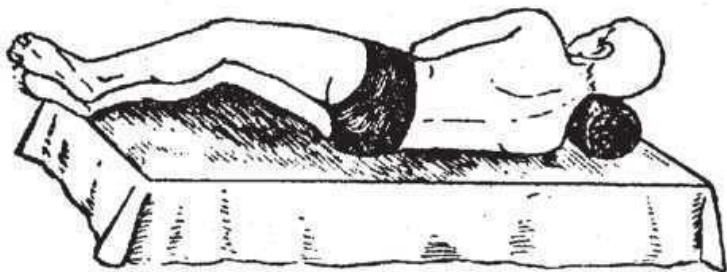


Рис. 5

Поза лежа на спине, руки – произвольно (рис. 6).

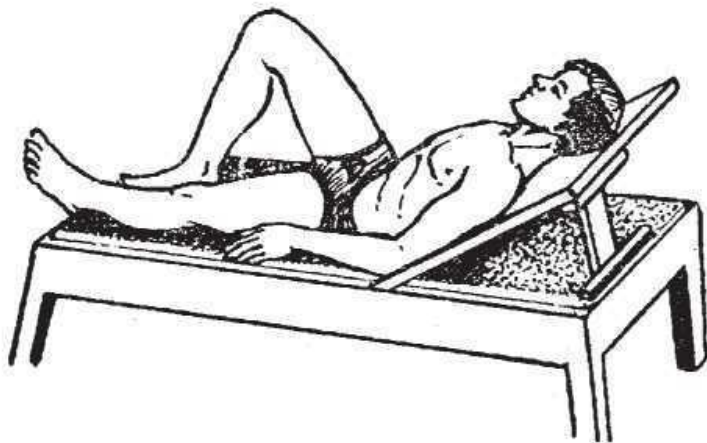
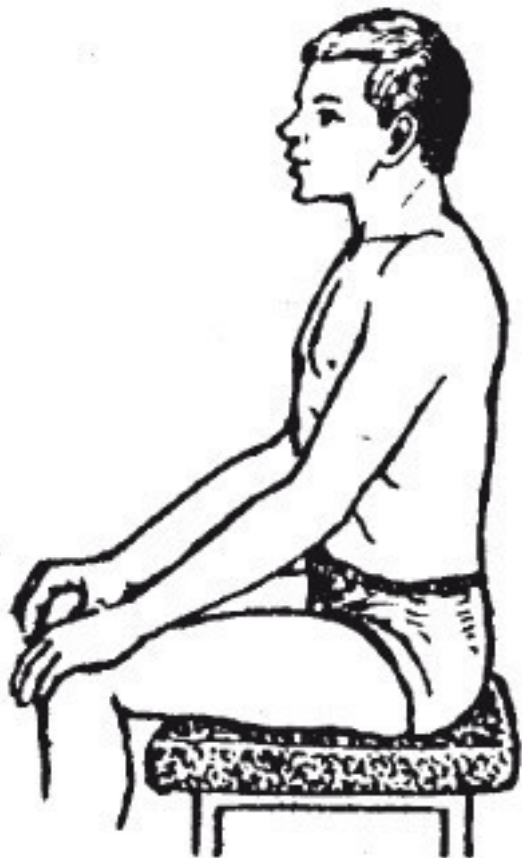


Рис. 6

Поза сидя на стуле (рис. 7).



