## Министерство образования и науки Украины

Открытый международный университет развития человека “Украина”

Горловский филиал

Кафедра физической реабилитации

**РЕФЕРАТ**

**по дисциплине: Физическая реабилитация при заболеваниях внутренних органов**

**ТЕМА: ”Применение массажа в комплексном лечении ревматических больных”**

Выполнил:

студент 3-го курса группы ФР-05

дневного отделения

факультета “Физическая реабилитация”

Сысоев Константин Генадевич

2009

**Общие показания к назначению и методика проведения массажа**

Показания. Массаж показан больным хроническими полиартритами и артритами в стадии ремиссии, больным инфекционным неспецифическим (ревматоидным) полиартритом минимальной и средней активности процесса; специфическим инфекционным полиартритом - бруцеллезным, дизентерийным и др.; дистрофическими полиартритами и артритами; доброкачественными профессиональными полиартритами; обменно-дистрофическими артритами и полиартритами; эндокринопатическими и нейродистрофическими артритами и полиартритами. Массаж при ревматическом поражении суставов показан в неактивной фазе процесса, спустя 1-1,5 мес после атаки ревматизма и рецидива.

Методика. При поражении суставов верхних конечностей массаж паравертебральных зон на уровне D5-D1 и C7-С3, широчайших мышц спины, трапециевидных, дельтовидных, больших грудных; поглаживание, растирание, разминание, вибрации. Массаж больной руки: поглаживание, растирание, разминание и вибрация мышц сегментов, прилежащих к больному суставу. Массаж больных суставов: поглаживание, растирание всей поверхности суставов; массаж сумочно-связочного аппарата сустава - продольное концами пальцев и щипцеобразное поглаживание, круговое растирание, штрихование, вибрация непрерывистая концами пальцев и ладонью. Тщательно массируются места прикрепления сухожилий, сухожильные влагалища и суставные сумки в местах, наиболее доступных для массажа. При поражении плечевого сустава массируют мышцы надплечья и головку плеча со стороны подмышечной впадины, производят массаж акромиально-ключичного сустава. Встряхивание больной конечности. Пассивные и активные движения.

При поражении суставов нижних конечностей массаж паравертебральных зон S5-S1, L5-L1, D12-D11 и области таза: поглаживание, растирание, разминание и вибрация ягодичных мышц; поглаживание и растирание области крестца, гребней подвздошных костей, реберных дуг. Массаж больной ноги: поглаживание, растирание, разминание, вибрация мышц сегментов конечности, смежных больному суставу. Массаж больных суставов: поглаживание, растирание периартикулярных тканей; массаж сумочно-связочного аппарата сустава - поглаживание, растирание, вибрация. Поглаживание, растирание, вибрация мест прикрепления сухожилий, суставных влагалищ и суставных сумок. Встряхивание конечности. Пассивные и активные движения. Время сеанса - 15-20 мин. Курс - 12 сеансов.

**Массаж при ревматоидном артрите**

Перед назначением массажа следует определить характер процесса (острый, подострый, хронический), выраженность (активность) и наличие функциональной недостаточности суставов [17].

Необходимо детально исследовать функцию движения в каждом суставе,выявить наличие контрактур, анкилозов, уточнить состояние мышцы (гипотрофия, повышенный тонус, сила).

Важно уметь выявить болевые точки, истинное ограничение движений, степень напряжения мышц, возможность их расслабить. Массаж показан при ревматоидном артрите, ревматическом артрите, деформирующем артрозе, подагре.

При ревматическом артрите массаж назначают в межприступный период, при ревматоидном артрите - в подострой и хронической стадиях при всех степенях активности процесса.

Массаж является обязательным элементом комплексного лечения и должен сочетаться с лечением положением, лечебной гимнастикой и механотерапией.

Цель массажа: 1) улучшить кровообращение в пораженных суставах, коже, мышцах; 2) снять напряжение в мышцах конечностей, улучшить их трофику, тонус и силу; 3) восстановить нормальную амплитуду движения в суставах; 4) способствовать рассасыванию экссудата, уменьшению боли и скованности; 5) оздоровить и укрепить весь организм.

Лечение положением и лечебную гимнастику применяют во всех стадиях заболевания. При выраженной активности процесса после 3-5 процедур лечебной гимнастики назначают механотерапию.