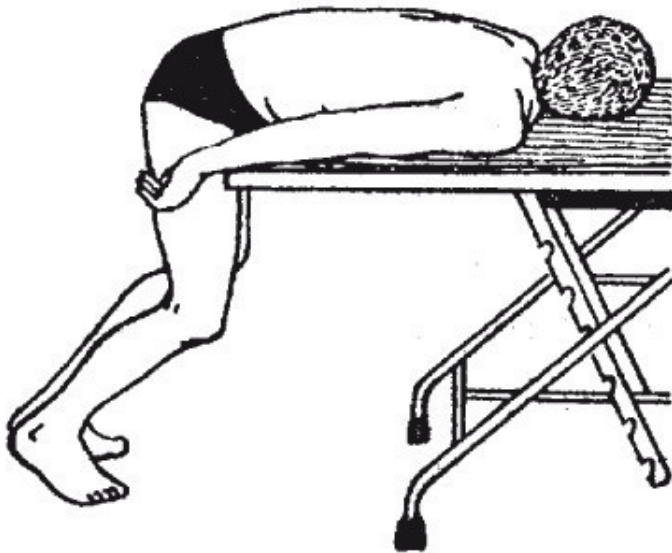


Рис. 8

Поза полулежа на животе на массажном столе, тазовая область пациента находится за пределами стола, нижние конечности полусогнуты в коленных суставах, стопы опираются на носочки, руки вытянуты вдоль туловища (рис. 8).

Техника выявления изменений при сегментарном массаже

При сегментарном массаже нецелесообразно применять смазывающие средства, так как тальк, мази, растирки, масла, жиры и прочие вещества влияют на восприятие ощущений.

Выявление изменений в коже

Рефлекторно в коже изменяются чувствительность, кровоснабжение, электрическое сопротивление. Исследования проходят следующим образом:

- проводят по коже тупым концом иглы. Нежное и тупое прикосновение в зонах гипералгезии больным ощущается как колющее и острое;

- проводят по коже концом острого предмета. При переходе на зону гипералгезии легкое прикосновение ощущается как боль;

- кожу раздражают легкими прикосновениями (щекочут). Ощущение щекотания в зонах гипералгезии всегда отсутствует;

- собирают кожу в складку, подкожную клетчатку нежно поднимают I и II пальцами и сжимают. При гипералгезии появляется тупая, давящая или жгучая, режущая, колющая боль. Это свидетельствует о гипералгезии кожи. Для сравне-

ния исследуют здоровые участки кожи;

– используют объективные методы исследования; капилляроскопию, измерение температуры, теплопроводности, электрического сопротивления кожи.

Выявление изменений в соединительной ткани

В соединительной ткани рефлекторно появляются мягкие и грубые выбухания, полосовидные, лентообразные или распространенные вдавливания. Эти изменения выявляют при осмотре, при измерении эластомером и при точечной перкуссии (короткими легкими ударами ладонной поверхностью одного пальца по коже определяют разницу в напряжении соединительной ткани).

Для выявления поверхностных изменений в соединительной ткани применяются следующие приемы:

– пальпация – ладонь кладут плашмя с несколько согнутыми пальцами, незначительно надавливая, второй кистью несколько продвигают вперед пальпирующую руку. Здоровая кожа эластична и вдавливается, при глубоком набухании соединительной ткани сопротивление ее повышено, степень возможного вдавливания меньше. При незначительном набухании палец испытывает не сопротивление, а лишь неприятное ощущение раскачивания;

– захват и натягивание кожной складки перпендикулярно

оси тела. При повышении напряженности кожа растягивается хуже, чем здоровая. Одновременно у пациента появляется неприятное чувство резкого давления;

– продольные движения по Е. Дике. Концы III и IV пальцев устанавливают под углом $40-60^\circ$ к поверхности кожи и медленно перемещают их снизу вверх. При повышенном сопротивлении соединительной ткани пальцы скользят медленнее. Появляющаяся перед пальцами складка кожи не так резко выражена и вместо узкой эластичной складки смещается целая полоска шириной в ладонь.

Для выявления глубоких изменений в соединительной ткани используют:

– продольные движения, при которых ощущаются глубокие изменения. Так, в подкожной клетчатке, связанной с фасцией, появляются изолированные неровности, и пальцы ощущают шероховатость. При большом напряжении соединительной ткани у пациента появляется чувство царапания ногтем или резания ножом: исследование всегда необходимо проводить при напряженных мышцах, потому что необходимо выяснить смещаемость, а не консистенцию соединительной ткани;

– смещение по плоскости подкожной клетчатки по отношению к фасции. Согнутые пальцы помещают на соответствующие места, медленно перемещая их в обе стороны. При увеличении напряжения степень перемещения меньше.