Нарушение функции движения является основным проявлением заболевания суставов и часто приводит к инвалидности больных. Однако наблюдения показали возможность проведения мероприятий, задерживающих развитие деформаций, исправляющих их, а также способствующих сохранению, увеличению подвижности в суставе.

Изменения в суставе в связи с патологическим процессом обычно значительно усугубляются, так как больной вследствие боли стремится ограничить движение, выбирает наименее болезненную позу и длительно фиксирует конечность в покое в этом положении. При этом непораженные суставы также фактически лишаются движения, а избранные больным положения часто являются функционально невыгодными. Кроме того, в период боли с целью щажения сустава вырабатываются приспособительные движения. Все это при стихании боли препятствует восстановлению движений и закрепляет деформацию. При прогрессировании процесса эти изменения усугубляют течение заболевания. Постельный режим ограничивает подвижность и ведет к ослаблению всех мышц. Для предупреждения порочных положений, сохранения и увеличения объема движений необходимо применять лечение положением, лечебную гимнастику.

В связи с трофическими изменениями следует тщательно ухаживать за кожей. В острый период заболевания ограничены движения в пораженном суставе, выражена припухлость его. В выше- и нижележащих суставах такжеограничены движения. Мышцы, фиксирующие суставы, резко напряжены. В этот период больного следует обучить расслаблению мышц, правильномудыханию.

Лечение положением следует использовать для суставов, нуждающихся в покое, а для близлежащих - в течение дня чаще менять положение.

При поражении локтевого сустава необходимо согнуть его под углом 90° или несколько меньшим. Нельзя допускать длительной фиксации руки в разогнутом положении. Предплечье уложить в положение, среднее между супинацией и пронацией, кисть слегка разогнуть, ладонная поверхность должна быть обращена к передней поверхности тела. Плечо отвести в сторону на 25-30° и более, вперед на 30-40° от туловища и уложить руку на подушку. Плечо иногда ротируют кнаружи.

Особенно необходимо следить за состоянием суставов кисти и пальцев. При процессе в пястно-фаланговых суставах нарушается чаще всего разгибание в них, в межфаланговых развивается переразгибание с подвывихами и полной потерей движения, а в концевых фалангах фиксируется сгибание. При воспалительном процессе в межфаланговых суставах возникают сгибательные контрактуры, а в пястно-фаланговых и особенно в концевых фалангах появляется переразгибание. У одного и того же больного могут возникать оба указанных типа поражения как на одной, так и на обеих кистях. Нередко кисть и пальцы отклоняются в локтевую сторону, образуя «плавники моржа».

Массажист должен придавать пальцам и кисти правильное положение.

После массажа следует:

1) при поражении пястно-фаланговых суставов подкладывать валик под эти суставы в положении разгибания их при согнутых межфаланговых и разогнутых концевых фалангах суставов; 2) при поражении межфаланговых суставов подкладывать валик так, чтобы пястно-фаланговые суставы оставались свободными, а межфаланговые прилегали к валику в положении разгибания, концевые фаланги слегка согнуты; 3) при наклонности к развитию «плавников моржа» укладывать кисть в шинку, отклоненную в лучевую сторону.

При выраженном воспалительном процессе в коленном суставе больной держит ногу согнутой, при этом напрягаются мышцы- сгибатели тазобедренного и коленного суставов. Это способствует возникновению контрактур в коленном, тазобедренном и голеностопных суставах. Во время массажа, а также после него в этих случаях следует укладывать ногу на подушку для расслабления мышц.

При воспалительном процессе в голеностопном суставе может развиться так называемая конская стопа. Для предотвращения этой позы следует стопу ставить под углом 90°, подкладывая ящик или мешок с песком.

Для сохранения подвижности в тазобедренном суставе несколько раз в день больного укладывают на спину без подушки, отводят и опускают ногу с постели, обязательно ставя упор под стопу (или опуская ее на пол).

Область массажа: руки, ноги. При напряжении мышц спины и воротниковой зоны массируют также эти отделы.

Массаж проводят в положении больного лежа. В дальнейшем при достаточном умении больного расслаблять мышцы руки можно массировать в положении сидя. Начинают процедуру с менее пораженных конечностей. Массаж оказывает специальное воздействие на суставы, мышцы, кожу.

Применяют приемы: поглаживание, растирание, разминание, вибрацию.

Во время массажа следует добиваться максимального расслабления мышц. При массаже передней поверхности ноги целесообразно подкладывать валик под коленные суставы, при массаже задней поверхности - под голеностопный сустав.

Пальцы ног массируют приемами поверхностного и глубокого поглаживания, полукружного растирания I иII пальцами, охватывая тыльную и подошвенную, а также боковые стороны. Массируют одной или двумя руками отдельно каждый палец в поперечном и продольном направлениях. Специальное воздействие оказывают на межфаланговые суставы.

После массажа пальцев переходят к стопе, где производят поверхностное, а затем глубокое скользящее поглаживание ладонью по направлению от ногтевых фаланг к голеностопному суставу и до середины голени. Специальное воздействие на голеностопный сустав осуществляют круговым непрерывистым обхватывающим и щипцеобразным приемом. Массируют I и II пальцами одной или I пальцами обеих рук. Особое внимание уделяют области лодыжек, задней поверхности пятки, ахиллову сухожилию, а также задней поверхности суставной сумки.

Голень массируют от пальцев стопы до наружного края коленной чашечки, используя разнообразные приемы поглаживания и растирания в различных направлениях

После общего воздействия на всю область голени следует дифференцированно массировать мышцы, выделяя при этом следующие группы: 1) на передней поверхности - переднюю большеберцовую мышцу, длинный общий разгибатель пальцев; 2) на латеральной поверхности - малоберцовые мышцы (в верхней половине - длинную малоберцовую мышцу, в нижней половине \_\_\_ короткую малоберцовую мышцу); 3) на задней поверхности - икроножные мышцы и ахиллово сухожилие.

Массаж коленного сустава выполняют обеими руками ладонной поверхностью больших пальцев, а также ладонной поверхностью всей кисти. При массаже большими пальцами их располагают на 2 см ниже коленной чашечки и, продвигая вверх к бедру вдоль сухожилий четырехглавой мышцы, используют последовательно поглаживание *и* спиралевидное растирание

Для большего проникновения в щель сустава ногу следует согнуть в колене и массировать переднебоковые поверхности с обеих сторон между сухожилием четырехглавой мышцы и наружной боковой связкой, а затем - внутренней боковой. На задней поверхности в подколенной ямке расположены сосуды и нервы, поэтому приемы массажа должны быть щадящими

Массаж бедра осуществляется в положении больного на спине, на животе. Наружную поверхность можно массировать в положении на боку Приемы массажа те же, что и на голени. Массируют четырехглавую, двуглавую, полусухожильную, полуперепончатую и ягодичные мышцы.

Массаж тазобедренного сустава. В связи с тем, что сустав расположен глубоко и покрыт крупными мышцами, специально воздействовать на него сложно. Сзади между седалищным бугром и большим вертелом целесообразно применять поглаживание, растирание, разминание.

Массаж рукипроизводят в положении лежа или сидя. В положении сидя больной кладет руку на массажный столик, а массажист садится напротив него.

Пальцы массируют двумя руками. При массаже одной рукой массажист фиксирует кисть больного. Ладонной поверхностью I и II пальцев производят плоскостное непрерывистое поглаживание тыльной, ладонной и боковых поверхностей каждого пальца. Затем выполняют штрихование в продольном и поперечном направлениях, поглаживание и разминание. При специальном воздействии на межфаланговые и пястно-фаланговые суставы растягивают кожу над ними на тыльной и боковой поверхностях, благодаря чему удается глубже проникнуть в щель сустава. При контрактурах, тугоподвижности необходимо растяжение.

Массаж кисти начинают с тыльной поверхности и массируют ладонью, располагая кисть поперек руки больного.

Применяют плоскостное глубокое растирание штрихованием. Во время массажа межкостных мышц пальцы больного должны быть разведены в стороны. Массажист массирует каждую мышцу 1 и II пальцами, а затем ладонной поверхностью большого пальца. Ладонную поверхность массируют в положении супинации, применяя глажение и растирание.

Особое внимание у женщин с заболеваниями суставов следует обращать на мышцы, приводящие и отводящие 1 палец, так как придлительном занятии вязанием эти мышцы напряжены и I палец значительно приближен к середине ладони. Это постепенно приводит к тугоподвижности и даже анкилозу в пястно-фаланговом суставе I пальца.