При дифференциальной диагностике следует иметь в виду склеродермию, отеки, изменения кожи при поражении ЦНС.

Выявление рефлекторных изменений в мышцах

К этим изменениям относятся гипералгезия, ограниченный и распространенный гипертонус, миогелозы.

Гипералгезию мышцы определяют, захватывая ее в складку I и II пальцами так, что I палец остается неподвижным, а II перемещает ткань. При наличии гипералгезии появляется тупая давящая боль до резко выраженной колющей.

Гипертонус мышц определяют, производя согнутыми пальцами более сильное давление, чем при пальпации кожи и подкожной клетчатки. При этом ощущают выраженное сопротивление, которое при сильном давлении еще больше увеличивается. Ограниченный гипертонус лучше всего обнаруживается с помощью круговых движений вертикально поставленных пальцев. При этом определяют участки различной толщины и длиной в несколько сантиметров с более выраженным напряжением, чем окружающие ткани. При давлении появляется резкая боль.

Миогелозы выявляют следующим образом. II–V пальцы помещают поперек мышечных волокон, перемещая их по плоскости. Миогелозы плотнее участков мышц с гипертонусом.

сом. Они отскакивают при надавливании перпендикулярно поставленным пальцами. Их можно захватить двумя пальцами, и при сильном надавливании миогелозы не меняют своей формы; появившаяся боль распространяется по поверхности и не исчезает при обезболивании.

Рефлекторные изменения в мышцах необходимо дифференцировать от ревматических инфильтратов, мышечных контрактур в результате поражения ЦНС.

Выявление рефлекторных изменений в надкостнице определяют после раздвигания мягких тканей кончиками вертикально поставленных пальцев. При этом выявляются вдавливания, уплотнения, набухания на надкостнице. У пациента при этом появляются боли, неприятные ощущения. Визуально определяется нарушение контуров костных образований.

Выявление максимальных точек – обнаружение точек, воздействие на которые вызывает особую болевую чувствительность. Они могут находиться во всех тканях (коже, соединительной ткани, мышцах, надкостнице).

Они не всегда совпадают с зонами Захарьина – Геда и их необходимо рассматривать как высшие рефлекторные зоны.

Для выявления максимальных точек используют шарик диаметром до 10 мм, которым при слабом надавливании производят круговые движения. Максимальную точку распознают по появлению тупой, проникающей в глубину, или резко колющей боли.

Максимальные точки в мышце определяются при давлении вертикально поставленными пальцами – возникает боль, напоминающая боль при уколе иглой. Точки, локализованные в надкостнице, выявляют вращательными движениями I, II и III пальцев. При этом определяют наиболее болезненные участки и фиксируют их. Для выявления максимальных точек используют приборы электропунктуры ПЭП-1, ЭЛИТА, ЭЛАП, НТА.

Техника сегментарного массажа

При сегментарном массаже используют классические приемы: вибрацию, растирание, валиние, разминание, поглаживание, но модифицированные в соответствии с имеющимися рефлекторными изменениями.

Плоскостное сегментарное поглаживание обеими руками – кисти параллельно друг к другу (рис. 9), усилие наращивать к краниальному отделу позвоночного столба. Всегда начинать от рекомендуемых при данной патологии сегментов, находящихся ниже соответствующего уровня. Данный прием проводить и односторонне при патологии, например, сердца, печени, желудка, при этом движения (пассы) выполнять как попеременно обеими руками, так и одной кистью с акцентом на соответствующие сегменты спины, груди, конечности.

a





Рис. 9. Плоскостное сегментарное поглаживание: а – начало; б – окончание

Поясное сегментарное поглаживание двумя руками и одной при одностороннем воздействии. Движения выполняется ладонными поверхностями кистей по уровню сегмента, от нижерасположенного переходя к вышерасположенному, с наращиванием усилия (надавливания) от аксиллярных линий (средних линий грудной клетки) к позвоночному столбу (рис. 10).

Прием сверления

1-й способ – массажист находится слева от пациента, правая рука на области крестца так, чтобы позвоночник был между I и II–V пальцами. Справа от позвоночника II–V пальцами (подушечками их) производят круговые винтообразные движения по направлению к позвоночнику, массируя снизу вверх от одного сегмента к другому. I палец служит опорой. Левая рука для регулировки давления всегда расположена на правой. Затем так же, но возвышением I пальца, массируют ткани слева от позвоночника снизу вверх, при этом остальные пальцы (II–V) служат только опорой.

a



6



В

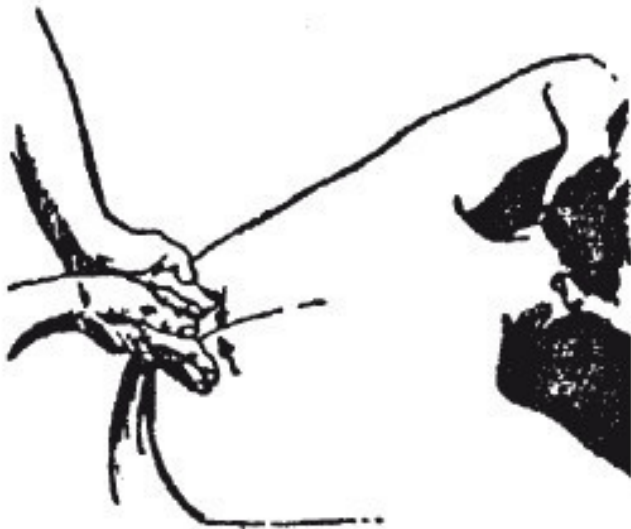


Рис. 10. Поясное сегментарное поглаживание: *а* – начало движения; *б* – направление движения; *в* – окончание

Если массажист стоит справа от пациента, то свою правую руку ему необходимо положить так, чтобы пальцы были обращены вниз, а массировать вверх от сегмента к сегменту как справа, так и слева от позвоночника (рис. 11, 12).

2-й способ – массажист справа и слева от позвоночника

помещает подушечки (концевые фаланги) I пальцев и производит винтообразные движения в сторону позвоночника, передвигаясь от сегмента к сегменту снизу вверх. Остальные пальцы (II–V) служат опорой или перемещаются на боковые поверхности тела пациента. Прием можно проводить по одну сторону от позвоночника или на обеих одновременно.

a



б



Рис. 11. Прием сверления: а – 1-м способом; б – 2-м способом

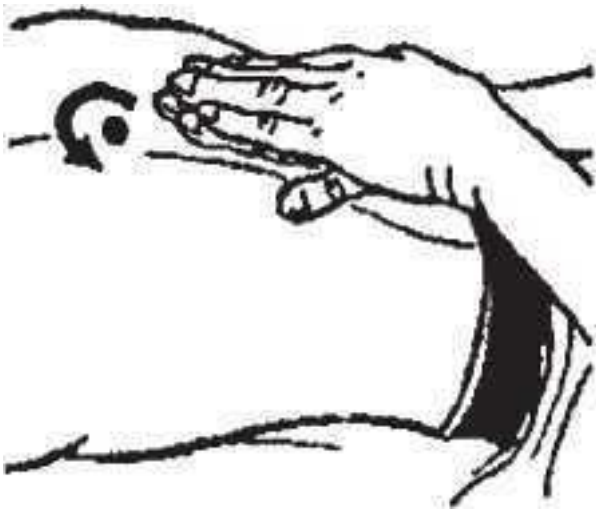


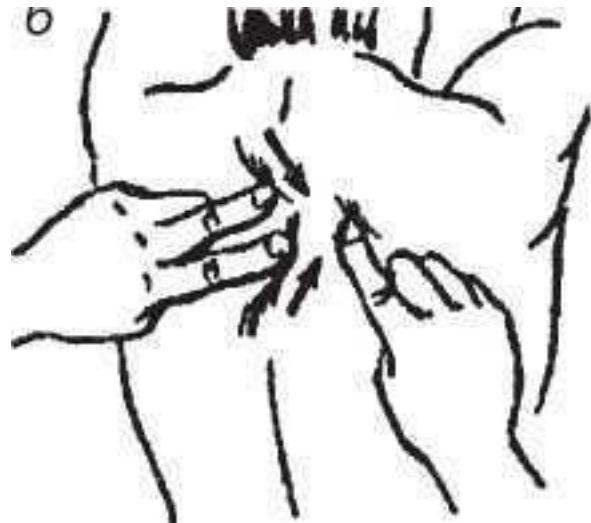
Рис. 12. Прием сверления 1-м способом с отягощением