Лучезапястный сустав доступен воздействию с тыльной и боковой поверхностей. Его массируют, поглаживая и растирая большими пальцами. На ладонной поверхности допустим более интенсивный нажим на ткани; при массаже тыльной стороны кисть сгибают.

Локтевой сустав массируют в согнутом под углом 115° положении, воздействуя спереди, сзади и сбоку с обеих сторон. Сзади по обе стороны локтевого отростка оказывают воздействие на суставную сумку. Применяют плоскостное круговое поглаживание, спиралевидное растирание.

Плечевой сустав массируют спереди, сзади, сверху и снизу. Для доступа к нижней поверхности руку отводят в сторону. А. Ф. Вербов (1940) рекомендует для лучшего доступа к задней поверхности суставной сумки массируемую кисть руки класть на противоположное плечо. Для доступа к передней поверхности массируемую руку заложить за спину. Используют различные приемы поглаживания, растирания.

**Массаж при деформирующих остеоартрозах**

Показания: деформирующий остеоартроз вследствие нарушения питания тканей сустава (синовиальной оболочки, эпифизарного хряща), в результате хронической микротравматизации; нервно-дистрофический компонент у лиц среднего и пожилого возраста; нарушения обмена веществ; эндокринные расстройства и др.[18].

Методика. При поражении суставов нижних конечностей воздействие на пояснично-крестцовые и нижнегрудные паравертебральные зоны иннервации S3-S1, L5-L1, D12-D11 спинномозговых сегментов; при поражениях суставов верхних конечностей - на шейно-грудные паравертебральные зоны иннервации D6-D1, C7-С3 спинномозговых сегментов. Поглаживание, растирание, разминание, вибрация.

В целях устранения гипертонуса массируют мышцы и сухожилия сегментов, прилегающих к больному суставу. Воздействие начинают с проксимальных отделов. При заболевании коленного сустава массируют мышцы бедра, тазобедренного сустава - ягодичные мышцы, локтевого сустава - мышцы плеча и т. д. Для ликвидации выпотов в суставах и отечности периартикулярных тканей проводят отсасывающий массаж. Применяют приемы поглаживания: плоскостное и обхватывающее, глажение, крестообразное и щипцеобразное поглаживание; растирания - гребнеобразное, пиление, штрихование, строгание; разминания - продольное и поперечное, валяние, сдвигание, растяжение и сжатие, надавливание и подергивание; вибрации - непрерывистая и прерывистая, потряхивание, похлопывание, рубление, стегание. Затем производится массаж дистального сегмента конечности и массаж здорового симметрично расположенного сустава.

Массаж больного сустава: поглаживание и растирание. Обходят всю поверхность сустава и прилегающие к нему отрезки сегментов конечности. Затем переходят к массированию сумочно-связочного аппарата: применяются продольное концами пальцев и щипцеобразное поглаживание, круговое растирание, штрихование; вибрация - непрерывистая концами пальцев и ладонью. Массируют места прикрепления сухожилий, сухожильные влагалища и суставные сумки. Пассивные и активные движения в больном суставе. Время процедуры - 10-15 мин. Курс - 12 процедур, через день.

**Методические указания при проведении массажа**

Массаж должен способствовать уменьшению болевых ощущений, скованности. С этой целью следует стремиться во время первых 2-3 процедур к максимальному расслаблению мышц, используя приемы поверхностного поглаживания, растирания без избирательного воздействия на суставы. После этого с 3-5-й процедуры начинают более интенсивный массаж мышц для развития в них силы, уменьшения гипотрофии. Суставы массируют вначале легко, а специальное воздействие на суставы применяют со 2-4-й процедуры. Однако охватывают не все суставы одновременно, а начинают с менее пораженных, где болевые ощущения меньше.

Постепенно от процедуры к процедуре добавляют локальное растирание, разминание, охватывающее все суставы. На каждой процедуре следует начинать массаж с менее пораженных суставов. При нерезком болевом синдроме можно с первых же процедур начинать воздействие на суставы.

Особое внимание А.Ф. Вербов (1966) обращает на необходимость улучшения лимфооттока из полости сустава. С этой целью автор рекомендует массировать сначала периартикулярные, затем мягкие ткани над суставом. Кожа при заболеваниях суставов теряет свою эластичность, плохо смещается, может быть утолщена и болезненна. Применяют медленное растирание в виде штрихования, послойно воздействуя на кожу, подкожную соединительную ткань, фасцию. При последовательном массаже каждого из этих слоев не захватывают другой слой.

После массажа мягких "тканей приступают к массированию сумочно-связочного аппарата сустава в местах наибольшего доступа к нему приемами кругового растирания и продольного поглаживания.

Массаж мышц должен дифференцироваться в зависимости от состояния их тонуса. При наличии контрактур, анкилозов сила мышц снижена, тонус их изменен. Контрактуры и анкилозы приводят к тому, что точки прикрепления одной группы мышц длительно сближены, а мышц-антагонистов - перерастянуты. Поэтому для мышц, пораженных контрактурой, применяют поглаживание, легкое растирание, а для мышц-антагонистов - поглаживание, растирание, разминание, вибрацию. В связи с тем, что контрактуры не паретического генеза, в целом воздействие на мышцы-антагонисты должно быть энергичным, допустимы похлопывание и постукивание.

А.Ф. Вербов (1966) рекомендует в случае повышенного мышечного тонуса при заболеваниях суставов применять нежную механическую вибрацию. При поражении коленного сустава повышается тонус в мышцах: напрягающей широкую фасцию бедра, четырехглавой, полусухожильной, полуперепончатой, двуглавой и икроножной; иными словами, в мышцах передней, задней, внутренней и наружной поверхности бедра и задней поверхности голени

Кроме того, напряжены связки надколенника, повышен тонус в мышцах нижнегрудного и пояснично-крестцового отделов. При повышении напряжения подкожной соединительной ткани А.Ф. Вербов считает целесообразным применять методику рефлекторно-сегментарного массажа по Лейбе и Дикке. Р.Г. Тарханян (1980) в этих случаях наблюдал благоприятные результаты сегментарного массажа.

После массажа спины А.Ф. Вербов рекомендует массаж мышц пораженных суставов. По наблюдениям автора, гипотрофия мышц при поражении тазобедренного сустава, прежде всего, возникает в ягодичных мышцах. При поражении коленного сустава - в четырехглавой мышце, при поражении голеностопного сустава - в разгибателях голени и стопы, при поражении плечевого сустава - в дельтовидной мышце, надостной, подостной и малой круглой мышце, локтевого сустава - в разгибателях предплечья, суставов пальцев - в межкостных мышцах. На указанные мышцы воздействуют приемами растирания, поглаживания и нежного разминания.

В местах уплотнения с участками миогелеза (обычно располагающегося в местах прикрепления мышц) А. Ф. Вербов использует массаж ладонной поверхностью II и III пальцев - круговое растирание в продольном и поперечном направлениях, прерывистое надавливание, разминание, чередующиеся с обхватывающим непрерывистым поглаживанием.

Следует учитывать состояние периферических сосудов. Если по данным артериальной осциллографии или реовазографии конечностей выявляется спастическое состояние, массаж не должен быть интенсивным.

Особенно важно помнить о том, что при выраженной активности процесса у больных ревматоидным артритом можно массировать всю конечность и непораженные суставы, а также те суставы, в которых имеются экссудативно-пролиферативные изменения.

**Список литературы**

1. Козлова Л.В., Козлов С.А., Семененко Л.А. Основы реабилитации. – Ростов н/Д: «Феникс», 2003. – 480 с.

2. Козлова Л.В., Козлов С.А., Семененко Л.А. Массаж. – В кн.: Основы реабилитации. – Ростов н/Д: «Феникс», 2003, с. 340 – 343.

3. Куничев Л.А. Лечебный массаж. – К.: Вища школа. Головное изд-во, 1981. – 328 с.

4. Штеренгерц А.Е., Белая Н.А. Массаж для взрослых и детей. – К.: Здоровья, 1996. – 384 с.

5. Штеренгерц А.Е., Белая Н.А. Массаж при ревматоидном артрите. – В кн.: Массаж для взрослых и детей. – К.: Здоровья, 1996, с. 208 – 212.

6. Штеренгерц А.Е., Белая Н.А. Массаж при деформирующем остеоартрозе. – В кн.: Массаж для взрослых и детей. – К.: Здоровья, 1996, с. 219 - 221.