Воздействие на промежутки между остистыми отростками позвонков

Массажист располагается слева или справа от пациента. Концевые фаланги II и III пальцев обеих кистей помещают на позвоночник так, чтобы один остистый отросток находился между двумя пальцами. В течение 4–5 с производят мелкие круговые движения, направленные в противоположные стороны, углубляясь как выше, так и ниже остистого отростка. Затем переходят на следующий остистый отросток, располо-

женный выше. Этот прием можно выполнять I и II пальцами обеих кистей, но действие будет слабее (рис. 13).





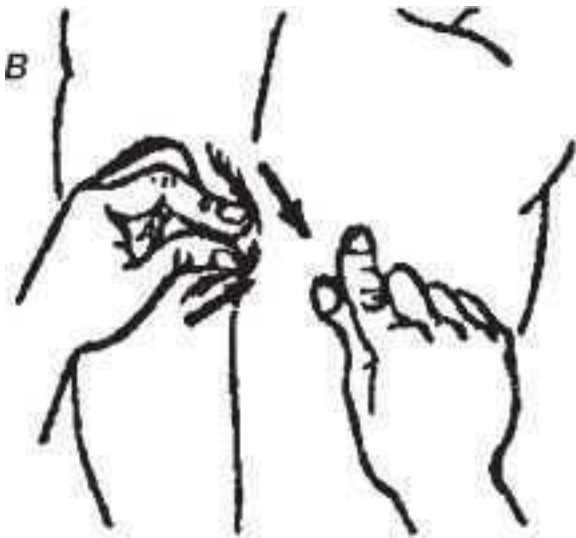


Рис. 13. Воздействие на промежутки между остистыми отростками позвонков: *а* – в позе лежа; *б, в* – в позе сидя

Прием «пилы»

Массажист раздвигает I и II пальцы обеих кистей и помещает их по сторонам позвоночника так, чтобы между ними образовался кожный валик. Затем обеими руками производит пилящие движения в противоположных направлениях (не скользя по коже). Если этот прием проводить, стоя слева от пациента, то правая рука служит в качестве груза, отяго-

щения, а если справа – то руки меняют местами (рис. 14, 15).



Рис. 14. Выполнение приема «пилы»

a





Рис. 15. Прием «пилы»: а – справа от позвоночника; б – слева от позвоночника

Прием перемещения

Массажист помещает левую руку на таз пациента (обхватывает подвздошный гребень на левой ягодице), а ладонью

правой производит винтообразные движения по направлению к позвоночнику, передвигаясь снизу вверх. Левая рука, фиксируя таз, производит легкое движение в обратную сторону. При воздействии на другой стороне позвоночника положение рук соответственно меняется (рис. 16).

a



6



В



Рис. 16. Прием перемещения: *а* – выполнение приема; *б* – слева от позвоночника; *в* – справа от позвоночника

Прием воздействия на окололопаточную область

Массажист находится справа от пациента, левая рука обхватывает правое надплечье больного, а правой рукой пальцами со II по V, начиная от прикрепления широчайшей мышцы спины, производит мелкие растирания в сторону наружного края лопатки по направлению к ее нижнему углу. Затем производит растирание I пальцем правой кисти вдоль внутреннего края лопатки, вплоть до уровня плеч (рис. 17). Далее – растирание и разминание верхнего края трапециевидной мышцы вплоть до затылка. Затем массажист воздействует на левую лопатку, начиная массаж I пальцем правой кисти от прикрепления широчайшей мышцы спины, доходит по наружному краю до нижнего угла левой лопатки и продолжает растирать пальцами со II по V по внутреннему краю лопатки и до затылка.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.